



# HESSISCHER LANDTAG

13. 07. 2010

## **Kleine Anfrage**

**des Abg. Dr. Spies (SPD) vom 03.02.2010**

**betreffend Steuerung der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum durch Honorarzuschläge**

**und**

## **Antwort**

**des Ministers für Arbeit, Familie und Gesundheit**

Die Kleine Anfrage beantworte ich wie folgt:

Frage 1. Welche gesetzlichen Möglichkeiten hat die Kassenärztliche Vereinigung Hessen, um durch Honorarzuschläge oder -abschläge die Niederlassungsbereitschaft oder verschiedene Organisationsformen ambulanter Versorgung zu befördern?

Die gesetzlichen Möglichkeiten einer Förderung der Niederlassungsbereitschaft oder verschiedener Organisationsformen der Kassenärztlichen Vereinigungen sind begrenzt.

Nach § 105 Abs. 1 SGB V haben die Kassenärztlichen Vereinigungen mit Unterstützung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen entsprechend den Bedarfsplänen zwar alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern; zu den möglichen Maßnahmen gehört auch die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen an Vertragsärzte in Gebieten oder in Teilen von Gebieten, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Feststellung nach § 100 Abs. 1 und 3 SGB V getroffen hat. Die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen ist jedoch der Entscheidung des Landesausschusses für Ärzte und Krankenkassen überantwortet (§ 105 Abs. 4 S. 1 SGB V).

Zum Betreiben von Einrichtungen, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten dienen, oder zur Beteiligung an solchen Einrichtungen bedürfen die Kassenärztlichen Vereinigungen des Benehmens mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen (§ 105 Abs. 1 SGB V).

Für Honorarzu- oder abschläge ist zum ersten eine Einigung zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen erforderlich. So sieht § 87a Abs. 2 SGB V vor, dass die Kassenärztliche Vereinigung und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich einen Zuschlag auf oder einen Abschlag von den Orientierungswerten gemäß § 87 Abs. 2e Satz 1 Nr. 1 bis 3 SGB V vereinbaren können, um insbesondere regionale Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur zu berücksichtigen. Dabei sind zwingend die Vorgaben des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 2f SGB V anzuwenden.

Gemäß dieser zwingenden Vorgaben des Bewertungsausschusses ist für 2010 verbindlich festgestellt, dass keine Indikatoren feststellbar sind, die Zuschläge auf oder Abschläge vom Orientierungspunktwert aufgrund regionaler Besonderheiten in der Kosten- oder Versorgungsstruktur zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen rechtfertigten (Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 02.09.2009, Teil C, S. 1-3). Insofern ist also den Kassenärztlichen Vereinigungen jedenfalls für 2010 ein Abweichen durch Zu- oder Abschläge verwehrt.

Frage 2. In wie vielen Fällen in welchen Planungsregionen werden welche dieser Instrumente wie eingesetzt?

In Hessen besteht aufgrund der zwingenden Beachtung dieser unter Frage 1 dargestellten Vorgaben und für die Kassenärztliche Vereinigung Hessen verbindlichen bundeseinheitlichen Regelungen kein Spielraum für die Einführung spezieller Förderungsmaßnahmen.

Frage 3. Trifft es zu, dass in Hessen Zuschläge für den Betrieb einer Gemeinschaftspraxis gezahlt werden und wenn ja, wie viel, in welchem Gesamtumfang, auf welcher rechtlichen Grundlage, durch wessen Entscheidung und warum?

Über die vom Bewertungsausschuss eingeführten und im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) bundeseinheitlich festgeschriebenen Zuschläge hinaus, werden in Hessen Berufsausübungsgemeinschaften (ehemals "Gemeinschaftspraxen") finanziell nicht bessergestellt bzw. gefördert.

Frage 4. Teilt die Landesregierung die Auffassung, dass die Förderung von Gemeinschaftspraxen im ländlichen Raum eine Konzentration von Praxen an wenigen Orten fördert und kann sich eine solche Förderung im Widerspruch zu dem Bemühen, eine flächendeckende, leicht erreichbare Versorgung auch im ländlichen Raum sicher zu stellen und zu erhalten stehen?

Die Förderung der Berufsausübungsgemeinschaften (früher: Gemeinschaftspraxen) geht auf die langjährige bundesrechtliche Vorgabe zurück, bei der Vergütung die Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen zu berücksichtigen. Entsprechend der jeweils geltenden Honorarsystematik gilt dieser Auftrag heute hinsichtlich der Festlegung der Werte für die Regelleistungsvolumina (§ 87b Abs. 3 S. 1 SGB V). Sowohl diese Norm als auch deren Konkretisierung durch den dafür zuständigen (Erweiterten) Bewertungsausschuss sind mehrfach höchstrichterlich durch das Bundessozialgericht als rechtmäßig bestätigt worden, zuletzt durch Urteil vom 17.03.2010 (B 6 KA 41/08 R).

Es ist denkbar, dass die Förderung von Berufsausübungsgemeinschaften im ländlichen Raum eine Konzentration von Praxen an wenigen Orten fördert. Dabei wird jedoch der Einfluss der nach geltendem Recht an den Gemeinde- und Kreisgrenzen orientierten Bedarfsplanung, die nicht verhindern kann, dass der Anziehungskraft größerer Gemeinden (Infrastruktur) gefolgt wird, wesentlich größer sein.

Ein Widerspruch zu dem Bemühen, eine flächendeckende, leicht erreichbare Versorgung auch im ländlichen Raum sicher zu stellen und zu erhalten, muss in der Förderung von Berufsausübungsgemeinschaften nicht gesehen werden, da denkbaren Nachteilen jedenfalls Vorteile für die Patienten gegenüber stehen, die mitbedacht werden müssen. So führen kooperative Formen beruflicher Zusammenarbeit insgesamt beispielsweise dazu, dass teure medizinisch-technische Geräte besser ausgelastet und dadurch den Patienten zur Verfügung gestellt werden können. Speziell für den hausärztlichen Bereich lassen sich außerdem Vorteile für die Patienten durch das Angebot von Berufsausübungsgemeinschaften ausmachen, die auch für den ländlichen Raum gelten. Zu nennen sind längere Öffnungszeiten der Praxis, geringere Zeiten der Vertretung wegen des Urlaubs oder der Erkrankung des Praxisinhabers sowie ein größeres Leistungsspektrum von Berufsausübungsgemeinschaften mehrerer Ärzte. Gerade die Koordinierungsaufgabe, die der Gesetzgeber den Hausärzten zugeordnet hat, lässt sich besser erfüllen, je häufiger die Praxis und damit auch die bereits hinterlegten Befunde und Daten für die Patienten zur Verfügung stehen. Nicht zuletzt bieten Berufsausübungsgemeinschaften im Vergleich zur Einzelpraxis den Vorteil besserer Vereinbarkeit von Familie und Beruf durch mehr Flexibilität bei der Gestaltung der Praxistätigkeit durch die kollegiale Zusammenarbeit. Dies wird der Niederlassungsbereitschaft gerade förderlich sein.

Frage 5. War die Frage der Zuschläge für Gemeinschaftspraxen Gegenstand der Gespräche zwischen Landesregierung und Kassenärztlicher Vereinigung bzw. Kammer zur Frage der Versorgungssicherheit im ländlichen Raum und wenn ja, mit welchem Ergebnis, wenn nein, warum nicht?

Aufgrund der bundeseinheitlichen zwingenden Vorgabe war die Frage der Zuschläge für Berufsausübungsgemeinschaften nicht Gesprächsgegenstand zwischen Landesregierung und Kassenärztlicher Vereinigung Hessen bzw. Landesärztekammer Hessen.

Frage 6. Teilt die Landesregierung die Auffassung, dass diese Praxis der Kassenärztlichen Vereinigung überprüft und revidiert werden sollte und wenn nein, warum nicht? Wenn ja, welche diesbezüglichen Schritte hat sie unternommen oder will sie unternehmen?

Ein Anlass, die Praxis der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen zu überprüfen, wird nicht gesehen. Ein solcher Anlass könnte für das Hessische Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit als Rechtsaufsichtsbehörde bestehen. Da aber die Kassenärztliche Vereinigung Hessen Berufsausübungsgemeinschaften nicht über die zwingenden bundeseinheitlichen Vorgaben hinaus fördert, besteht kein Anhalt für einen Rechtsverstoß seitens der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und damit für ein Tätigwerden als zuständige Aufsichtsbehörde.

Wiesbaden, 2. Juli 2010

**Jürgen Banzer**