

A N T W O R T

zu der

Anfrage der Abgeordneten Dr. Simone Peter (B90/Grüne)

betr.: Tätigkeitsumfänge in der vertragsärztlichen Versorgung

Vorbemerkung der Fragestellerin:

„Mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) wurde im Jahr 2006 Paragraph 95 Sozialgesetzbuch Fünf (SGB V) geändert und dabei die Möglichkeit eingeführt, auch Zulassungen mit hälftigen Versorgungsaufträgen zu erteilen (siehe Abs. 3) bzw. bei bestehenden Zulassungen das hälftige Ruhen (siehe Abs. 5) bzw. den hälftigen Entzug (siehe Abs. 6) einer hauptberuflichen Tätigkeit vorzunehmen.

Bei der Vorstellung des Bedarfsplanungskonzeptes der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) im Januar 2012 äußerte deren Vorstandsvorsitzender Dr. Andreas Köhler Kritik an sogenannten „Hobbyarztpraxen“, die nur wenige Scheine abrechnen und weniger als 20 Stunden für die Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten zur Verfügung stehen (u.a. Ärztezeitung 16.1.2012). Dies nahm die Bundestagsfraktion von Bündnis 90/Die Grünen zum Anlass, eine Kleine Anfrage zu stellen (17/9231). Der Antwort der Bundesregierung (17/9329) ist zu entnehmen, dass von einer Zulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag (sogenannten Teilzulassung) mit Ausnahme der PsychotherapeutInnen nur minimal Gebrauch gemacht wird. Eine Auskunft darüber, wie viele ÄrztInnen mit voller Zulassung ihrer Verpflichtung aus dem Bundesmantelvertrag mindestens 20 Stunden für die Versorgung gesetzlich Krankenversicherter zur Verfügung zustehen nachkommen bzw. nicht nachkommen, konnte die Bundesregierung und die Kassenärztliche Bundesvereinigung nicht geben.

Erfragt wurde auch, in welchem Umfang (Fach-) Arztgruppen im Vergleich zu den durchschnittlichen Fallzahlen abrechnen. Dabei wurden deutliche Unterschiede sowohl zwischen Arztgruppen als auch innerhalb der Arztgruppen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen deutlich. Auffällig viele ÄrztInnen aus den Bereichen Anästhesie, Innere Medizin, Chirurgie, Nervenheilkunde und Radiologie rechnen weniger als 25% der durchschnittlichen Fallzahlen ab.“

Vorbemerkung Landesregierung:

Über die von der Fragestellerin gewünschten Daten wird eine auf Landesrecht beruhende Statistik nicht geführt. Die Landesregierung war daher insoweit auf eine Zulieferung durch die Kassenärztliche Vereinigung Saarland (KVS) angewiesen.

Die Landesregierung weist darauf hin, dass Rückschlüsse auf den Versorgungsbeitrag, die alleine aus der Anzahl der abgerechneten Fälle in Relation zur durchschnittlichen Fallzahl getroffen werden, der Versorgungsrealität nicht gerecht werden. Die KVS hat hierzu ausgeführt, dies beruhe insbesondere auf einer starken Inhomogenität der Arztgruppen, welche einer Mischung von teilweise sehr unterschiedlichen Tätigkeiten im Rahmen derselben Fachgruppe geschuldet sei.

Beispielsweise könnten operativ tätige Chirurgen und konservativ tätige Chirurgen nur in unterschiedlichem Maße Sprechstunden anbieten. Deshalb könne es zu sehr unterschiedlichen Patientenzahlen kommen. Das Gleiche gelte für operativ und konservativ tätige Augenärzte. Eine ähnliche Betrachtungsweise sei auch notwendig, wenn man die Gruppen Nervenärzte und Anästhesisten betrachte, zumal sich im Bereich der Nervenärzte ein sehr breit differenziertes Versorgungsspektrum zwischen neurologisch und psychiatrisch tätigen Nervenärzten, reinen Psychiatern und reinen psychotherapeutisch tätigen Ärzten abbilde.

Anästhesisten mit dem Schwerpunkt Schmerztherapie könnten wegen des notwendigerweise erheblichen Zeitumfanges der einzelnen Behandlung weniger Patienten behandeln als konservativ tätige Anästhesisten. Nicht anders sei es bei den Fachinternisten, wo beispielsweise Ärzte, die als Schwerpunkt die Dialyse ausführten, mit anderen Fachinternisten in einer Gruppe geführt werden.

Darüber hinaus gebe es eine Vielzahl von Spezialisierungen, die in eine entsprechende Tätigkeit mündeten. Auch die Arbeitsweise der einzelnen Ärztinnen und Ärzte sei als unterschiedlich anzusehen. Im Rahmen einer differenzierten Versorgungslandschaft und dem Angebot eines breiten Versorgungsspektrums an die Bevölkerung seien diese Unterschiede jedoch eine unumgängliche Begleiterscheinung.

In wie vielen Fällen wurden im Saarland sogenannte Teilzulassungen erteilt (Angaben bitte absolut sowie prozentual, aufgeschlüsselt nach Arztgruppen: Haus-, Kinder-, Augen-, Frauen-, HNO-ÄrztInnen, OrthopädInnen, NervenärztInnen, PsychiaterInnen, RadiologInnen, PsychotherapeutInnen und darin aufgeschlüsselt nach Geschlecht)?

Zu Frage 1:

Die KVS hat dazu der Landesregierung die folgende Tabelle übermittelt.

Arztgruppe	Männlich					weiblich					Gesamt					Summe
	31.12.2008	31.12.2009	31.12.2010	31.12.2011	21.08.2012	31.12.2008	31.12.2009	31.12.2010	31.12.2011	21.08.2012	31.12.2008	31.12.2009	31.12.2010	31.12.2011	21.08.2012	
Kinderärzte	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	5
Allgemeinmedizin	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	2	2	2	6
Anästhesisten	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	2	2	4
Chirurgen	0	0	0	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	8
Frauenärzte	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	2
HNO-Ärzte	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3
Fachärztl. Intern.	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Nervenärzte	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	2	2	4
Orthopäden	0	0	0	0	3	0	0	0	1	2	0	0	0	1	5	6
Radiologen	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	2	2	2	6
Phys.-Reha-Med.	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	3
Ärztliche Psychoth.	0	0	0	0	0	0	1	1	4	4	0	1	1	4	4	10
Psychol. PT_RL-VT	0	0	0	1	2	0	0	2	7	9	0	0	2	8	11	21
Psychol. PT_RL-TF	0	0	1	1	2	0	0	3	6	6	0	0	4	7	8	19
Gesamt	1	1	5	12	20	0	1	8	23	27	1	2	13	35	47	98

- a) In wie vielen Fällen (aufgeschlüsselt nach Arztgruppen) wurde in der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Saarland seit Inkrafttreten des im VÄndG veränderten § 95 SGB V der Antrag gestellt, Zulassungen hälftig ruhen zu lassen oder zu entziehen?

- b) In wie vielen Fällen wurde diesen Anträgen gefolgt?

Zu Frage 2:

Hierzu liegen der Landesregierung keine Daten vor. Die KVS hat mitgeteilt, dass in keinem einzigen Fall ein entsprechender Antrag gestellt worden sei.

Wie groß ist der Anteil an saarländischen VertragsärztInnen mit voller Zulassung (aufgeschlüsselt nach Kreistypen der Bedarfsplanung und darin nach Arztgruppen), die in der Versorgung von GKV-Patienten und -patientinnen

- a) weniger als ein Viertel der durchschnittlichen Fallzahlen,
- b) zwischen einem Viertel und der Hälfte der durchschnittlichen Fallzahlen,
- c) zwischen der Hälfte und Dreiviertel der durchschnittlichen Fallzahlen
- d) zwischen Dreiviertel und den durchschnittlichen Fallzahlen,
- e) zwischen hundert und hundertfünfundzwanzig Prozent der durchschnittlichen Fallzahlen,
- f) mehr als hundertfünfundzwanzig Prozent der durchschnittlichen Fallzahlen abrechnen?

Zu Frage 3:

Hierzu liegen der Landesregierung keine Erkenntnisse vor. Für die KVS besteht keine gesetzliche Verpflichtung die abgefragten Daten systematisch zu erheben. Die gewünschten Daten ließen sich nur durch Einzelauswertungen erheben, die angesichts der nur beschränkten Aussagekraft einen unverhältnismäßigen Aufwand bedingen würden.

Denn die KVS sieht bei einer Analyse auf Basis der durchschnittlichen Fallzahlen einer Arztgruppe das Problem, dass sich die Fachgruppen ggf. gruppenintern in ihrer Tätigkeit relativ stark unterscheiden (siehe Vorbemerkung). Bei der Analyse innerhalb einer zusammengefassten Gruppe und bei der Bildung von Fall-Mittelwerten innerhalb dieser Gruppe würde dieser Unterschied nicht berücksichtigt. Generell sei die Fallzahl zur Bestimmung des Versorgungsumfangs von Vertragsärztinnen und -ärzten eher wenig geeignet.

Die Heranziehung von Prüfzeiten bzw. sogenannten Plausibilitätszeiten zur Beurteilung des Versorgungsbeitrages ist darüber hinaus im Rahmen des geltenden Abrechnungssystems oftmals nicht oder nur sehr eingeschränkt möglich, da die Plausibilitätszeiten fiktive Arbeitszeiten darstellen, die das tatsächliche Leistungsgeschehen nicht oder nur teilweise abbilden. Wegen des bisher erreichten hohen Grades an Pauschalierungen werden Tätigkeiten, die tatsächlich geleistet werden, im Rahmen der Plausibilitätszeiten nicht zur Abbildung kommen. Im Übrigen können diese Zeiten nur bei der Bedarfsplanungsgruppe der Psychotherapeuten einen guten Näherungswert liefern, da der überwiegende Teil der psychotherapeutischen Leistungen mit diesen so genannten Plausibilitätszeiten hinterlegt sei.

Bei anderen Arztgruppen sei eine Analyse auf Basis der Plausibilitätszeiten demgegenüber ggf. weniger aussagekräftig, da hier Leistungen wesentlich stärker pauschaliert werden und nicht alle Leistungsspektren mit Plausibilitätszeiten hinterlegt seien. So sind infolge der Pauschalierung ärztlicher Leistungen beispielsweise Folgekontakte der Ärztin bzw. des Arztes durch die Patientin oder den Patienten häufig nicht gesondert in den Abrechnungen dokumentierbar.

Weder der Landesregierung noch der KVS liegen Erkenntnisse vor, welche eine Korrelation von Altersstruktur, Geschlecht und Versorgungsbeitrag nahelegen würden.

Die Landesregierung weist schließlich darauf hin, dass derzeit die Bedarfsplanungsrichtlinie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss überarbeitet wird. Die neue Richtlinie wird voraussichtlich zum 1. 1. 2013 in Kraft treten. Sowohl die Planungsbezirke als auch die Verhältniszahlen, aber auch die Arztgruppeneinteilungen, werden im Zuge der Novellierung neu zu bestimmen sein. Vor diesem Hintergrund wären Aussagen zum derzeitigen Versorgungsgrad im Saarland bereits in wenigen Monaten überholt.

Wie groß sind die unter Frage 3 erfragten Anteile bei einer Aufschlüsselung nach

- a) Arztgruppe und darin Geschlecht
- b) Arztgruppe und darin Altersgruppen (bis 34, 35 bis 44, 45 bis 54, 55 bis 59, 60 bis 64, 65 Jahre und älter)?

Zu Frage 4

Auf die Beantwortung zur Frage 3 wird verwiesen.

Wie groß ist bezogen auf den Bezirk der KV Saarland (aufgeschlüsselt nach Kreistypen der Bedarfsplanung und darin nach Geschlecht) der Anteil an Psychologischen PsychotherapeutInnen sowie PsychotherapeutInnen für Kinder und Jugendliche mit voller Zulassung, die in der Versorgung von GKV-PatientInnen (gemäß Prüfzeiten des EBM Anhang 3)

- a) weniger als 8 Stunden
- b) mehr als 8 und weniger als 16 Stunden
- c) mehr als 16 und weniger als 24 Stunden
- d) 24 und mehr Stunden abrechnen?

Zu Frage 5:

Auf die Beantwortung zur Frage 3 wird verwiesen.

Welche Gründe sind aus Sicht der saarländischen Landesregierung für die sehr große Bandbreite der von ÄrztInnen abgerechneten Fallzahlen ausschlaggebend und wie lassen sich diese Gründe belegen?

Zu Frage 6:

Zur Beantwortung der Frage wird auf die Ausführungen in der Vorbemerkung der Landesregierung sowie auf die Antwort zu den Fragen 3, 4 und 5 verwiesen.

Wie groß ist bezogen auf den Bezirk der KV Saarland der Anteil an VertragsärztInnen sowie VertragspsychotherapeutInnen mit voller Zulassung (aufgeschlüsselt nach Geschlecht und Arztgruppe, die Arztgruppe Psychotherapie zusätzlich aufgeschlüsselt nach Psychologischen sowie Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen), die (gemäß Prüfzeiten des EBM Anhang 3)

- a) weniger als 10 Stunden,
 - b) weniger als 15 Stunden
 - c) weniger als 20 Stunden
- in der Woche bei KassenpatientInnen abrechnen?

Zu Frage 7:

Die Heranziehung von Plausibilitätszeiten zur Beurteilung des Versorgungsbeitrages ist aus den in der Antwort zu den Fragen 3, 4 und 5 genannten Gründen nur beschränkt aussagekräftig.

Die KVS hat darüber hinaus mitgeteilt, dass weniger als 10 % der zugelassenen Vertragsärzte Fallzahlen unterhalb 50 % in Relation zur Fachgruppe zur Abrechnung bringen, unter 25 % gar nur im niedrigen einstelligen (0 % z. B. bei Chirurgen und Kardiologen, Gynäkologen 2 %, Hautärzte 4 %, Hausärzte 3 %, Kinderärzte 1,5 %) Bereich.

Was will die saarländische Landesregierung unternehmen, falls sie von der KV Saarland keine eindeutigen Auskünfte zur Beantwortung der Frage 7 erhalten hat,

- a) um auszuschließen, dass VertragsärztInnen und VertragspsychotherapeutInnen die weniger als 25 % der durchschnittlichen Fallzahlen abrechnen, nicht in dem im Bundesmantelvertrag vorgegebenen Umfang Sprech-/Therapiestunden für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung anbieten?

- b) damit die KV Saarland ihrer Aufgabe der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung tatsächlich nachkommt (etwa durch systematische Sammlung und Auswertung der unterschiedlichen Tätigkeitsspektren der ÄrztInnen)?

Zu Frage 8:

Es gibt keinerlei Anhaltspunkte, dass die KVS ihrem gesetzlichen Sicherstellungsauftrag nicht oder nur unzureichend nachkäme. Die Frage nach aufsichtsrechtlichen Maßnahmen stellt sich daher nicht.

- a) Wie bewertet die saarländische Landesregierung, dass laut Antwort der Bundesregierung auf die oben angeführte Kleine Anfrage keine Kassenärztliche Vereinigung systematisch Daten zum Versorgungsumfang von ÄrztInnen sowie PsychotherapeutInnen erhebt, auswertet und ihren eigenen (Pflicht-)Mitgliedern, den Krankenkassen oder der Öffentlichkeit zur Verfügung stellt?
- b) Was will die Landesregierung unternehmen, damit die KV Saarland zukünftig solche Untersuchungen durchführt und die Ergebnisse zur Erhöhung der Transparenz des ärztlichen Versorgungsgeschehens zur Verfügung stellt?

Zu Frage 9:

a)
Für eine entsprechende Datennutzung und -veröffentlichung bedarf es einer Rechtsgrundlage. Eine Nutzung der Sozialdaten durch die KVS ohne entsprechende Rechtsgrundlage wäre als rechtswidrig einzustufen und müsste u.U. von der Aufsichtsbehörde beanstandet werden. § 285 Abs. 1 Nr. 2 SGB V rechtfertigt die Erhebung und Speicherung der für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Daten. Die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung ist in den §§ 72-76 SGB V und den §§ 99-105 SGB V geregelt. In diesen Zusammenhang gehören insbesondere die Daten, die die Kassenärztlichen Vereinigungen im Hinblick auf den Bedarfsplan gemäß § 99 SGB V sowie aufgrund von Maßnahmen bei Unterversorgung nach § 100 Abs. 2 SGB V und bei Führung einer Warteliste bei Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs. 5 SGB V erfassen und speichern. Systematische, anlassunabhängige Erfassungen der tatsächlich geleisteten Versorgungstätigkeit fallen nicht hierunter. Die Erhebung dieser Daten kann vielmehr nur einzelfallbezogen erfolgen, um bei konkretem Anlass zulassungsrechtliche Maßnahmen gegen den Vertragsarzt einzuleiten, der seinem Versorgungsauftrag nicht nachkommt.

Folglich begrüßt die Landesregierung, dass die KVS derartige systematische Erhebungen oder gar Veröffentlichungen im Einklang mit dem geltenden Recht nicht durchführt.

b)

Bei den Beratungen über die Novellierung der Bedarfsplanungsrichtlinie im Gemeinsamen Bundesausschuss, an denen die Länder durch zwei Vertreter der Gesundheitsministerkonferenz beteiligt sind, wird auch darüber diskutiert, den konkreten Versorgungsumfang bei der Bestimmung der Bedarfsdeckung stärker zu berücksichtigen. So wird z. B. daran gedacht, den Zulassungsausschüssen Instrumente an die Hand zu geben, um den Versorgungsbeitrag einzelner Vertragsärztinnen und -ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten einheitlich und vor allem rechtssicher bewerten zu können. Die Landesregierung begleitet diesen Diskussionsprozess und dessen Umsetzung in der Bedarfsplanungs-Richtlinie in enger Abstimmung mit den Landesvertretern der Gesundheitsministerkonferenz.