

Sächsischer Landtag
7. Wahlperiode

Antrag

der **Fraktion Alternative für Deutschland (AfD)**

Thema: **Modellprojekt zur Weiterentwicklung der Vergütungsformen ärztlicher Leistungen – Attraktivität des Arztberufes durch Überwindung der Budgetierung und Abschaffung der Regresse stärken**

Der Landtag möge beschließen:

Die Staatsregierung wird aufgefordert,

- I. auf die Krankenkassen und ihre Verbände sowie die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen einzuwirken, damit diese eine gegenseitige Vereinbarung nach § 64 Abs. 1 Satz 2 SGB V über die Durchführung eines Modellvorhabens nach § 63 Abs. 1 SGB V abschließen. Ziel des Modellvorhabens soll die Erprobung einer neuen Vergütungsform der vertragsärztlichen Leistungen und ein erster Schritt zur Überwindung der Budgetierung vertragsärztlicher Leistungen sein. Insbesondere sollen mit diesem Modellvorhaben die Auswirkungen der Einführung einer Einzelleistungsvergütung bezüglich der Ausgabenentwicklung, der Entwicklung des Leistungsgeschehens, der Ergebnisqualität der Behandlung, der Zufriedenheit der Ärzte, die Anzahl der Arztkontakte, die Entwicklung von Wartezeiten bei Terminvergaben sowie der Patientenzufriedenheit untersucht werden. Für die am Modellprojekt teilnehmenden Vertragsärzte soll sich die Vergütung der erbrachten Leistungen gegenüber Kassenpatienten nach folgenden Kriterien - die in der Vereinbarung weiter zu spezifizieren sind - richten:

1. Die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen erfolgt zu festen Preisen und ohne Mengenbegrenzung in Einzelleistungsvergütung.

Dresden, 06.02.2020

Jörg Urban, MdL und Fraktion
i.V. Jan-Oliver Zwerg, MdL
AfD-Fraktion

Unterzeichner: Jan-Oliver
Zwerg
Ort: Dresden
Datum: 06.02.2020

2. Aus Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 Abs. 1 Satz 1 SGB V kann lediglich eine Beratung erfolgen. Sanktionen wie Regresse und Honorarkürzungen finden diesbezüglich nicht mehr statt.
3. Die Gesundheitsversorgung im Modellprojekt erfolgt hausarztzentriert.

Begründung:

Die durch die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) auf Makroebene und durch die Regelleistungsvolumina (RLV) auf Arztelebene ist die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen doppelt gedeckelt. Hinzu kommt eine Mengensteuerung ärztlicher Verordnungen über die Definition von Richtgrößen und Zielwerten.

Diese Rahmenbedingungen führen zu ineffizienten Behandlungen und damit zur Aufrechterhaltung von Wirtschaftlichkeitsreserven im gesamten vertragsärztlichen Vergütungssystem sowie einer Reihe an Unannehmlichkeiten für Patienten und Ärzte. Die ärztliche Arbeitsleistung wird bei Überschreiten definierter Leistungsvolumen nicht angemessen vergütet, bei Verordnungen über bestimmte Zielgrößen hinaus drohen Sanktionen wegen angeblicher unwirtschaftlicher Behandlung und die ständige Angst vor Regressen beeinflusst das Verordnungsverhalten. Patienten werden nicht aus medizinischen, sondern aus ökonomischen Gründen wiederbestellt, wodurch die Anzahl der Arztkontakte steigt und die ärztliche Arbeitszeit ineffizient eingesetzt wird. Alles das führt nicht nur zu Mehrkosten für das Gesundheitssystem, sondern auch dazu, dass die ohnehin wenigen Ärzte ihre potentielle Behandlungszeit nicht voll nutzen können, was wiederum den Ärztemangel verschärft.

Die Auswirkungen dieser Fehlanreize untersuchte u.a. das „Hamburg Center for Health Economics“. In der Studie¹ wurde nachgewiesen, dass Ärzte in regelmäßigen Abständen weniger Leistungen erbringen, um das ihnen zur Verfügung stehende Budget nicht zu überschreiten. Insbesondere bei Hausärzten, aber auch bei verschiedenen Fachärzten, wurde eine reduzierte Leistungsmenge in den Vorwochen der Quartalsenden nachgewiesen. Die Studie spiegelt zudem wider, dass im Schnitt über 10 Prozent aller erbrachten vertragsärztlichen Leistungen nicht vergütet werden. Nach Angaben der KBV liegt der Anteil nicht vergüteter ärztlicher Leistungen in Sachsen bei Hausärzten bei 12 Prozent und bei Fachärzten bei 22 Prozent und damit deutlich über dem Bundesdurchschnitt.²

Trotz methodischer Probleme bei der internationalen Vergleichbarkeit der Anzahl an Arztkontakten, konstatiert das RKI³ die im OECD Vergleich hohe Inanspruchnahme von Ärzten in Deutschland. Die Ursachen sind sehr vielschichtig. Zum einen gelten Drehtüreffekte und Doppeluntersuchungen als Ursache⁴, zum anderen aber auch die Mengenbegrenzung vertragsärztlicher Leistungen. Patienten werden in

¹ Ambulatory Care at the End of a Billing Period; Konrad Himmel, Udo Schneider, erschienen als HCHE Research Paper Nr. 14 unter www.hche.de/forschung/hche-research-papers.html.

² https://www.kbv.de/html/1150_34633.php

³ <http://www.gbe-bund.de/pdf/GESBER2015.pdf> (Seite 308)

⁴ <https://www.barmer.de/blob/38430/b696249e6e85d9df2f714aa7842b6cd7/data/pdf-pressemappe.pdf>

Folgequartalen wiedereinbestellt⁵, weil das Regelleistungsvolumen erschöpft ist. Dies stellt nicht nur ein Versorgungsdefizit mit Qualitätseinbußen in der Ergebnisqualität der Behandlung dar, sondern führt zur Unwirtschaftlichkeit der Behandlung.

Die zuvor genannten Fehlanreize, die sich aus der Budgetierung der ärztlichen Leistungen ergeben, sollen durch Aufgabe der Budgetierung behoben und durch ein Einzelleistungsvergütungssystem ersetzt werden. Hierzu soll die nach §63 Abs. 1 SGB V gegebene Möglichkeit der Durchführung eines Modellprojektes zum Erkenntnisgewinn über die Verbesserungen des alternativen vertragsärztlichen Vergütungssystems genutzt werden, bevor die flächendeckende Einführung angestrebt wird.

Die Staatsregierung wird mit dem vorliegenden Antrag aufgefordert, auf die Krankenkassen und ihre Verbände sowie die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen einzuwirken. Ziel ist der Abschluss einer gegenseitigen Vereinbarung nach § 64 Abs. 1 Satz 2 SGB V über die Durchführung eines Modellvorhabens nach § 63 Abs. 1 SGB V. Hierbei sollen alternative Finanzierungsform vertragsärztlicher Leistungen erprobt werden. Sollte diese Vereinbarung auf Grundlage von § 64 Abs. 1 Satz 2 SGB V nicht zu Stande kommen, ist alternativ darauf hinzuwirken, dass die Krankenkassen, insbesondere die AOK Plus, entsprechende Vereinbarungen mit einzelnen Leistungserbringern oder Gruppen von Leistungserbringern schließen, was nach § 64 Abs. 1 Satz 1 SGB V möglich ist.

Für ein Modellprojekt nach § 63 Abs. 1 SGB V sieht die Norm ausdrücklich vor, dass von den Vorschriften des vierten Kapitels des Fünften Buches Sozialgesetzbuch abgewichen werden kann, um eine alternative Finanzierungsformen zu erproben (§ 63 Abs. 3 SGB V). Für die Durchführung derartiger Modellprojekte werden folgende weitere Anforderungen gestellt, die es bei der Umsetzung zu beachten gilt^{6,7}:

- Freiwilligkeit der Teilnahme für Patienten
- Beachtung des Grundsatzes der Beitragsstabilität
- Laufzeit des Modellprojektes für maximal 5 Jahre

Dass die Einführung eines Einzelleistungsvergütungssystems nicht zwangsläufig zu Leistungsausweitungen und ausufernden Kosten führen muss und somit der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gewahrt bleibt, zeigen Modellrechnungen von der Techniker Krankenkasse und IGES Institut⁸. Auch lassen sich vermutlich moderate Mehrausgaben durch Kosteneinsparungen über die verbesserte Ergebnisqualität der Behandlung und damit dem verbesserten Gesundheitszustand der Patienten und der Hebung von Effizienzreserven kompensieren. Um diese Effizienzreserven heben und Kosten einsparen zu können, wird flankierend die hausarztzentrierte Versorgung (HZV) angestrebt und im Modellprojekt mit dem System der Einzelleistungsvergütung eingeführt. Ein Sondergutachten des

⁵ https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtId/GiD_2006/gesundheitsbericht.pdf?__blob=publicationFile (Seite 149)

⁶ Berchtold, Huster, Rehborn (Hrsg.) (2018): Gesundheitsrecht SGB V | SGB XI, §63 SGB V Rn. 2,3,5,6,7,10,12; Nomos Kommentar: Bochum, Dortmund, Kassel.

⁷ Berchtold, Huster, Rehborn (Hrsg.) (2018): Gesundheitsrecht SGB V | SGB XI, §64 SGB V Rn. 5; Nomos Kommentar: Bochum, Dortmund, Kassel.

⁸ http://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e8885/e9536/e9537/e9539/attr_objjs9540/IGES_Gutachten_A_ertztliche_Verguetung_Langfassung_WEB_ger.pdf

Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen untersuchte mittels systematischem Review die Effekte von Gatekeeper-Modellen (HZV) und kam zu dem Schluss, „dass Gatekeeping die Inanspruchnahme der ambulanten fachspezialisierten Versorgung sowie die Gesamtgesundheitsausgaben pro Kopf und die Ausgaben für die ambulante spezialisierte Versorgung senkt. [...] Die Größenordnung der Unterschiede in der Inanspruchnahme ambulanter spezialisierter Leistungen liegt bei -0,3 und -1 Kontakt/Person/Jahr. Die Einsparpotentiale unterliegen einer großen Streuung (5%-65% der Gesamtgesundheitsausgaben).“⁹

⁹ https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2009/Anhang/Anhang_7.7.2.3_Systematischer_Review_Gatekeeping.pdf