



Pressekonferenz

4. Deutscher Internistentag

**22. September 2011 | 11 Uhr
Berlin**



Ihre Gesprächspartner

Dr. med. Wolfgang Wesiack

Präsident des Berufsverbandes Deutscher Internisten

Dr. med. Wolf von Römer

1. Vizepräsident des Berufsverbandes Deutscher Internisten

Dr. med. Hans-Friedrich Spies

2. Vizepräsident und Schatzmeister des Berufsverbandes Deutscher Internisten

Prof. Dr. med. Petra-Maria Schumm-Draeger

Vorstandsmitglied/Fortbildung

Ursula-Anne Ochel

Hauptstadtbüro für Kommunikation und Politik im Gesundheitswesen
Moderation

BDI fordert mehr Freiberuflichkeit und Freiheit des ärztlichen Handelns

Berlin, 22. September 2011. Nach Einschätzung des Berufsverbandes Deutscher Internisten (BDI e.V.) wird es durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz nicht zur Verbesserung der Patientenversorgung kommen. Der BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack betonte beim 4. Deutschen Internistentag heute in Berlin: „Eine nachhaltige Verbesserung der Versorgungssituation für die Patientinnen und Patienten, eine zielführende Bekämpfung des Ärztemangels und Weiterentwicklung des Krankenhaussektors sind mit dem in der derzeitigen Form vorliegendem Gesetzesentwurf nicht realisierbar.“

Besonderen Nachbesserungsbedarf sieht Wesiack bei der zukünftigen Gestaltung der hausärztlichen Versorgung. Internisten stellten im Jahr 2010 bereits rund 21 Prozent aller hausärztlich tätigen Ärzte. Angesichts der demografischen Entwicklung und der zunehmenden Multimorbidität, die mehrheitlich internistische Erkrankungen umfassen, forderte der Verbandschef, dass die Finanzierung des hausärztlichen Versorgungsbereiches zukünftig differenziert nach Fachgruppen, der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, erfolgt.

Wesiack begrüßt die geplante sektorenübergreifende spezialärztliche Versorgung nach § 116 b Sozialgesetzbuch V (SGB V), da sie anders als in der alten Fassung ohne Mengengrenzung sei. Allerdings müsse dringend die Finanzierung geklärt werden, verdeutlichte Wesiack, sie könne in keinem Fall aus dem Topf der Vertragsärzte erfolgen. Bei der Erarbeitung der Qualitätskriterien durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) sei darauf zu achten, dass dieser sich auf die Qualitätsdefinition beschränke und Eingriffe in Strukturvorgaben beim Vertragsarzt und im Krankenhaus vermieden würden. Wesiack schlug dreiseitige Verträge vor, um Qualitätsdefinition und zukünftige Honorierung zu regeln.

Dr. Hans-Friedrich Spies, 2. Vizepräsident des BDI kritisierte: „Das Primat der ökonomischen Vorgaben hat medizinische Argumente der Versorgung völlig verdrängt“. Diese werde dazu missbraucht, ökonomische Vorgaben beim Patienten medizinisch zu begründen. Dadurch werde das vertrauensvolle Arzt-Patienten-Verhältnis beschädigt, das führe zum Qualitätsverlust in der Versorgung. Er forderte, den Patienten nicht länger Innovationen durch zu lange Beratungen im Gemeinsamen Bundesausschuss vorzuenthalten. Außerdem führten die unterschiedlichen

Leistungsmöglichkeiten zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu Behandlungsbrüchen und Irritationen bei den Versicherten.

„Im ambulanten Bereich wird der Arzt seit Jahren für die Arzneimitteltherapie verantwortlich gemacht und auch ggf. mit Regressen bedroht. Die Verordnung auf einem Rezept der gesetzlichen Krankenversicherung ist inzwischen durch Festbeträge, Generika und Rabattverträge vorgegeben, so dass der Arzt mit seinem Einfluss kaum noch die Arzneimittelkosten bestimmt. Ihm wird zunehmend die Möglichkeit einer individuellen Verordnung genommen“, bemängelte Spies.

Noch drastischer sei die Situation in den Kliniken, betonte Spies, da dort das Primat der Ökonomie und Bürokratie vorherrsche. Deshalb gehe die Entwicklung immer mehr in Richtung Anstellung des Arztes, weg von der Selbstständigkeit. Die Freiberuflichkeit des Arztes stehe auf dem Spiel. „Die ist aber Garant für eine medizinisch korrekte und patientennahe Versorgung in Praxis und Krankenhaus“.

Spies wünscht sich mehr Mut bei den niedergelassenen Ärzten, sie sollten klar machen, dass Verordnung oder Leistung vom ökonomischen System bestimmt werde und dass er in bestimmten Fällen die medizinische Verantwortung in dieser Form nicht tragen könne. „Der Arzt muss sich wieder aus der Rolle des Erfüllungsgehilfen ökonomischer Vorgaben befreien.“

Er forderte vermehrt selbstständige Ärzte auch in der stationären Versorgung entsprechend dem Belegarztsystem oder ähnlichen Strukturen einzuführen. Insbesondere wenn der Krankenhausarzt auch gleichzeitig Vertragsarzt sei, werde seine Unabhängigkeit gestärkt, unterstrich er.

Der Deutsche Internistentag findet zum 4. Mal in Berlin statt und dient sowohl der gesundheitspolitischen als auch der medizinischen Fortbildung. Ein Assistententag rundet das Profil ab.

Verantwortlich für das weit gefächerte klinisch ausgerichtete Fortbildungsprogramm ist die Münchener Chefärztin Prof. Petra-Maria Schumm-Draeger. Der Assistententag sei ein Highlight, betonte Frau Schumm-Draeger, da er sowohl medizinisch-fachliche als auch essentielle Themen für die in der Weiterbildung befindlichen Ärzte beinhalte, wie die Notwendigkeit und die Möglichkeiten einer strukturierten Weiterbildung in der Inneren Medizin und langfristige berufliche Planung.

Ansprechpartnerin Presse
Ursula-Anne Ochel

Mobiltelefon 0171 322 43 46
E-Mail: BDI_Presse@tonline.de

Die vollständige Stellungnahme des BDI zum Versorgungsstrukturgesetz findet sich unter www.bdi.de

Statement Dr. Hans-Friedrich Spies 2. Vizepräsident und Schatzmeister BDI e. V.

Es gilt das gesprochene Wort

Das Deutsche Gesundheitswesen wird wie viele Lebensbereiche in unserem Land durch ökonomische Vorgaben bestimmt. Aus diesem Grund ist die Gesundheitspolitik bis dato reine Kostendämpfungspolitik gewesen.

Auch die Organe der Selbstverwaltung sind in dieses System fest eingebunden. Sie sind ein fast unerlässlicher Bestandteil für die Umsetzung der ökonomischen Vorgaben geworden. Die Selbstverwaltung erlaubt der Politik, sich dem Bürger als Garant für eine optimale Versorgung einerseits und der Beitragsstabilität andererseits darzustellen.

Das Primat der ökonomischen Vorgaben hat medizinische Argumente der Versorgung völlig verdrängt. Die Ökonomie ist deshalb alltäglich in der Arztbeziehung angekommen. Diese wird dazu missbraucht, ökonomische Vorgaben beim Patienten medizinisch zu begründen.

Inzwischen haben viele Patienten das Gefühl, nicht mehr alles Notwendige in der Versorgung zu erhalten. Der Arzt wird als Bestandteil eines ökonomisch orientierten Gesundheitswesens betrachtet, sodass es allmählich zu einem Bruch des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient kommt.

Die Gefährdung dieser Beziehung führt zu einem empfindlichen Qualitätsverlust an einer wichtigen Stelle unseres Gesundheitswesens.

Diese Betrachtung trifft sowohl auf die ambulante, als auch auf die stationäre Versorgung zu.

Ein typisches Beispiel der ambulanten Versorgung ist der Leistungskatalog, der im EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) definiert ist. Aus ökonomischen Gründen werden Innovationen, wenn überhaupt, dann durch zu lange Beratung im Gemeinsamen Bundesausschuss verspätet dem Patienten zur Verfügung gestellt. Die Leistungskataloge ambulant und stationär sind inzwischen so different, dass es zu Brüchen bei der Behandlung am Übergang vom Krankenhaus zur Praxis kommen muss.

Dem Patienten ist nicht mehr verständlich zu machen, warum er eine Leistung z. B. im Krankenhaus erhalten hat, die ambulant nicht möglich ist.

Im ambulanten Bereich wird der Arzt seit Jahren für die Arzneimitteltherapie verantwortlich gemacht und auch ggf. mit Regressen bedroht. Die Verordnung auf einem Rezept der gesetzlichen Krankenversicherung ist inzwischen aber durch Festbeträge, Generika und Rabattverträge vorgegeben, dass der Arzt mit

seinem Einfluss kaum noch die Arzneimittelkosten bestimmt. Ihm wird auch zunehmend die Möglichkeit einer individuellen Verordnung genommen.

Die Ärzte haben sich an diesen Zustand so gewöhnt, dass sie diese Situation inzwischen gegenüber dem Patienten mit medizinischen Argumenten unterfüttern.

Noch kritischer ist die Situation der Ärzte im Krankenhaus.

Bei der derzeitigen Finanzierungssituation im stationären Bereich bestimmen Controllingvorgaben das ärztliche Handeln. Aufnahmetermine werden weitgehend von der Situation der Budgetierung abhängig gemacht, das Entlassdatum von der Systematik der DRG (Fallpauschalen). Die ökonomischen Zwänge der Krankenhausverwaltung müssen von den angestellten Ärzten umgesetzt werden.

Ein Vertragsarzt könnte sich noch besser gegen solche Vorgaben wehren, arbeitet er doch selbstständig und hat keinen direkten Vorgesetzten, der ihm wirtschaftliche Vorgaben macht. Der Krankenhausarzt, angefangen beim Chefarzt, bis hin zum Arzt in Weiterbildung, ist angestellt und deshalb wirtschaftlich voll von seinem Auftraggeber, dem Krankenhausträger, abhängig.

Deshalb geht die Entwicklung immer mehr in Richtung Anstellung des Arztes und weg von der Selbstständigkeit. Die Freiberuflichkeit des Arztes steht auf dem Spiel. Diese ist aber Garant für eine medizinisch korrekte und patientennahe Versorgung in Praxis und Krankenhaus.

Konsequenz

- Der Vertragsarzt sollte den Mut haben, klarzustellen, dass seine Verordnung oder seine Leistung vom ökonomischen System bestimmt wird und dass er in bestimmten Fällen die medizinische Verantwortung in dieser Form nicht tragen kann. Der Arzt muss sich wieder aus der Rolle des Erfüllungsgehilfen ökonomischer Vorgaben befreien.
- Der Krankenhausarzt kommt weit schwerer aus der ökonomischen Falle. Es muss deshalb angestrebt werden, wieder vermehrt selbstständige Ärzte auch in der stationären Versorgung entsprechend dem Belegarztsystem oder ähnlichen Strukturen einzuführen. Insbesondere wenn der Krankenhausarzt auch gleichzeitig Vertragsarzt ist, wird seine Unabhängigkeit gestärkt.
- Rein ökonomisch orientierte Planungen bei der Krankenhausführung verursachen Patientenferne. Nur eine gemeinsame Planung von Medizin und Ökonomie auf Augenhöhe macht auch den wirtschaftlichen Erfolg eines Krankenhauses aus.

Stellungnahme des Berufsverbandes Deutscher Internisten (BDI e.V.) zum Kabinettsentwurf für ein Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Wiesbaden, 13. September 2011

Einleitung:

Der vorliegende Kabinettsentwurf für ein Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstruktur in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz) ist seit langer Zeit der erste Versuch einer Bundesregierung, notwendige strukturverändernde Maßnahmen normativ zu verankern, statt durch reine Vorgaben zur Ausgabenvermeidung in Form von Kostendämpfungsgesetzen die Ursachen von Leistungsausweitungen bei einer älter werdenden Gesellschaft und steigendem medizinischen Fortschritt unbeantwortet zu lassen. Die im Gesetzesentwurf erkannte Notwendigkeit einer Überarbeitung unter anderem der Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung, des vertragsärztlichen Vergütungssystems und der Flexibilisierung der ärztlichen Berufsausübung begrüßt der BDI e. V. ausdrücklich.

Jedoch bleibt festzuhalten, dass leitende Gedanken nicht konsequent umgesetzt wurden. Eine nachhaltige Verbesserung der Versorgungssituation für die Patientinnen und Patienten, zielführende Bekämpfung des Ärztemangels und Weiterentwicklung des Krankenhaussektors sind mit dem in der derzeitigen Form vorliegendem Gesetzesentwurf nicht realisierbar.

Der BDI sieht im vorliegenden Referentenentwurf deshalb bei den vorgestellten Maßnahmen Nachbesserungsbedarf:

1. Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung

- Die zahlreichen Maßnahmen zur Sicherung einer wohnortnahen, flächendeckenden medizinischen Versorgung, wie sie der Referentenentwurf hervorgebracht hat, werden vom BDI e. V. begrüßt. In diesem Zusammenhang erneuert der BDI seine Zusage, die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung auch in Zukunft weiterhin zu unterstützen. Die Zahl der hausärztlich tätigen Internisten stieg im Zeitraum von 2002 – 2010 um 13,5%. Internisten stellten im Jahr 2010 bereits rund 21% aller Ärzte im hausärztlichen Versorgungsbereich.
- Um langfristig der Tatsache Rechnung zu tragen, dass gerade im hausärztlichen Versorgungsbereich internistischer Sachverstand zur optimalen Behandlung von Patientinnen und Patienten unumgänglich ist und dass die demographische Entwicklung und die zunehmende Multimorbidität mehrheitlich zu chronischen internistischen Erkrankungen führt, sollte die Finanzierung des hausärztlichen Versorgungsbereiches zukünftig differenziert nach Fachgruppen, der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen Ärzte, erfolgen.
- Zudem muss bei der zukünftigen Bedarfsplanung darauf geachtet werden, dass die Finanzierung weiterer Praxissitze nicht zu zusätzlichen Belastungen der Gesamtvergütung der vertragsärztlichen Versorgung führt. Einem Mehrbedarf muss mit zusätzlichen finanziellen Mitteln Rechnung getragen werden.

2. Spezialfachärztliche Versorgung

Der § 116 b SGB V sollte bei seiner Etablierung seinerzeit nicht zu einer breiten und undifferenzierten Öffnung der Krankenhäuser für eine zusätzliche Erbringung ambulanter Leistungen führen, sondern der Ergänzung der ambulanten Versorgung bei hochspezialisierten Leistungen, bei seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderem Verlauf dienen. Der vorliegende Referentenentwurf hat sich somit die Aufgabe gestellt, die unterschiedlichen Vorgaben im ambulanten und stationären Bereich zumindest

bei dieser Versorgung neuzuordnen. Der BDI begrüßt ausdrücklich das Ziel einer sektorübergreifenden Versorgungsstruktur.

- Die Qualitätsvorgaben sollen nach dem Kabinettsentwurf vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgearbeitet werden. Wichtig ist, dass man sich dabei allein auf die Qualitätsdefinition beschränkt und Eingriffe in Strukturvorgaben beim Vertragsarzt und im Krankenhaus vermeidet.
- Um den G-BA mit seinen zahlreichen Aufgaben zu entlasten, wird vom BDI empfohlen, die Definition von Qualität genauso wie die Vergütung über dreiseitige Verträge zu regeln, wie es sich schon bei der Umsetzung des § 115b SGB V bewährt hat.
- Die Qualitätssicherung muss in ärztlicher Hand bleiben.
- Die Abrechnung der Vertragsärzte sollte über die Kassenärztliche Vereinigung abgewickelt werden.
- Den Krankenhäusern sollte dabei gestattet werden freiwillig über die KV'en abzurechnen. Diese Körperschaften des öffentlichen Rechts haben nachweislich viel Know-How zur Umsetzung der spezialärztlichen Versorgung, so dass keine zusätzliche Kontrollbürokratie bei den Krankenkassen eingerichtet werden muss.
- Die Finanzierung muss für alle Leistungserbringer einheitlich in Form einer Einzelleistungsvergütung erfolgen. Darauf aufbauend soll zeitnah ein Verfahren zur Entwicklung einer eigenständigen, möglichst an DRG-ähnlichen Strukturen angelegten Vergütung dieser Leistungen gesetzlich vorgegeben werden.
- Der BDI begrüßt in diesem Zusammenhang, dass die Honorare für die spezialärztliche Versorgung neu geregelt werden. Dabei fordert er verstärkt die Einzelleistungsvergütung zu berücksichtigen.

- Auf die Dauer können auch die Krankenhausleistungen, zum Beispiel 1-Tagesfälle, in den § 116b SGB V einbezogen werden. Bei deren Vergütung muss aber schon wegen des Morbiditätsbezugs das DRG-System als Grundlage gelten.
- Die Onkologie hat im § 116b SGB V einen besonders hohen Stellenwert. Im Interesse einer Lockerung der Grenze ambulant/stationär, sollten praktikable Lösungen gefunden werden, die Kooperation onkologisch tätiger Vertragsärzte mit den Krankenhäusern zu fördern.
- Zur Gleichstellung von Vertragsärzten und Krankenhäusern droht den Krankenhäusern ein Honorarabschlag bei der Erbringung ambulanter spezialärztlicher Leistungen von 5%. Dies findet seine Begründung in der dualen Finanzierung des stationären Sektors, wobei hier die Investitionskosten von den Ländern getragen werden. Diese Investitionskosten sind jedoch zweckgebunden für die stationäre Behandlung. Selbstverständlich kann nicht von der Hand gewiesen werden, dass durch diese Investitionskosten Kliniken in der Lage sind, Gewinne zu erwirtschaften, die sodann wiederum zur Finanzierung ihrer Aktivitäten im ambulanten Versorgungsbereich dienen können. Jedoch beurteilt der BDI einen 5%igen Abschlag im Fall der ambulanten Leistungserbringung durch Krankenhäuser differenziert. Der BDI befürchtet, dass diese Vorgabe mehr Verwirrung in der Umsetzung der Verträge stiftet, ohne das Problem der dualen Finanzierung bei ambulanter erbrachter Leistung wirklich zu lösen.
- Es sollte überlegt werden, ob bis zur Einführung einer monistischen Krankenhausfinanzierung auf eine Kürzung verzichtet wird.

Der BDI betont nochmals, dass er die Einführung der spezialärztlichen Versorgung vom Grundsatz her unterstützt, insbesondere deshalb, weil der bisherige § 116b SGB V die Leistung zwischen der ambulanten und stationären Versorgung einseitig zu Lasten der Vertragsärzte festlegt und damit auch die Abgrenzung zwischen Praxis und Krankenhaus verschärft hat. Als essentiell sieht er dabei die Indikationsstellung zur spezialärztlichen Versorgung an, die fachärztlich gestellt werden soll. Zudem muss darüber hinaus

festgehalten werden, dass der Facharztstandard bei der Behandlung vom Patient nach § 116b SGB V gewährleistet bleibt.

3. Telemedizin, Regionalisierung und Zulassungsrecht und Arzneimittelregresse

Telemedizin

Nach den Vorgaben des § 87 SGB V des Kabinettsentwurfes sollen ambulante telemedizinische Leistungen eingeführt und gefördert werden. Die Definition dieser Leistungen erfolgt bis zum 31. Oktober 2012 über den Bewertungsausschuss, der bis zum 31. März 2013 die entsprechende Anpassung am EBM vornehmen soll.

- Der BDI bietet in diesem Zusammenhang an, eine fachliche Stellungnahme einzubringen und diese der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Verfügung zu stellen.

Regionalisierung

Entgegen dem unter Ministerin Ulla Schmidt begonnenen Trend zur bundesweiten Vereinheitlichung der Arzthonorare, werden zukünftig die Honorare wieder auf Landesebene und damit regional ausgehandelt. Die Vertragspartner auf regionaler Ebene erhalten somit wieder mehr Gestaltungsspielraum bei ihren Vereinbarungen über den Orientierungswert. Dieser dient der Abbildung regionaler Besonderheiten in der Kosten- und Versorgungsstruktur. Außerdem können Leistungen durch Zuschlag gefördert werden, so dass auf Länderebene damit eine eigene regionale Gebührenordnung mit Euro-Preisen entstehen soll.

- Durch die in der Vergangenheit vermehrte Zentralisierung der Honorarfestlegung, hat sich die finanzielle Lage in den einzelnen Regionen insgesamt eher verschlechtert denn verbessert.
- Festzuhalten bleibt, dass die Patientenversorgung immer regionalen Charakter behalten wird.
- Der BDI befürchtet aufgrund der unterschiedlichen Wirtschaftskraft der Bundesländer, dass zusätzlich unterschiedliche Honorare für gleiche Leistungen existieren werden.

- Ohne Einführung des Finanzausgleiches bei den Krankenkassen, ist eine Regionalisierung der Honorargestaltung als illusorisch zu betrachten. Nur wenn ausreichende finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt werden, um regionale Unterschiede darzustellen, kann die Regionalisierung der Honorare gelingen. Andernfalls erfolgt wieder nur eine Umverteilung zwischen den Fachgruppen, ohne dass der KV tatsächlich mehr Geld zur Verfügung steht.

Durch die vorgesehenen Änderungen der Bedarfsplanung und des Zulassungssystems sind flexiblere Gestaltung sowie eine stärkere Berücksichtigung lokaler Bedürfnisse zukünftig möglich. Beispielsweise sieht der Gesetzgeber ausdrücklich die Ermächtigung von Krankenhäusern bei lokal festgestelltem Versorgungsbedarf vor. Dies würde dazu führen, dass Krankenhäuser künftig auch dann, wenn der Landesausschuss für das Gebiet, in dem das Krankenhaus lokalisiert ist, Zulassungssperren angeordnet hat, aufgrund eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfes zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt werden kann. Darüber hinaus müssen Planungsbereiche zukünftig nicht mehr wie bisher den Stadt- und Landkreisen entsprechen. Die demographische Entwicklung ist zukünftig auch bei der Festlegung der Verhältniszahlen vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu berücksichtigen.

- Die Einwirkungsmöglichkeiten der Länder bei regionalen Besonderheiten und die Schaffung von zusätzlicher Kompetenz der Länder wird vom BDI nur dann akzeptiert, sofern den Ländern das vorgesehene Beanstandungsrecht nur unter der Bedingung eingeräumt wird, wenn sie selbst Willens sind, deutliche Investitionen in die Infrastrukturentwicklung strukturschwacher Regionen zu leisten.

Zulassungsrecht

- Die Regelungen zum neuen Zulassungsrecht hält der BDI in vielen Punkten für nicht umsetzbar.
- Beispielsweise stehen einer befristeten Kassenzulassung notwendige Investitionen in die Praxisausstattung und mangelnde Planungssicherheit gegenüber. Unter diesen

Voraussetzungen wird es weiter schwierig sein, dem sich abzeichnenden Ärztemangel wirksam entgegenzutreten.

- Die Verpflichtung zu einer fünfjährigen vertragsärztlichen Tätigkeit in einem unterversorgten Gebiet, scheint nur im Ansatz für angestellte Ärzte denkbar. Die Versorgungsstruktur und -realität ist jedoch eine andere.
- Auch die Regelungen zum Vorkaufsrecht der KV'en bei der Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen in überversorgten Gebieten, der in Form eines Verwaltungsaktes vollzogen werden soll, beurteilt der BDI kritisch. Dies würde zum einen die KV-Budgets deutlich belasten. Eine komplizierte Umlagenrechnung wäre notwendig, um das nach dem Aufkauf der Vertragsarztsitze zur Verfügung stehende Honorar den verbliebenen Ärzten entsprechend ihrer geplanten zukünftigen Verweildauer im System zukommen zu lassen. Zum anderen würde der Käufer der Praxis unzumutbar belastet, da bereits im Vorfeld eines Praxiskaufes zahlreiche Planungen vollzogen werden müssen.
- Die Diskussion um die Einrichtung von Strukturfonds aus Mittel der Gesamtvergütung zur Finanzierung von Fördermaßnahmen unterversorgten Gebieten, ist nach Ansicht des BDI eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, so dass die Länder dazu verpflichtet werden sollten, zur Finanzierung entsprechende Steuermittel zur Verfügung zu stellen.

Arzneimittelregresse

- Der BDI begrüßt die Absichten des BMG, die Problematik, die sich im Rahmen der Arzneimittelregresse ergeben, zu diskutieren. In einem ersten Schritt ist es sicherlich vorteilhaft, wenn nunmehr der Gesetzgeber unter der Prämisse „Beratung vor Regress“ auf eine Überschreitung des jeweiligen Arzneimittelbudgets mit Sanktionen zu reagieren, verzichten will.

- Auch die Regelungen in unterversorgten Gebieten zu diesem Themenkomplex werden begrüßt. Ärzte, die die Versorgung sicherstellen, dürfen hier nicht für demographische Entwicklungen und Fehlstellungen des Gesundheitswesens bestraft werden.
- Auch bleibt festzuhalten, dass durch die Regressproblematik bereits heute eine rationierte Patientenversorgung besteht.
- Die möglichen Regressforderungen bergen ein latentes Drohpotential in sich, welches dazu geeignet ist, dass Niederlassungswillige Ärztinnen und Ärzte von einer solchen Tätigkeit absehen.
- Zudem bleibt festzuhalten, dass die Ärzte durch den Abschluss von Rabattverträgen jegliche Einflussnahme auf die Arzneimittelausgaben in der Summe verloren haben. Demzufolge fordert der BDI auf Richtgrößenvergabe grundsätzlich zu verzichten.