

Gesundheitsreform 2012 – die Wievielte?

Anmerkungen zum geplanten GKV-Versorgungsstrukturgesetz

Allgemein

Am 3. August 2011 hat das Bundeskabinett den Entwurf des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) verabschiedet. Vorausgegangen waren Debatten im Rahmen der Gesundheitsministerkonferenz zu stärkeren Einwirkungs-/Gestaltungsmöglichkeiten der Länder in der medizinischen Versorgung sowie die zunehmenden Diskussionen zum Thema Ärztemangel. Mit Beginn dieses Jahres übertrumpften sich dann die verschiedenen Regierungsfractionen mit einschlägigen Eckpunktepapieren, die schließlich ihren Niederschlag in einem Gesetzentwurf der Bundesregierung gefunden haben. Schon nach der ersten Lesung im Bundestag am 23. September 2011 war ein erheblicher Diskussions- und Nachbesserungsbedarf zu verzeichnen. Mehr als 140 Änderungsanträge bis zum 19.10.2011 – einige sogar aus dem Hause des Bundesgesundheitsministeriums selbst! – sprechen eine deutliche Sprache und zeigen die unterschiedlichen Interessenlagen auf. Nachfolgend werden die wesentlichen Ziele, Inhalte, Schwerpunkte und die beabsichtigten Maßnahmen dargestellt. Mit Blick auf einige ausgewählte Vorschriften aus dem Gesetzeskonvolut setzt sich der Verfasser mit den berufspolitischen Implikationen auseinander.

Ziele des Gesetzes

Der Gesetzgeber definiert zunächst die Sicherstellung einer flächendeckenden bedarfsgerechten und wohnortnahen medizinischen Versorgung der Bevölkerung als ein zentrales gesundheitspolitisches Anliegen und erkennt gleichzeitig gesetzgeberischen Handlungsbedarf angesichts der demografischen Entwicklung, der unterschiedlichen Versorgungssituation von Ballungsräumen und ländlichen Regionen und der neuen Möglichkeiten, die der medi-



Ass. jur. Michael Schulte Westenberg, Hauptgeschäftsführer der Sächsischen Landesärztekammer

zinisch-technische Fortschritt mit sich bringen wird. Intendiert ist die spürbare Verbesserung der Situation vieler Patienten im konkreten Versorgungsalltag, etwa durch Abbau bürokratischer Hemmnisse, der Sicherstellung des Zugangs zu erforderlichen Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln und die bessere Abstimmung der Behandlungsabläufe für den Patienten zwischen Krankenhäusern, Ärzten und anderen Einrichtungen.

Erstmals postuliert die Politik einen drohenden Haus- und Fachärztemangel, insbesondere in ländlichen Regionen, falls die Rahmenbedingungen nicht geändert werden. Daraus werden folgende Ziele abgeleitet:

- künftige Sicherung einer flächendeckenden wohnortnahen medizinischen Versorgung,
- Flexibilisierung und Regionalisierung des Systems der vertragsärztlichen Vergütung durch Zurücknahme zentraler Vorgaben,
- Verbesserung der Verzahnung der Leistungssektoren,
- Sicherstellung eines schnelleren Zugangs zu Innovationen,
- weitere Erhöhung der Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung mittels Stärkung wettbewerblicher Instrumente.

Wesentlicher Inhalt

Neben mehr Mitwirkungsrechten der Länder, der Lockerung starrer Planungsvorgaben auf verschiedenen

Steuerungs- und Verantwortungsebenen und der Eröffnung flexibler Möglichkeiten der Beteiligten, entsprechend der regionalen Gegebenheiten und Erfordernisse, die gesundheitliche Versorgung in größerer Eigenverantwortung zu steuern, ausgerichtet am jeweiligen Bedarf der Menschen vor Ort, enthält das Gesetz ein Bündel von Maßnahmen, zu dem finanzielle Anreize, erweiterte Optionen etwa bei Zweigpraxen und der Delegation ärztlicher Leistungen sowie gezielte Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf im ärztlichen Bereich gehören. Zur Förderung einer sektorenverbindenden Versorgung soll stufenweise mit der ambulanten spezialärztlichen Versorgung ein Korridor eröffnet werden, in dem sowohl Krankenhäuser als auch niedergelassene Fachärzte unter gleichen Voraussetzungen und Bedingungen wettbewerblich die medizinische Versorgung gestalten können. Daneben erhält der Gemeinsame Bundesausschuss weitere Befugnisse. Zudem werden die wettbewerblichen Spielräume der Krankenkassen vergrößert, damit Patienten künftig auf breiterer Basis Angebote nutzen können, die ihrem individuellen Bedarf entsprechen.

Schwerpunkte/Maßnahmen

- Zur Sicherstellung einer flächendeckenden bedarfsgerechten Versorgung soll die Bedarfsplanung insbesondere durch die Flexibilisierung der Planungsbereiche, der Berücksichtigung von Demografie bei der Anpassung der Verhältniszahlen und der Erweiterung der Möglichkeit zur Erteilung von Sonderbedarfszulassungen weiterentwickelt werden.
- Unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten sollen die Einwirkungsmöglichkeiten der Länder gestärkt werden, etwa durch Erhalt eines Mitberatungsrechts beim Gemeinsamen Bundesausschuss zu Fragen der Bedarfsplanung, der Einräumung eines Bestandsrechts beim Bedarfsplan, der von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbän-

- den der Krankenkassen und den Ersatzkassen aufgestellt wird, der Einräumung eines Mitberatungsrechts bei den Landesausschüssen und dem Recht zur Schaffung des sogenannten (neuen) gemeinsamen Landesgremiums.
- Um Überversorgung abzubauen, wird die bestehende Möglichkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen, in überversorgten Gebieten den freiwilligen Verzicht auf die Zulassung finanziell zu fördern, erweitert. Ferner wird den Kassenärztlichen Vereinigungen ermöglicht, bei der Ausschreibung von Vertragsarztsitzen zur Nachbesetzung in überversorgten Planungsbereichen ein Vorkaufsrecht auszuüben.
 - Die Steuerung des Niederlassungsverhaltens über Vergütungsanreize soll weiterentwickelt werden, z.B. soll die Abstufung aller Leistungen von Ärzten, die in strukturschwachen Gebieten tätig sind, entfallen; Preiszuschläge für Leistungen von besonders förderungswürdigen Leistungserbringern, die in strukturschwachen Gebieten tätig sind, werden optional möglich; die Einrichtung eines Strukturfonds bei entsprechendem Versorgungsbedarf durch die Kassenärztlichen Vereinigungen wird ermöglicht).
 - Bei lokalem Versorgungsbedarf sollen Krankenkassen und Ärzte, die in Rehabilitations- oder Pflegeeinrichtungen tätig sind, ermächtigt werden können. Der ärztliche Notdienst soll sektorenübergreifend organisiert werden können.
 - Die Rechtsgrundlagen für den Betrieb von Eigeneinrichtungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen werden verbessert (dort erbrachte Leistungen werden aus der Gesamtvergütung und nicht aus den Verwaltungskosten der Kassenärztlichen Vereinigung vergütet) und kommunalen Trägern wird in begründeten Ausnahmefällen, mit Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigung, die Möglichkeit zum Betrieb von Eigeneinrichtungen eingeräumt.
 - Auch in nicht unterversorgten Regionen wird die Residenzpflicht aufgehoben, wobei die Notfallversorgung jedoch nicht gefährdet werden darf. Zudem sollen „mobile“ Versorgungskonzepte ausgebaut werden.
 - Die Nutzung von Delegationsmöglichkeiten von Leistungen zur Entlastung von Ärzten wird befördert.
 - Die Telemedizin soll ausgebaut werden. So wird der Bewertungsausschuss beauftragt festzulegen, in welchem Umfang ärztliche Leistungen des EBM ambulantelemedizinisch erbracht werden können.
 - Ferner soll die Vereinbarkeit von Familie und Beruf gestärkt werden, zum Beispiel über die Möglichkeit für Vertragsärztinnen, sich im zeitlichen Zusammenhang mit einer Entbindung 12 (anstatt wie bisher 6) Monate vertreten zu lassen oder über die Möglichkeit für die Beschäftigung eines Entlastungsassistenten für die Erziehung von Kindern für bis zu 36 Monate sowie für die Pflege von Angehörigen für bis zu 6 Monate (mit der Möglichkeit der jeweiligen Verlängerung).
 - Um den Patienten schnellstens Innovationen zur Verfügung zu stellen, erhält der Gemeinsame Bundesausschuss ein neues Instrument für die Erprobung von nichtmedikamentösen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, deren Nutzen noch nicht mit hinreichender Evidenz belegt ist. Darüber hinaus sollen die Strukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses weiterentwickelt werden. So soll zum Beispiel die Neutralität seiner unparteiischen Mitglieder wesentlich gestärkt werden, indem sie zukünftig nicht mehr aus dem Kreis der Trägerorganisationen und ihrer Mitglieder kommen dürfen. Dem Bundestags-Gesundheitsausschuss wird ein Anhörungs- und Widerspruchsrecht betreffend die Besetzung dieser Positionen eingeräumt.
 - Die wettbewerblichen Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen werden gestärkt, etwa durch die Erweiterung der Angebotsmöglichkeiten für Satzungsleistungen oder der Möglichkeit

einer spezifischen Leistungsgestaltung durch Verträge mit Beschäftigtengruppen sowie mit Patientenorganisationen und Behindertengruppen in Form von Gruppentarifen.

- Weitere Maßnahmen des Gesetzes sind die Modifizierung der Zulassungsregelungen für Medizinische Versorgungszentren, De-regulierungen und Flexibilisierungen im Bereich der Richtgrößen und der Wirtschaftlichkeitsprüfungen (Prinzip „Beratung vor Regress“), die Verbesserung der Datengrundlage für die Versorgungsforschung und die Stärkung der ambulanten Rehabilitation.

Insgesamt werden mit dem Artikelgesetz allein 83 Paragraphen des SGB V geändert oder novelliert, neben Vorschriften aus dem SGB IV, SGB X, SGB XI, dem Krankenhausfinanzierungsgesetz, dem Krankenhausentgeltgesetz sowie weiteren Vorschriften. Insgesamt besteht allein die „Grundversion“ des Gesetzes aus 181 Seiten (inklusive Gesetzesbegründung).

Einzelne Vorschriften

Nachfolgend werden einige Vorschriften näher erläutert, die für die Ärzteschaft von besonderer Bedeutung sind.

§ 28 Absatz 1 Satz 3 SGB V (neu)

Nach dieser Vorschrift legen die Partner der Bundesmantelverträge für die ambulante Versorgung beispielhaft fest, bei welchen Tätigkeiten Angehörige medizinischer Assistenzberufe ärztliche Leistungen erbringen können und welche Anforderungen an die Erbringung zu stellen sind, wobei der Bundesärztekammer Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben ist. Intendiert ist eine Stärkung der Delegation zur Verbesserung der Versorgung, zumal der steigende Versorgungsbedarf nach Auffassung des Gesetzgebers eine stärkere Einbeziehung nichtärztlicher Gesundheitsberufe nahelegt. Die zu erstellende Beschreibung delegationsfähiger Leistungen ist nicht abschließend, sondern hat den Cha-

rakter einer beispielhaften Aufzählung, die der Orientierung der Handelnden dienen soll. Mit der Gesetzesänderung soll zwar mehr Klarheit über die Grenzen und Anforderungen der Delegation geschaffen werden. Jedoch erscheint die Lösung einer „beispielhaften Festlegung“ auf Vertragsebene dazu als Widerspruch in sich. Auch wenn die Ärzteschaft die arztunterstützende oder arztentlastende Delegation von Tätigkeiten an entsprechend qualifiziertes Praxispersonal befürwortet, so entzieht sich dieses Thema doch angesichts der Vielzahl delegationsfähiger Leistungen, der Vielzahl unterschiedlicher Qualifikationen und der Vielzahl unterschiedlicher Konstellationen in der Praxis weitgehend einer verbindlichen und zugleich konsensfähigen Regulierung. Zudem besteht die Gefahr, dass durch die flächendeckende Festlegung delegierbarer/nicht delegierbarer, nur an bestimmte Personen oder nur unter bestimmten Voraussetzungen delegierbare Leistungen der Spielraum für im Einzelfall verantwortbare Entscheidungen in Arztpraxen und Krankenhäusern eingeengt wird. Ferner müsste in Anbetracht der dynamischen Fortschritte in der Medizin eine solche Liste regelmäßig aktualisiert werden. Die Bundesärztekammer hat – bei allen Bedenken – daher eine gleichberechtigte Beteiligung bei der Festlegung der delegierbaren Leistungen gefordert, um die Kompatibilität mit dem ärztlichen Berufsrecht zu gewährleisten.

Unberührt bleibt der Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss, in Richtlinien (sog. „Heilkundeübertragungsrichtlinie“) festzulegen, in welchen Fällen eine Übertragung von Heilkunde auf Angehörige der Pflegeberufe möglich ist (Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V). Diesbezüglich plädiert die Bundesärztekammer für eine Streichung dieser Vorschrift im Sinne der Patientensicherheit, der Versorgungsqualität und der Rechtssicherheit.

§ 73 Absatz 7 SGB V (neu)

Nach dieser Vorschrift ist es Vertragsärzten nicht gestattet, sich für die

Zuweisung von Versicherten ein Entgelt oder sonstige wirtschaftliche Vorteile versprechen oder gewähren zu lassen. Besondere Bedeutung erlangt diese Vorschrift durch den Verweis auf die entsprechende Anwendung von § 128 Absatz 2 Satz SGB V. Danach sind unzulässige Zuwendungen auch die unentgeltliche oder verbilligte Überlassung von Geräten und Materialien und die Durchführung von Schulungsmaßnahmen, die Gestellung von Räumlichkeiten oder Personal oder die Beteiligung an den Kosten hierfür sowie Einkünfte aus Beteiligungen an Unternehmen von Leistungserbringern, die Vertragsärzte durch ihr Verordnungs- oder Zuweisungsverhalten selbst maßgeblich beeinflussen können. Die Neuregelung, die sich an den entsprechenden berufsrechtlichen Regelungen vor der Änderung des § 31 Absatz 1 MBO im Rahmen des diesjährigen Deutschen Ärztetages orientiert, will verhindern, dass Vertragsärzte das Zuwendungsverbot durch Beteiligung an Unternehmen von Leistungserbringern im Hilfsmittelbereich umgehen, wobei die aktuelle Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs berücksichtigt wird. Durch die Regelung wird es insbesondere ermöglicht, im Rahmen der Zulassung von Teil-Berufsausübungsgemeinschaften nach § 33 Ärzte-Zulassungsverordnung zu prüfen, ob diese nicht allein zu dem Zweck gegründet werden, unzulässige Zuweisungen gegen Entgelt oder sonstige wirtschaftliche Vorteile zu verschleiern. Nicht erfasst werden gesetzlich zulässige Vereinbarungen mit Krankenkassen über finanzielle Anreize für die Mitwirkung an der Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven und die Verbesserung der Qualität der Versorgung bei der Erbringung vertragsärztlicher Leistungen.

Es bleibt abzuwarten, inwieweit diese Regelung einer verfassungsrechtlichen Überprüfung standhält, da pauschal jede wirtschaftliche Beteiligung des Arztes an den entsprechenden Unternehmen von Heil- und Hilfsmittelerbringern verboten wird.

§ 90a SGB V (neu)

Nach dieser Vorschrift kann, nach Maßgabe der landesrechtlichen Bestimmungen, für den Bereich des Landes ein gemeinsames Gremium aus Vertretern des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen und der Landeskrankengesellschaft sowie weiteren Beteiligten gebildet werden. Das gemeinsame Landesgremium kann Empfehlungen zu sektorübergreifenden Versorgungsfragen abgeben.

Kritisch wird seitens der Ärzteschaft die Tatsache bewertet, dass eine mögliche Beteiligung der Ärztekammern in diesem wichtigen Gremium nur in der Gesetzesbegründung erwähnt wird, neben Patientenorganisationen, Landesbehörden und anderen Sozialleistungsträgern, soweit deren Belange berührt werden. Eine der wesentlichen Forderungen der Bundesärztekammer im laufenden Gesetzgebungsverfahren ist die zwingende Einbindung/Beteiligung der Ärztekammern in das neue Gremium, zumal auch Fragen im Zusammenhang mit der neuen ambulanten spezialärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V zu den Beratungsthemen des gemeinsamen Landesgremiums gehören. Die Ärztekammern verfügen, im Gegensatz zu anderen direkt beteiligten Institutionen, über eine Fülle sektorenübergreifender Expertisen. Hinzuweisen ist diesbezüglich unter anderem auf die Tatsache, dass die Ärztekammern das zentrale Bindeglied zwischen allen Ebenen der ärztlichen Versorgung sind, da sie als einzige Institution den Berufsweg der Ärzte lebenslang und sektorenübergreifend begleiten, dass sie sektorenübergreifend über die Definitionskompetenz der ärztlichen Weiterbildungsinhalte verfügen und hierüber maßgeblich das Versorgungsangebot mitsteuern und dass sie eine wichtige Rolle im Rahmen der Qualitätssicherung ärztlicher Leistungen einnehmen. Zudem können die Ärztekammern als marktneutrale, vom Wettbewerb zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten nicht betroffene und an Versorgungsverträgen nicht beteiligte Insti-

tutionen die Funktion einer „neutralen“ Stelle einnehmen.

§ 91 SGB V

Die geplanten Neuregelungen beim Gemeinsamen Bundesausschuss sehen zunächst, wie oben bereits erwähnt, veränderte Anforderungen an die Neutralität der unparteiischen Mitglieder vor, die zu einer Schwächung der Selbstverwaltung und der Verschmelzung der unabhängigen Selbstverwaltung mit der Exekutive führen. Darüber hinaus erfolgen weitere Aufgabenzuweisungen an den Gemeinsamen Bundesausschuss, so zum Beispiel die Befugnis, das Nähere zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V neu in einer Richtlinie zu regeln sowie die Einräumung der Möglichkeit, Methoden mit noch nicht belegtem Nutzen, aber dem „Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative“ erproben zu lassen und seine Bewertung auf diese Weise auszusetzen. Bislang ist auch

der Forderung der Bundesärztekammer, zum Ausgleich der faktischen Disparität zugunsten der Krankenkassen-Bank im Gemeinsamen Bundesausschuss, welche die Entscheidungsfindung dominiert, die einheitlich durch den GKV-Spitzenverband repräsentiert wird, ihr eine stimmberichtigte Mitgliedschaft einzuräumen, noch nicht genüge getan worden.

§ 116b SGB V

Die wohl derzeit umstrittenste Neuregelung findet sich in § 116b SGB V, mit dem ein sektorenverbindender Versorgungsbereich der ambulanten spezialärztlichen Versorgung, zwischen der wohnortnahen fachärztlichen und der stationären Versorgung, eingeführt werden soll. Nach dem Motto „Wer kann, der darf“ soll dieser Versorgungsbereich außerhalb der Bedarfsplanung und des Budgets praktiziert werden, so dass die Gefahr des Entstehens eines vollkommen ungesteuerten Leistungs-

segmentes besteht und ein Wettbewerbswildwuchs zu befürchten ist, nicht zuletzt deshalb, weil nicht hinreichend klargestellt ist, welche Erkrankungen dem Bereich zuzuordnen sind. Es werden erhebliche rechtliche Bedenken seitens der Ärzteschaft geäußert, da laut Gesetzesbegründung besondere medizinische Kenntnisse und Erfahrungen erforderlich sind, die deutlich über allgemeine Facharztqualifikationen hinausgehen. Die fachliche Qualifikation von Ärzten wird durch die ärztliche Weiterbildungsordnung in Form von Gebieten, Schwerpunkten und Zusatz-Weiterbildungen verbindlich geregelt, unabhängig von einer Tätigkeit im ambulanten oder stationären Bereich und unabhängig von einer vertragsärztlichen oder rein privatärztlichen Tätigkeit. Diese Regelung stellt daher einen Eingriff in das ärztliche Berufs- und Weiterbildungsrecht dar.

Daneben hat der Gemeinsame Bundesausschuss Regelungen zur Strukturqualität, zu organisatorischen, baulichen, apparativ-technischen und hygienischen Anforderungen, Anforderungen an das interdisziplinäre Team, einschließlich Notfallsituationen und besondere Maßnahmen zur Qualitätssicherung in Richtlinie zu treffen. Dabei handelt es sich um einen nur schwer abgrenzbaren Regelungsbereich, der unausweichlich zu Doppel- oder konkurrierenden Regelungen führen wird, zum Beispiel im Bereich der Hygiene; man denke nur an das neue Infektionsschutzgesetz. Auch ist mit einer Zunahme der Bürokratie zu rechnen. Während die Bundesärztekammer dafür plädiert, diesen Bereich einer Vertragslösung der Selbstverwaltungspartner zu überlassen, da er dann zielgerichteter und effizienter gestaltet werden könne (in Form von vierseitigen Verträgen zwischen der Bundesärztekammer – als neuer Vertragspartner –, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem GKV Spitzenverband), sprechen sich die Bundesländer für die Regelung in einem eigenen Gesetz aus. (Anmerkung: kurz vor Redaktionsschluss haben sich Bund und Länder auf

„Eckpunkte zu § 116b SGB V“ geeinigt. Danach muss die wesentliche Ausgestaltung des neuen ambulanten spezialärztlichen Versorgungsbereichs im Gesetz geregelt werden. Es soll klargestellt werden, dass zu diesem Bereich ausschließlich komplexe, schwer therapierbare Erkrankungen gehören, die ein hochspezialisiertes Wissen für Diagnostik und Behandlung, interdisziplinäre Kooperation und besondere Ausstattungen erfordern. Bei Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen ist zur Verzahnung und Mengengrenzung ein vertragsärztlicher Überweisungsvorbehalt gesetzlich vorzusehen (Ausnahme: direkte Zuweisung vom stationären in den ASV-Bereich). Die Vergütung der § 116b-Leistungen sollte für alle Leistungserbringer einheitlich gestaltet sein. Die Länder empfehlen, die Abrechnung ausschließlich über die Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgen zu lassen, insbesondere aus Gründen der Wirtschaftlichkeit und der Evaluation.)

Schlussbetrachtung

Ist der Regierungskoalition mit dem GKV-VStG der große Wurf gelungen? Diese Frage lässt sich nur schwer beantworten. Von „vernünftiger Ansatz“ (Bundesärztekammer) über „Sammelsurium an Einzelmaßnahmen, dem es an Mut und Kreativität fehlt“ (Bundesländer) und einem „prinzipiell positiv“ (Kassenkassen) bis zur Aussage „Ärztbeglückungsgesetz“ (Opposition) ist die gesamte Bandbreite von Bewertungen vertreten. Nun lehrt die Erfahrung, dass besonders heftige Kritik (aus Oppositionsreihen) ein Zeichen für grundsätzlich gute Lösungen und Lösungsansätze ist. Hier wird aber die Zukunft erst weisen, wie gut die gesetzlichen Maßnahmen wirklich sind.

Fakt ist, dass nach 15 „großen“ GKV-Reformen (seit 1977), allesamt mit dem Ziel einer Kostendämpfung, erstmalig ein anderer Weg beschritten wird nach dem Motto „Anreize statt Zwang“. Fakt ist aber auch, dass kein einziger Satz im Gesetz eine unmittelbare Wirkung auf die medizinische Versorgung als solche hat!

Derzeit werden beinahe im Tagesrhythmus neue Änderungsvorschläge zur Diskussion gestellt, wobei insbesondere die Bundesländer mit dem Umfang ihrer Beteiligung noch immer nicht zufrieden sind. Es erscheint daher nicht ausgeschlossen, dass der Bundesrat in seiner entscheidenden Sitzung am 16. Dezember 2011 den Vermittlungsausschuss anrufen wird, so dass ein Inkrafttreten des GKV-VStG zum 1. Januar 2012 Wunschtraum des Gesundheitsministers bliebe.

Für die Ärzteschaft positiv ist die Tatsache, dass zahlreiche ihrer Forderungen berücksichtigt worden sind. Auch zeigt das Gesetz den Willen der Bundesregierung, den nun erstmalig konstatierten Ärztemangel zu bekämpfen. Allerdings sind wichtige Anliegen der Ärzteschaft, etwa ein Sitz- und Stimmrecht im Gemeinsamen Bundesausschuss für die Bundesärztekammer oder aber die gesetzliche Einbindung der Ärztekammern in das neu einzurichtende gemeinsame Landesgremium bislang (noch) nicht umgesetzt worden. Kritisch gesehen werden muss der Umstand, dass dem Gemeinsamen Bundesausschuss mit der Novellierung noch mehr Befugnisse eingeräumt werden. Die zunehmende Bündelung von Aufgaben und Zuständigkeiten beim Gemeinsamen Bundesausschuss konterkariert aber die eigentliche Absicht des Gesetzgebers, nämlich die der stärkeren Regionalisierung. Mit Sorge zu betrachten ist der Umgang des Gesetzgebers mit dem Thema Erbringung ärztlicher Leistungen durch Angehörige medizinischer Assistenzberufe. Auch bei Befürwortung einer arztentlastenden bzw. -unterstützenden Delegation von bestimmten Tätigkeiten an entsprechend qualifiziertes Praxispersonal muss auch künftig der Grundsatz „Delegation statt Substitution“ gelten. So bleibt abzuwarten, welche Wirkungen das GKV-VStG (und die in seinem Windschatten geplanten weiteren Gesetzesvorhaben) im Hinblick auf die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung entfalten werden.