

Die Gedanken in Absatz 1b Satz 2 bezüglich mobiler Praxen, Patientenbusse und ähnlichen Versorgungsangeboten sowie für die Durchführung von mobilen und digitalen Sprechstunden werden grundsätzlich befürwortet.

Diese Gestaltungsoptionen jedoch nur auf die Eigeneinrichtung der Kassenärztlichen Vereinigung zu beschränken, ist aus den oben angeführten Gründen sachwidrig. Diese weiteren innovativen Angebotsmodelle der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung sollten für alle Beteiligten eröffnen, die ein entsprechendes Interesse haben und über ein patientenorientiertes Versorgungskonzept verfügen.

Daher wäre konsequenterweise diese weitergehenden Möglichkeiten auch in § 24 Ärzte-ZV in Zusammenhang mit den Zweigpraxen zu implementieren.

Ärzte: Detailvorgaben zum Sprechstundenangebot

Mit Bezug auf den Entwurf des TSVG, dort:

Artikel 13 Nummer 2 Buchstabe a)

(§ 19a Absatz 1 ZV-Ärzte)

Die umfassenden Planungen, durch Änderung der ZV-Ärzte zum Einen die Zahl der Mindestsprechstunden von 20 auf 25 Wochenstunden je Vollzeitstelle anzuheben, und zum anderen für grundversorgende Fachgruppen konkrete Vorgaben zum Angebot von offenen Sprechstunden zu machen, werden als unnötiger Eingriff in die Praxisorganisation und mit Blick auf das erklärte Regelungsziel als wenig hilfreich abgelehnt.

Von dieser allgemeinen Ablehnung der Änderung abgesehen, möchten wir insbesondere in Zusammenhang mit der schnell und stetig steigenden Zahl der im Angestelltenstatus tätigen Ärzten darauf hinweisen, dass die verbindliche Änderung der Mindestsprechstundenzeit gegebenenfalls auch erhebliche Auswirkungen auf die bestehenden Arbeitsverträge haben wird.

Nicht auszuschließen ist etwa, dass es im Einzelfall zu Kollisionen mit den Vorschriften des Arbeitszeitgesetzes käme, da bekanntermaßen jeder Arzt neben der Sprechstundenverpflichtung auch viele weitere Tätigkeiten zu übernehmen hat. Im Weiteren sind auch die Auswirkungen auf Ärzte mit mehreren, zeitlich aufeinander abgestimmten Arbeitsverträgen – z.B. Krankenhaus und MVZ - zu bedenken.

Ohnehin – und das gilt auch für jeden Vertragsarzt – scheint dieser gesetzgeberischen Vorgabe ein Missverständnis hinsichtlich des breiten, vertragsärztlichen Pflichtenpektrums zugrunde zu liegen. Über die reine Sprechstundenzeit hinaus ist der ärztliche Alltag ja auch mit Bereitschaftsdiensten, Dokumentationspflichten, Abrechnungsnotwendigkeiten, Heim- und Hausbesuchen, etc. gut gefüllt. Erwiesenermaßen werden im Schnitt bereits jetzt 52 Sprechstunden jede Woche von den Ärzten für GKV-Patienten erbracht. Das dabei der Anteil des direkten Sprechstundenangebots nur zwei Fünftel der Zeit ausmacht, liegt nicht am Unwillen der Ärzte, mehr zu leisten, sondern schlichtweg an der Größe ihres Pflichtenkreises.

Im Weiteren möchten wir darauf hinweisen, dass die Veränderung der Sprechstundenvorgaben – würde sie wie angekündigt umgesetzt – auch erhebliche Folgeänderungen in der Bedarfsplanungsrichtlinie und Plausibilitätsprüfung auslösen würde, bzw. müsste. Soweit in der Neufassung des § 24 Absatz 1a ZV-Ärzte ausgeführt wird, dass Ärzte mit halben Versorgungsumfang 12,5 Sprechstunden je Woche anbieten müssen, ist eine vergleichbare Regelung auch für Viertelärzte zu treffen.

Gleichzeitig wären die Vorgaben zu den Quartalsprüfsummen, die Grundlage der Plausibilitätsprüfung sind, anzupassen. Zwar sind diese aktuell bei 780 h Quartalsprüfsumme auf 13 Wochen mit jeweils 60 Wochenstunden kalkuliert. Vor der Fehlannahme, dass deswegen eine Anpassung für den Fall der Erhöhung der Mindestsprechstundenzahl nicht nötig wäre, ist jedoch zu warnen.

Hintergrund der 780-Stunden-Prüfsumme ist die als fiktive rechnerische Größe vereinbarte Grundhypothese, dass ein Vertragsarzt je Quartal 13 Wochen zu jeweils 60 Stunden in seiner Praxis tätig sei – wobei Tätigkeiten zu Lasten der PKV, Igelleistungen, Notdienste und Besuche zur Unzeit sowie eine Vielzahl anderer Leistungen ohne Zeitbewertung von dieser 60-Stundenannahme nicht erfasst werden. Diese Zeiten kämen je Arzt und Woche on Top.

Bei der Prüfsumme geht es daher allein um die Abrechnung der im EBM mit Prüfzeiten hinterlegten Leistungsziffern, die in den durchschnittlich 28,5 Sprechstunden (Praxisöffnungszeiten), die jeder Arzt statistisch je Woche anbietet,¹ erbracht werden.

Es ist daher herauszustreichen, dass die zugrunde gelegte 60-Stundenwoche der Ärzte eine bloße fiktionale Rechengröße darstellt, die keineswegs mit der realen Aussage, dass jeder Arzt jede Woche 60 Stunden arbeiten würde, gleichgesetzt werden darf - auch wenn dies nahe zu liegen scheint.

Vielmehr ist der Bewertungsausschuss bei seiner Kalkulation von einer durchschnittlichen Gesamtarbeitszeit niedergelassener Ärzte von 585 tatsächlich geleisteten Stunden je Arzt und Quartal ausgegangen. Dies entspricht bei 13 Wochen gerade nicht 60, sondern 48½ Wochenarbeitsstunden. Im Ergebnis wurde unter statistischer Bereinigung um durch Urlaub, Fortbildung und Krankheit bedingte Abwesenheitszeiten vom Bewertungsausschuss bei rund 57 Arbeitstagen im Quartal die Bruttoarbeitszeit eines Arztes mit 51 Wochenstunden kalkuliert.²

Mit Dringlichkeit möchten wir daher die Aufmerksamkeit auf die notwendigen Folgeänderungen sowie auf die besonderen Problematiken, die für angestellte Ärzte und ihre Arbeitgeber entstünden lenken, sollte das Änderungsvorhaben umgesetzt werden.

Angesichts dieser weitreichenden Zusammenhänge und vor dem Hintergrund, dass bei einem Sprechstundenangebot, das bereits seit Jahren im Schnitt je Arzt weit über den nun geforderten 25 Wochenstunden liegt, die eigentliche Zielgruppe der Regelung recht klein sein dürfte, halten wir die geplante Änderung im Gesamten für nicht für

¹ Datenquelle: GKV-Spitzenverband "Sprechstunden niedergelassener Ärzte" – Faktenblatt auf Basis einer Forsa-Umfrage unter 1.400 Ärzten – Pressemitteilung vom 21.3.2011

² Vgl.: "Wissenschaftliche Begleitung zur Einführung des EBM 2000plus im Auftrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen - Abschlussbericht nach Abstimmung in der ZI/WIdO-Arbeitsgruppe am 6.12.2006 - (Version vom 11.12.2006)": Seite 88

angemessen und lehnen sie insbesondere auch wegen des negativen Aufwand-Nutzen-Verhältnisses vollständig ab.

Im besonderen Maße gilt dies auch für das Vorhaben, den grundversorgenden Fächern, die Verpflichtung zum Angebot von fünf termin-ungebundenen Sprechstunden vorzuschreiben. Diesen zusätzliche Eingriff in die individuelle Praxisorganisation der Ärzte, BAG und MVZ halten wir in keinsten Weise für gerechtfertigt, da letztlich dem angeführten Ziel der schnelleren Terminvergabe für GKV-Patienten kaum gedient werden dürfte.

Soweit es daher Ziel ist, dass *'Ärzte künftig mehr Zeit für gesetzlich krankenversicherte Patienten aufbringen und Termine zügiger vergeben werden'* (vgl. Karin Maag – gesundheitspolitische Sprecherin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion nach Dt. Ärzteblatt v. 25.7.2018) halten wir es für wesentlich sinnvoller, die Ärzte von überbordender Bürokratie und patientenfernen Tätigkeiten zu entlasten, damit ein größer Teil ihrer Bruttoarbeitszeit netto am und für den Patienten geleistet werden kann. Diesem Gedanken entgegen gerichtet, entstünde durch die neue Notwendigkeit, die Einhaltung dieser Vorgaben insbesondere in Kombination mit der zusätzlichen Vorgabe für Grundversorger, mindestens fünf Stunden als offene Sprechstunde anzubieten, zu dokumentieren und nachzuweisen, zusätzlicher bürokratischer Aufwand.

Insoweit der Gesetzgeber durch die entsprechend angedachten Veränderungen (§ 95 Absatz 3 SGB V) darauf verweist, dass die bisher auch schon durch die KVen regelhaft vorzunehmende Prüfung der Einhaltung der Sprechstundenverpflichtung jeden Arztes *'recht uneinheitlich'* erfolgt und deshalb keine belastbare Aussage zu bisherigen Prüfungsergebnissen getroffen werden kann (vgl. auch *BT-Drucksache 19/2061*), empfehlen wir aus naheliegenden Gründen, zunächst dieses Prüfinstrument zu schärfen und die Prüfergebnisse der nächsten zwei Jahre abzuwarten.

Weitere Anmerkungen

Mit Bezug auf den Entwurf des TSVG:

Nicht-Rücknahme der Trägereingrenzung gemäß § 95 Absatz 1a SGB V

Es wird bedauert, dass die mit dem GKV-VStG zum 1.1.2012 neu eingeführten Beschränkungen der zulässigen MVZ-Gründer nicht aufgehoben werden (vgl. hierzu auch Seite 4f).

Angesichts der tatsächlichen Versorgungsrealitäten und -bedarfe ist nach wie vor kein begründeter Anlass zu erkennen, dritte GKV-Leistungserbringer von der MVZ-Trägerschaft auszuschließen. Die bis 2012 erfolgte Einbeziehung aller GKV-Leistungserbringer als mögliche MVZ-Träger hat im Gegenteil eine Vielfalt an Versorgungsmodellen ermöglicht, die der Vielfalt der konkreten Versorgungsprobleme vor Ort angemessen ist und das notwendige Maß an Gestaltungsfreiheit bot, um auch neue und neuartige Versorgungsmodelle zu entwickeln..