

Zur Klausurtagung der AG Gesundheit im März 2010 im westfälischen Gronau hat sich die Arbeitsgruppe die von den zuständigen Berichterstattern vorgelegten Vorschläge grundsätzlich zu eigen gemacht. In der Folge haben Johannes Singhammer und Max Straubinger für die CSU ein ergänzendes Papier vorgelegt. Dieser Text versucht die gemachten Vorschläge zusammenzuführen und sie angesichts der zwischenzeitlichen Diskussionen weiter anzureichern.

Es soll Grundlage für die weitere Positionierung innerhalb der Union und dann der Koalition werden mit dem Ziel, bis Ostern gemeinsame Eckpunkte der Koalition für das GKV-Versorgungsgesetz (GKV-VG) vorzulegen.

Das Angebot vom Bedarf des Patienten her gestalten – 14 Vorschläge für eine Reform der medizinischen Versorgung in Deutschland

Die Schwerpunkte der Diskussion um die Versorgungssituation in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung haben sich verschoben. In den 90er Jahren lag der Schwerpunkt auf dem Abbau bzw. der Beendigung des Anstieges der Überversorgung. Dies mündete in verschiedenen Maßnahmen des Gesetzgebers, insbesondere in der Einführung der derzeit geltenden Bedarfsplanung.

In den letzten Jahren wurde die Diskussion trotz weiterhin bestehender Überversorgung in weiten Teilen Deutschlands von der Befürchtung einer drohenden bzw. zunehmenden Unterversorgung, insbesondere bei der hausärztlichen Versorgung in ländlichen Regionen, geprägt. Dies hat zu einer Reihe weiterer gesetzgeberischer Maßnahmen im GKV - Modernisierungsgesetz 2004 und im Vertragsarztrechtsänderungsgesetz 2006 mit vielfältigen neuen Möglichkeiten geführt.

Die Frage, was als bedarfsgerecht anzusehen ist, hängt oft stark von subjektiven Erwägungen ab. Als Beleg hierfür kann die Tatsache angeführt werden, dass bei einer bundesweit betrachtet schlechteren Versorgungssituation von 300 Ärzten pro 100.000 Einwohnern in den Jahren 1990/91 von einer „Ärztenschwemme“ die Rede war, während bei einer um 28 % verbesserten Versorgungsdichte von 383 Ärzten pro 100.000 Einwohnern im Jahr 2008 die Diskussion von einem drohenden „Ärztmangel“ geprägt ist. Und dies auch trotz der Tatsache, dass die Zahl der Vertragsärzte von 1990 bis 2008 bundesweit um fast 59 % von 92.000 auf 138.000 gestiegen ist. Vor dem Hintergrund dieser Zahlen kann jedenfalls bei globaler Betrachtung nicht von einem generellen Versorgungsproblem in Deutschland gesprochen werden.

Allerdings vermag diese globale Sichtweise nicht in jedem Fall der jeweiligen Situation vor Ort gerecht zu werden. So ist vermehrt zu beobachten, dass eine Planungsregion (z.B. ein großflächiger Landkreis) zwar gemessen an den Verhältniszahlen noch nicht als unterversorgt gilt, in einzelnen Orten jedoch auf Grund von Praxisaufgaben keine oder wenige Ärzte

(insbesondere Hausärzte) praktizieren und wegen der schlechten infrastrukturellen Bedingungen ein Arzt in zumutbarer Entfernung nicht mehr zur Verfügung steht.

Teilweise ist auch ein Planungsbereich zwar rechnerisch überversorgt (über 110 %) und damit für Neuzulassungen gesperrt, die Versorgung ist gleichwohl nicht überall sichergestellt, z.B. weil sich die Ärzte in den städtischen Regionen konzentrieren und die infrastrukturelle Anbindung schlecht ist. Gemessen am Plansoll der aktuellen Bedarfsplanung gab es zum Beispiel bei der hausärztlichen Versorgung in der Uckermark 2009 eine Unterdeckung von fast 19 Prozent, während dieser Richtwert in Berlin um gut elf Prozent überschritten wurde. In absoluten Zahlen: In der Uckermark fehlten 2009 exakt 17 Hausärzte, in Berlin lag deren Zahl um 242 „über Soll“.

Ambulante ärztliche Versorgung, vor allem hausärztliche Versorgung, muss wohnortnah gesichert sein – das gehört zur elementaren Daseinsvorsorge unseres Sozialstaats..

Nach Ansicht verschiedener ärztlicher Verbände wird es bei Fortschreibung der aktuellen Rahmenbedingungen in den nächsten Jahrzehnten einen Mangel von bundesweit 15.000 bis 20.000 Ärzten insbesondere in ländlichen Regionen geben. Die demografische Entwicklung in Deutschland und der medizinisch-technische Fortschritt sind Faktoren, die mit hoher Wahrscheinlichkeit trotz des zu erwartenden Bevölkerungsrückgangs einen zusätzlichen Ärztebedarf induzieren werden.

Die Union hält vor diesem Hintergrund an dem Ziel einer flächendeckenden medizinischen Versorgung in Deutschland fest. Angesichts eines zunehmenden Ärztemangels auf dem Land, der Altersstruktur der niedergelassenen Ärzte und des stark steigenden Anteils der Medizinstudentinnen ist dies eine große Herausforderung. Auch in den anderen Gesundheitsberufen wird der Bedarf an qualifiziertem Nachwuchs in den nächsten Jahren enorm wachsen. Es bedarf daher grundsätzlich einer Abkehr von der heutigen Systematik der Bedarfsplanungs- hin zu einer auf den Patienten bezogenen Versorgungsorientierung.

Da die Ursachen von vielschichtiger Natur sind, ist es erforderlich, zeitnah ein Bündel sachgerechter Maßnahmen zu ergreifen, um den für die Qualität der Patientenversorgung zu erwartenden negativen Folgen des Ärztemangels frühzeitig und nachhaltig zu begegnen. Dabei dürfen die Maßnahmen nicht nur auf den bestehenden Versorgungs- und Planungsstrukturen aufsetzen. Diese konnten und können nicht verhindern, dass es in einem insgesamt eher durch Hoch- und Überversorgung geprägten Land überhaupt zu Versorgungsengpässen kommt. Es werden kreative Maßnahmen und Ideen notwendig sein, um die Tätigkeit in der medizinischen Versorgung im und für den ländlichen Raum attraktiv zu halten.

Darüber hinaus sind weitere Strukturreformen nötig, um bestehende Versorgungsprobleme zu lösen und unnötige Kosten zu vermeiden. Dazu gehört es ausdrücklich auch, vorhandene Effizienzreserven an der Sektorengrenze ambulanter und stationärer Versorgung zu heben und Fehlsteuerungen zu vermeiden. Erst eine solche Reform der medizinischen Versorgung in Deutschland ergänzt die zurückliegende Finanzierungsreform zu einem Gesamtkonzept.

I. Sektorübergreifender regionaler Versorgungsausschuss zur Versorgungsplanung

Auf der jeweiligen KV-Ebene soll ein regionaler sektorübergreifender Versorgungsausschuss zur ärztlichen Versorgungsplanung eingerichtet werden. Diesem gehören jeweils Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landesärztekammer, der Landeskrankengesellschaft, der gesetzlichen Krankenkassen und des für die gesundheitliche Versorgung zuständigen Landesministeriums an. Darüber hinaus nehmen Patientenvertreter und Vertreter der von der jeweiligen Planung betroffenen Kommune beratend an den Sitzungen teil. So kann der Bedarf sektorübergreifend und umfassend erhoben und die Zulassung gesteuert werden. Die Beteiligung von Vertretern der Kommunen und der Patienten sorgt für eine höhere Akzeptanz und Praxisnähe von Entscheidungen.

Der tatsächliche Versorgungsbedarf einer alternden und mobilen Gesellschaft wird durch die vor Jahren festgeschriebenen einheitlichen Vorgaben der Arzt-Einwohner-Relation seit langem nicht mehr abgebildet. Die zugrundezuliegende demographische Entwicklung einer Region und die daraus abzuleitenden Versorgungsbedarfe müssen zukünftig im Rahmen bundesweiter Kriterien beständig aktualisiert und fortgeschrieben werden. Aus der bisherigen Bedarfsplanung, die ihre Ursprünge in einer in den 90er Jahren postulierten „Ärztenschwemme“ hatte, wird so eine bedarfsgerechte Versorgungssteuerung. Im Mittelpunkt der Betrachtung liegt nicht mehr, wie die Ärzte und Leistungsanbieter zu verteilen sind, sondern welche und wie viele Leistungen für die Versorgung einer Region und ihrer Bevölkerung notwendig sind.

Im Einzelnen sollte der sektorübergreifende regionale Versorgungsausschuss auf dieser Basis u.a. folgende Befugnisse und Aufträge erhalten:

- Die Möglichkeit, Planungsbezirke, bei Bedarf auch nur bezogen auf einzelne Arztgruppen, kleinräumiger und flexibler zu gestalten, um die Sitzverteilung besser steuern zu können. Heute sind die Planungsbezirke oftmals zu großräumig und wenig zielgenau ausgerichtet. Es darf nicht sein, dass die Überversorgung einer größeren Kreisstadt oder eines Stadtteils (etwa in Berlin, das mit 3,5 Mio. Einwohnern ein einziger Planungsbezirk ist) die Unterversorgung der kleineren Nachbarorte oder eines anderen Stadtteils statistisch nivelliert.
- Bei der Versorgungsplanung soll unterschieden werden können zwischen primärärztlicher Versorgung mit Haus-, Kinder- und Frauenärzten, der allgemeinen fachärztlichen Versorgung und der spezialisierten fachärztlichen Versorgung (insbesondere hochspezialisierte Fachärzte). Es sind jeweils abgestuft ein unterschiedliches Maß an Flächendeckung und Wohnortnähe zu bestimmen. Dabei ist zu prüfen, ob statt der reinen Planung nach Köpfen auch eine Planung unter Berücksichtigung der tatsächlichen ärztlichen Zeitkapazität umsetzbar ist.
- In einem sektorübergreifenden Ansatz ist auch das Potential des ambulanten Angebotes der Krankenhäuser in einer unterversorgten Region zu berücksichtigen. Darin liegt auch eine große Chance zur Lösung von Konflikten, etwa bei der Umsetzung des § 116b SGB V und anderer strittiger Fragen an der Schnittstelle ambulanter und stationärer Versor-

gung. Dabei sind in unterversorgten Gebieten Institutsermächtigungen gegenüber Einzelermächtigungen zu bevorzugen.

- Den besonderen Anforderungen sowohl ländlicher als auch urbaner Strukturen ist Rechnung zu tragen. Die ärztliche Vergütung, die Organisation von Notdiensten und die Zulassungssteuerung müssen die unterschiedlichen Ausgangslagen in Metropolregionen und auf dem Land viel stärker berücksichtigen (können). Dazu gehört eine Orientierung der Versorgungsplanung an Erreichbarkeits- und Entfernungskriterien aus Sicht der Patienten.
- Um flexibel auch finanzielle Anreize für die Niederlassung in unterversorgten oder drohend unterversorgten Gebieten setzen zu können, erhält der Ausschuss die Möglichkeit, über einen neu einzurichtenden Strukturfonds, in dem ein Prozent der Gesamtvergütung der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung einfließen könnte, gezielte Maßnahmen zu ergreifen. Dazu könnten etwa Investitionskostenzuschüsse, Vergütungszuschläge oder auch die Förderung von Studenten gehören.
- Die konsequente Neuorganisation der Notdienstbezirke in den ländlichen Räumen hin zu weniger und dafür größeren Bezirken, so dass sich für den einzelnen Arzt die Zahl der Bereitschaftsdienste reduziert. Das Notdienstangebot der Krankenhäuser muss dabei mit einbezogen und beide Angebote idealerweise integriert werden. In diesem Zusammenhang ist die generelle Verpflichtung für niedergelassene Ärzte, am allgemeinärztlichen Notdienst teilzunehmen, zu überprüfen. Viele Fachärzte sind dazu fachlich gar nicht mehr in der Lage und delegieren ihre Verpflichtung an andere Ärzte. Die sektorübergreifende Zentralisierung des Notdienstangebotes bietet so die Chance, die Versorgung qualitativ zu verbessern, verlässliche und verbindliche, in der Region bekannte Anlaufstellen zu definieren und durch die sich ergebende Entlastung die ärztliche Niederlassung attraktiver zu machen. Dabei muss der Spagat zwischen einer höheren, weil mit geringeren Dienstpflichten verbundenen Attraktivität für den Arzt und der für die Patienten zumutbaren Entfernungen gelingen; Hausbesuche müssen Teil der Notdienstversorgung bleiben. Dies erfordert auch eine angemessene Honorierung des Notdienstangebotes.
- Gelingt die Sicherstellung der Versorgung durch die Maßnahmen des Versorgungsausschusses für einen bestimmten Bezirk nicht, kann die regionale Kassenärztliche Vereinigung zu Lasten der Gesamtvergütung Ärzte anstellen, u.a. auch zur Versorgung von Pflegeheimen oder der Errichtung von Arzt-Stationen in strukturschwachen Gebieten.

Mit den weit reichenden Kompetenzen, die der regionale Versorgungsausschuss erhält, bekommt die Versorgung wieder den regionalen Bezug und die Möglichkeit zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, die für eine gute Versorgung nötig sind. Dies stärkt im Übrigen auch die Einwirkungsmöglichkeiten der Länder.

II. Einheitliche Rahmenbedingungen und Vergütungen an der Sektorengrenze

Es ist erforderlich, im Sinne „gleich langer Spieße“ gleiche Voraussetzungen in Bereichen ambulanter Versorgung, in denen sowohl niedergelassene Ärzte als auch stationäre Einrichtungen aktiv sind, zu schaffen; es braucht einen sektorübergreifenden Ordnungsrahmen. Dazu zählen:

- Einheitliche Qualitätskriterien für die Erbringung solcher Leistungen. Das umfasst eine Regelung, dass auch am Krankenhaus jeder Arzt die für niedergelassene Ärzte geltende Mindestmenge erfüllen muss. Jedenfalls muss die nötige Facharztkompetenz sowie entsprechend qualifiziertes Personal ausreichend und dauerhaft verfügbar sein.
- Die Einführung einer einheitlichen pauschalierten Vergütung für ärztliche Leistungen, die sowohl im niedergelassenen Bereich als auch am Krankenhaus erbracht werden können. Dies gilt insbesondere für die Leistungen nach §115b (ambulantes Operieren) und 116b SGB V. Die vor- und nachoperativen ambulanten Leistungen sollten Bestandteil der Pauschale sein.
- Der sektorübergreifende regionale Versorgungsausschuss trifft auch für diesen Bereich einheitlich die Zulassungsentscheidung. Alternativ kann darüber nachgedacht werden, diese spezialärztlichen Bereiche (§§ 115b und 116b SGB V) ausschließlich in die Obhut selektivvertraglicher Vereinbarungen zu stellen. In diesem Fall müsste der Versorgungsausschuss zumindest das von den Krankenkassen für ihre Versicherten sicherzustellende Mindestangebot definieren.

III. Abbau von Überversorgung und Fehlsteuerung

Zwischen 1990 und 2007 hat sich die Zahl der ambulant tätigen Ärzte um etwa 46.000 (ca. 50 %) erhöht. Fast alle Kreise sind wegen Überversorgung für Neuniederlassungen gesperrt, da schlicht die demographischen Gegebenheiten von vor 20 Jahren einfach fortgeschrieben wurden. Das heutige System der Zulassungssperren hat sich in seiner häufig schematischen und starren Umsetzung so nicht bewährt. Zudem gibt es kein Instrument, um die bestehende Überversorgung in manchen Bezirken zielgerichtet zu Gunsten schlechter versorgter Bezirke abzubauen. Dies wollen wir ändern, indem

- die bestehenden gesetzlichen Möglichkeiten zum Kauf von Praxen genutzt und ausgebaut werden. Dabei ist zu regeln, dass im Rahmen des Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Abs. 4 SGB V auf eine Nachbesetzung in überversorgten Gebieten verzichtet werden kann. Die bisherige Praxis, bei der das Recht zur Abrechnung mit den Krankenkassen in Deutschland quasi vererbt und verkauft werden kann, ist zu beenden. Der Wert der Praxis samt Einrichtung ist allerdings natürlich zu ersetzen.
- die finanzielle Steuerung des ärztlichen Niederlassungsverhaltens eine praktikable gesetzliche Grundlage erhält (Stichwort: Sicherstellungs- und abschläge) und dann tatsächlich konsequent umgesetzt wird (vgl. den früheren §87 Abs. 2 SGB V).

- die zeitlich befristete Zulassung in Ergänzung der lebenslangen Zulassung unter Berücksichtigung des Bestandsschutzes möglich wird, insbesondere für überversorgte Regionen.

IV. Kooperation von niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern

Wir wollen die Zusammenarbeit von Ärzten und Krankenhäusern ganz praktisch vereinfachen und befördern. Folgende Maßnahmen schlagen wir vor:

- Die Beschränkung der Mitarbeit von niedergelassenen Ärzten in Krankenhäusern auf 13 Stunden pro Woche ist flexibler zu gestalten.
- Das Belegarztwesen soll gestärkt werden, um im ländlichen Raum stationäre Fachabteilungen und die durch das Belegarztwesen gelebte sektorübergreifende und kostengünstige Versorgung aufrechterhalten zu können. Hierzu muss die Vergütung leistungsgerecht sein. Vor diesem Hintergrund ist auf Seiten der Krankenhäuser der bereits bisher praktizierte Ansatz der gesonderten Kostenkalkulation für DRG-Belegfallpauschalen konsequent weiter zu verfolgen. Im Rahmen der Gesamtvergütung ist ebenfalls eine sachgerechte Bewertung der Leistungen im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) notwendig.
- Eine Verbesserung des Entlassmanagements nach einer Krankenhausbehandlung. Die mit der Einführung eines verpflichtenden Entlassmanagements (§ 11 Abs. 4 SGB V) verbundenen Erwartungen haben sich in der Praxis nicht erfüllt. Insbesondere ältere oder allein stehende Patienten fallen oft nach der Krankenhausentlassung in eine Versorgungslücke. Bereits im Krankenhaus sollte in Absprache geregelt werden, ob und wie sich häusliche (oder stationäre) Pflege, eine Reha-Maßnahme, die weitere ambulante Behandlung oder auch die Unterstützung durch eine Haushaltshilfe anschließen. Die Krankenhäuser müssen daher über finanzielle Anreize oder Sanktionen dazu verpflichtet werden, auch nach der Entlassung noch die notwendige Verantwortung für die Nachbehandlung und Genesung zu übernehmen, indem sie die weitere Versorgung organisieren. Es muss daneben einen Anreiz geben, bereits bei der Aufnahme eines Patienten die bei der Entlassung zu regelnden Fragen zu erfassen und anzugehen. Alternativ ist es den Krankenkassen möglich, über sektorenübergreifende Selektivverträge die Versorgung sicherzustellen. Damit der Abschluss solcher Verträge auch zu Stande kommt, sind Krankenhausbudgets und die Gesamtvergütung im niedergelassenen Bereich entsprechend zu bereinigen.

V. Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und Arztstationen

Medizinische Versorgungszentren stellen für die ambulante medizinische Versorgung eine wichtige Ergänzung dar. Sie ermöglichen es denjenigen Ärztinnen und Ärzten, die es wollen, auch angestellt ambulant tätig zu sein und befördern per definitionem die Interdisziplinarität. Für die Zukunft können MVZ und Arztstationen ergänzend zu den niedergelassenen Struktu-

ren in unterversorgten Gebieten einen wichtigen Beitrag zur besseren Versorgung leisten. Gleichzeitig muss verhindert werden, dass solche Strukturen durch Kapitalbeteiligungen und Renditestreben Vorrang vor freiberuflicher Therapiefreiheit erlangen können. Gewinnmaximierung darf niemals Vorrang haben vor den Bedürfnissen einer qualitativen Patientenversorgung. Deswegen schlagen wir vor:

- Es muss sichergestellt sein, dass die Leitung in der medizinischen Versorgung eines MVZ rechtlich wie praktisch in ärztlicher Hand liegt und die sich aus dem Berufsrecht ergebende Therapie- und Weisungsfreiheit gewährleistet ist.
- Die Rechtsform für MVZ wird auf Personengesellschaften und GmbHs beschränkt, alle anderen Rechtsformen (AG etc.) werden ausgeschlossen.
- Vertragsärzte müssen den MVZ in ihren Möglichkeiten gleichgestellt sein, insbesondere im Berufs- und Vertragsarztrecht. Dies gilt auch umgekehrt. Nur so gibt es „gleich lange Spieße“.
- Durch die kleinräumigere Versorgungsplanung (s.o.) soll auch verhindert werden, dass MVZ Vertragsarztsitze in unterversorgten Gebieten innerhalb eines Landkreises / Planungsbezirkes aufkaufen und an ihren Sitz verlegen. Dies kann einhergehen mit der Auflage, durch Zweigstellen unterversorgte Bereiche mit zu betreuen. Die Fachidentität zwischen Zweigstelle und MVZ ist in diesem Fall nicht erforderlich.
- Umgekehrt muss es für einen bei einem MVZ (oder auch einem Vertragsarzt) angestellten Arzt möglich sein, eine eigene Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung zu erhalten, wenn das MVZ (oder der anstellende Vertragsarzt) auf diese Zulassung verzichten. Grundsätzlich sind die Möglichkeiten, einen Vertragsarztsitz aus einem MVZ oder eine Praxis wieder herauszulösen zu flexibilisieren und anzugleichen.
- Da bei MVZ (oder bei Vertragsärzten) angestellte Ärzte auch Arbeitnehmerrechte wie Mutterschutz oder Elternzeit genießen, ist klarzustellen, dass bei Ausübung dieser Rechte für diese Zeiten über die heute geltenden Fristen hinaus durch das MVZ (oder den Vertragsarzt) Vertreter beschäftigt werden dürfen.

(Mobile) Arztstationen, in denen Ärzte verschiedener Fachrichtungen regelmäßig, etwa an bestimmten Wochentagen, in ländlichen Regionen Sprechstunden anbieten, sind eine weitere flexible Form, die medizinische Versorgung, ggf. mit angestellten Ärzten, sicherzustellen. Ein Modell wäre, dass der Hausarzt in einem Dorf nur an zwei bis drei Tagen der Woche präsent ist, in der restlichen Zeit wird die Praxis abwechselnd von Fachärzten besetzt. Dadurch könnte die Grundversorgung in größeren Gebieten mit weniger Ärzten gewährleistet werden. Sie kann so auch eine Form der Filialisierung von Praxen darstellen. Die betroffenen Kommunen sind aufgefordert, sich finanziell, organisatorisch und planungsrechtlich an der Einrichtung solcher Arztstationen zu beteiligen.

VI. Weitere Maßnahmen zur Förderung der Attraktivität des Arztberufes.

Es gibt eine Vielzahl von Regelungen, die den Arztberuf aus Sicht der niedergelassenen Ärzte unattraktiv machen. Dies können zum Teil eher weit verbreitete subjektive Eindrücke als tatsächliche objektive Problemtatbestände sein – so löst das Stichwort „Regress“ bis heute negative Reaktionen hervor, obwohl nach den Gesetzesänderungen der letzten Jahre die Zahl und der Umfang der tatsächlichen Regresse massiv zurückgegangen ist. Aber auch weit verbreitete Negativbilder sind ein Hindernis für viele junge Ärzte, in die ambulante Versorgung zu gehen. Daher ist zu überlegen,

- die Richtgrößenprüfung für Heil- und Arzneimittel in der heutigen Form abzuschaffen und durch andere, geeignetere Instrumente zu ersetzen. Die Rabattverträge für Arzneimittel machen es heute schon faktisch unmöglich, die tatsächlichen Preise zu berücksichtigen; die Regelungen des AMNOG verstärken die Notwendigkeit, dieses Problem zu lösen.
- jede neue Regelung zur Wirtschaftlichkeitsprüfung mit einem Mechanismus zu versehen, der als ersten Schritt regelhaft eine recht- und frühzeitige Information und Beratung von Ärzten zu ihrem Verschreibungsverhalten vorsieht. Erst in einem weiteren Schritt sollten finanzielle Sanktionen folgen, die ggf. zu pauschalieren sind. Dies führt zu einer größeren Berechenbarkeit und damit Akzeptanz.
- dass die Mengensteuerung in unterversorgten Gebieten grundsätzlich entfallen sollte, so dass erbrachte Leistungen immer zum vollen Preis erstattet werden. Ärzte, die in solchen Regionen tätig sind, unterliegen regelmäßig einer enormen Arbeitsbelastung, die für sich mengenregulierend wirkt.

VII. Nachwuchsförderung und Weiterbildung

Nach der so genannten „Ärztenschwemme“ vor 20 Jahren gibt es mittlerweile absehbar einen deutlichen Mangel an ärztlichem Nachwuchs. Von denjenigen, die ein Medizinstudium begonnen haben, finden sich am Ende zu wenige tatsächlich in der ärztlichen Versorgung wieder. Dies hängt mit der Zahl der Studienplätze, den Auswahlkriterien für die Studenten, der Praxishöhe und dem Aufbau des Studiums sowie mit der Gestaltung der Weiterbildung zusammen.

Daher fordern wir, dass Bund und Land in einer gemeinsamen konzertierten Aktion von Wissenschafts- und Gesundheitspolitik einen Aktionsplan unter dem Motto „Mehr Ärzte braucht das Land“ ins Leben rufen. Unter diesem Motto sollten sich die Gesundheits- und Wissenschaftsminister des Bundes und der Länder zu einer gemeinsamen Konferenz treffen. Ziel muss sein,

- eine Erhöhung der Zahl der Studienplätze für Medizin. Gleichzeitig braucht es mehr Professuren für Allgemeinmedizin. Grundsätzlich muss in der Medizin die Lehre neben der Forschung an den Universitäten eine angemessene Rolle spielen.

- dass bei der Zulassung zum Medizinstudium in Zukunft regelhaft auch Berufs- und Ausbildungserfahrung in anderen medizinischen Berufen angerechnet und die persönliche Eignung und Motivation des Bewerbers berücksichtigt werden. Derzeit zählt an vielen Universitäten alleine die Abiturnote. Die Abiturnote hat als Grad der Qualifikation einen hohen Voraussagewert, ob ein Studium erfolgreich abgeschlossen wird, nicht aber dafür, ob ein besonderes Interesse an der ärztlichen Versorgung besteht. Die Länder und ihre Universitäten, die eigentlich seit der Änderung des Hochschulrahmengesetzes 60 Prozent der Studienplätze nach eigenen Kriterien vergeben könnten, müssen diese Möglichkeit endlich auch praktisch umfassend nutzen.
- eine Vorabquote von fünf Prozent für Studenten, die sich bereit erklären, nach dem Studium für fünf Jahre für die ambulante oder stationäre Versorgung in (drohend) unterversorgten Gebieten zur Verfügung zu stehen („Landarztquote“). Diese Quote sollte idealerweise mit Sonderstipendien von Bund und Ländern verknüpft werden.
- in einer von den Beteiligten gemeinsam getragenen Informations- und Imagekampagne für die (haus-)ärztliche Tätigkeit im ländlichen Raum zu werben: „Mehr Ärzte braucht das Land“.
- eine Reform des zum Teil zu wissenschaftlich ausgerichteten Medizinstudiums. Die Studenten müssen das reale Leben in einer Arztpraxis und im Krankenhaus früher kennenlernen und eher Kontakt zu Patienten bekommen.
- dass die Finanzierung der Weiterbildung so organisiert wird, dass es für Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte einen Anreiz gibt, sich in der Weiterbildung zu engagieren; sie dürfen jedenfalls nicht mehr draufzahlen müssen.
- Weiterbildungsverbände zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten auf dem Land brauchen finanzielle Unterstützung, um ihrerseits attraktiv für junge Ärzte zu sein. Die Erfahrung lehrt, dass es einen „Klebe-Effekt“ gibt, wenn das Leben „auf dem Land“ dann besser ist als gedacht. Studienbegleitende Patenschaften durch niedergelassene Ärzte können Teil dieses Konzeptes sein.
- die Rahmenbedingungen für Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus durch familienfreundliche Gestaltung des Arbeitsplatzes und der Arbeitszeiten sowie durch ein Angebot langfristiger Berufsperspektiven im Krankenhaus zu verbessern. Dazu gehört es in Zusammenarbeit mit den Kommunen auch, Kindertagesangebote vorzuhalten.
- die Abläufe in den Krankenhäusern so zu gestalten, dass durch den Abbau von Hierarchien eine kollegiale Teamstruktur entsteht und durch die Reduktion bürokratischer und verwaltungstechnischer Aufgaben die Arbeit im Krankenhaus gerade für Neueinsteiger attraktiver wird.

VIII. Honorarreform

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat mit dem Koalitionsvertrag einen Prüfauftrag erhalten, um die Resultate der Honorarreform zu ermitteln. Das BMG hat hierzu die Selbstverwaltung (KBV) aufgefordert, entsprechende Daten über die finanzielle Entwicklung der ärztlichen Vergütung im Jahr 2009 vorzulegen. Diese sind zu analysieren und mögliche Handlungsbedarfe abzuleiten.

Es zeichnet sich jedoch bereits heute in bestimmten Fragen ein Regelungsbedarf ab. Daher sollte angestrebt werden,

- die Regelleistungsvolumina (RLV) so auszugestalten, dass die medizinische Grundversorgung der Patienten in der Facharztgruppe damit ausreichend finanziert ist.
- dass die RLV nicht durch extrabudgetäre Leistungsabrechnung gemindert werden – sie müssen eine verlässliche und planbare Größe für den Arzt darstellen.
- dass der Zwang zur Pauschalierung der Vergütung aufgehoben wird, um der Selbstverwaltung den notwendigen Spielraum für eine leistungsgerechte Vergütung zu geben.
- dass eine angemessene Vergütung typischer Leistungen der primärärztlichen Versorgung, wie etwa Hausbesuche oder die Betreuung von Pflegeeinrichtungen, erreicht wird.
- dass die reale Morbidität im ambulanten Leistungsgeschehen erhoben werden kann; dazu muss die Einhaltung der Kodierrichtlinien umfassend umgesetzt werden.
- dass – so lange es bei der Messung der Morbidität als Basis der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung zu Verwerfungen und Fehlmessungen und damit zu nicht gerechtfertigten Ausgabensteigerungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen kommen kann – innerhalb einer angemessenen Konvergenzphase der Steigerungsfaktor durch einen demographischen sowie diagnosebasierten Faktor ersatzweise ermittelt wird. Im Bewertungsausschuss können hierzu die weiteren Details durch die Selbstverwaltung ausgestaltet werden.

IX. Delegation ärztlicher Leistungen und Telemedizin:

Die Umsetzung der bestehenden gesetzlichen Regelungen für Modellvorhaben zur Erprobung der Delegation ärztlicher Leistungen steht nach knapp zwei Jahren noch immer aus, da es immer noch keine entsprechende Richtlinie des G-BA gibt. Dabei war es eigentlich Ziel, einen möglicherweise wichtigen Schritt zur Entlastung von Ärztinnen und Ärzten bei der medizinischen Versorgung und Betreuung der Patienten zu erproben. Schließlich hat der Bund parallel Modellprojekte zur akademischen Aufwertung nichtärztlicher medizinischer Fach- und Hilfsberufe ermöglicht, um neben den Möglichkeiten der grundständischen Ausbildung weitere Tätigkeits- und Aufstiegsmöglichkeiten zu eröffnen. Auch das Modell der "Gemeindegeschwester" hat sich als erfolgreich erwiesen. Die hinhaltende bis blockierende Position der Beteiligten im GBA ist nicht hinnehmbar. Daher schlagen wir vor, gesetzlich zu regeln:

- Die Aufnahme einer Frist zur Vorlage der Richtlinie in den § 63 Abs. 3c SGB V mit der Möglichkeit einer Ersatzvornahme durch das BMG bei Nichteinhaltung.
- Die anschließende zeitnahe Evaluation aus den Erkenntnissen solcher Modellvorhaben, um dann eine Entscheidung zur gesetzlichen Gestaltung regelhafter Delegationsmöglichkeit ärztlicher Leistungen zu treffen.

Zudem haben sich gerade bei den Modellprojekten zur medizinischen Versorgung auf dem Land telemedizinische Kooperationen bewährt. Es gibt gut funktionierende Beispiele, etwa von Telekooperation zwischen einem regionalen und dem Zentralkrankenhaus als onkologisches oder kardiologisches/herzchirurgisches Konsilium oder zum Erlangen einer radiologischen Zweitmeinung und Modelle der Teletherapie, etwa in der Chirurgie. Aus diesem Grund macht es Sinn,

- die Möglichkeiten der Telemedizin und –kooperation zwischen Ärzten in ländlichen Regionen und Spezialisten in Schwerpunktpraxen und –krankenhäusern oder zwischen Ärzten und nichtärztlichem Fachpersonal technisch und praktisch auszubauen und anzureizen. Dafür braucht es auch eine angemessene Förderung und Vergütung solcher Leistungen.

X. Stärkung der Hausärzte in den Kassenärztlichen Vereinigungen

Angesichts der gegenläufigen Entwicklung der Haus- und der Facharztzahlen und dem eher steigenden denn sinkenden Bedarfes an Hausärzten zur flächendeckenden ärztlichen Versorgung braucht es eine angemessene Vertretung der hausärztlichen Interessen in den KVen. Daher schlagen wir vor,

- die Trennung der hausärztlichen und der fachärztlichen Budgets innerhalb der KVen, so dass die Entwicklung in dem einen Bereich nicht zu Lasten des anderen geht.
- eine Änderung des § 79 SGB V, um eine austarierte Vertretung der Interessen sowohl der Haus- als auch der Fachärzte in den Vorständen der KVen zu gewährleisten. Daher sollte es zukünftig einen dreiköpfigen KV-Vorstand geben: Je ein Vorstandsmitglied, für das je die Haus- und die Fachärzte das ausschließliche Vorschlagsrecht haben sowie der Vorsitzende des Vorstandes. Alle Vorschläge müssen von der Vertreterversammlung bestätigt werden.
- die beratenden hausärztlichen und fachärztlichen Fachausschüsse, die es in vielen KVen bereits gibt, gesetzlich zu verankern und zu stärken.

XI. Verbesserung der erlebten Versorgungsrealität der Patienten

In den Jahren 2009 und 2010 sind insgesamt über 8,5 Milliarden Euro zusätzlich in die ambulante und stationäre Versorgung geflossen. Jenseits abstrakter Strukturdebatten erwarten die Menschen zu Recht, dass sich diese enorme Summe an zusätzlichem Geld, finanziert durch ihre Beiträge, in dem von ihnen erlebten Versorgungsalltag ganz praktisch bemerkbar macht. Daher sollten

- die immer noch vorhandenen Vier-Bett-Zimmer für Gesetzlich Krankenversicherte in Krankenhäusern der Vergangenheit angehören. Sie werden angesichts der Belegungsquote der Krankenhäuser auch nicht mehr benötigt. Um einen entsprechenden Anreiz zu setzen, sollten Häuser mit Vier-Bett-Zimmern einen Abschlag in der Vergütung erhalten oder etwa die Zuzahlung für Patienten, die noch in Vier-Bett-Zimmern untergebracht werden, entfallen.
- die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen sicherstellen, dass die Wartezeit auf einen Facharzttermin in der Regel drei Wochen nicht überschreitet. Begründete Ausnahmen kann es in den Facharzt Disziplinen geben, in denen es nachweislich zu wenige Fachärzte gibt, etwa für Neurologen. In den meisten Fällen ist dies aber eher eine Frage der Praxisorganisation und der Bereitschaft, dem mit der Zulassung verbundenen Auftrag zur Versorgung die nötige Priorität zu geben. Entsprechende Fehlanreize in der ärztlichen Vergütung (zu starke Pauschalierung) sind dabei auch in den Blick zu nehmen.

XII. Schönheits-Operationen

Derzeit können Ärzte ohne Zusatzqualifikation Schönheitschirurgische Eingriffe vornehmen. Darüber hinaus nimmt die Zahl der Schönheitschirurgischen Eingriffe an Jugendlichen unter 18 Jahren zu. In dem Bewusstsein dieser Problematik und gegen den Trend zu immer mehr Schönheitsoperationen bei beiden Geschlechtern und in allen Altersgruppen sind folgende Maßnahmen angezeigt:

- Der Schutz des Begriffs der „Schönheitschirurgie“ ist im ärztlichen Berufsrecht aufzunehmen. Heute können Ärzte, Heilpraktiker und andere die nicht geschützte Berufsbezeichnung „Schönheitschirurgie“ verwenden, und damit Verbrauchern eine nicht vorhandene Qualifizierung suggerieren. Geschützt ist derzeit nur die Facharztbezeichnung „plastische Chirurgie“, das reicht aber im Sinne des Patientenschutzes nicht.
- Ein generelles Verbot von medizinisch nicht indizierten Schönheitsoperationen an Minderjährigen.
- Die Verpflichtung für Schönheitschirurgen, eine umfassende Haftpflichtversicherung nachzuweisen, damit sichergestellt ist, dass jeder, der einen Schönheitschirurgischen Eingriff vornimmt, auch in vollem Umfang haftungsrechtlich abgesichert ist.

XIII. Zahnärztliche Versorgung

Die Vergütung der zahnärztlichen Versorgung ist einer der letzten Bereiche, der noch an die Grundlohnsummenentwicklung gekoppelt ist. Damit liegt das Morbiditätsrisiko bei den Zahnärzten und nicht bei den Krankenkassen. Um auf Dauer eine hochwertige Patientenversorgung garantieren zu können, sind wie im Koalitionsvertrag angekündigt, folgende Punkte umzusetzen:

- Die Abschaffung der Budgetierung der Gesamtvergütung und damit gleichzeitig die Abkoppelung von der Grundlohnsummenentwicklung. Es ist ein geeigneter Parameter für eine sachgerechte, morbiditätsorientierte Steigerung zu schaffen.
- Die unterschiedlichen Pauschalen je Versicherten, die die Krankenkassen(-arten) derzeit für die zahnärztliche Versorgung an die KZVen zahlen, müssen weitestgehend kostenneutral angeglichen werden. Es kann in einem wettbewerblich ausgestalteten System nicht zu Lasten der Vergütung der Zahnärzte gehen, wenn ein Versicherter die Kassenart wechselt.
- Die ärztliche und die zahnärztliche Versorgung unterscheiden sich in ihren Strukturen maßgeblich. Daher sollte die vertragszahnärztliche Versorgung als eigenständiger Leistungsbereich im SGB V aufgeführt werden.

XIV. Das Verhältnis von Kollektiv- und Selektivvertrag

Es ist notwendig, bei den anstehenden Vorhaben grundsätzlich das Verhältnis von Kollektiv- und Selektivvertrag in der medizinischen Versorgung in Deutschland zu bestimmen. Derzeit gibt es eine Vielzahl von zum Teil widersprüchlichen, jedenfalls nicht immer eindeutigen Regelungen, bei denen einerseits mehr Wettbewerb und Vertragsfreiheit propagiert wird, andererseits aber Zwangsmechanismen greifen, ohne die Frage der dauerhaften Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung im Nebeneinander von Kollektiv- und Selektivvertrag zufriedenstellend zu beantworten.

Eine Vielzahl von Regelungen des Kollektivvertrages, zum Beispiel Maßnahmen zur Qualitätssicherung, zur Förderung der Weiterbildung, zur Organisation des Notdienstes und zur Sicherstellung, gelten für die Selektivverträge nicht, zumindest nicht automatisch. Zudem gestaltet sich eine notwendige Budgetbereinigung meist äußerst konflikthaft, langwierig und kompliziert. Daher muss in absehbarer Zeit abschließend geklärt werden,

- ob und inwieweit Selektivverträge den Kollektivvertrag tatsächlich ersetzen oder „nur“ ergänzen (Add-on) sollen.
- wie sich insbesondere die Idee der Integrierten Versorgung nach §§ 140a ff SGB V, deren eigentliches Ziel ja die regionale, populationsbezogene Vollversorgung ist, zum Kollektivvertrag verhält. Dies gilt um so mehr, als dass die Krankenkassen zu Recht anmerken, dass es für einen guten IV-Vertrag einen nennenswerten regionalen Marktanteil der Kasse braucht. Können dann nur einige wenige große Kassen solche Verträge schließen

oder braucht es für solche populationsbezogene IV-Verträge auch gemeinsame und einheitliche Lösungen?

- wie im Falle von den Kollektivvertrag ersetzenden Leistungen im Selektivvertrag die notwendige Budgetbereinigung möglichst einfach und zeitnah erfolgen kann, ggf. in Form von Pauschalen.
- wie sich der Auftrag der Krankenkassen, im Sinne ihrer Versicherten und chronisch Kranken qualitätsgesteuerte Versorgungsverträge zu schließen verhält zum Anspruch aller Versicherten auf bestmögliche Versorgung und zum eigensinnigen, aber systemlogischen Bestreben der Kassen, nicht zu attraktiv für bestimmte Gruppen chronisch Kranker zu werden.
- ob es eine tatsächliche Notwendigkeit zur Fortführung der Förderung der DMP auch vor dem Hintergrund der Berücksichtigung dieser Erkrankungen im M-RSA gibt. Zu prüfen ist, ob es nicht bessere und unbürokratischere Regeln geben kann, die dem berechtigten Ziel, einer besseren Versorgung bei den großen Volkskrankheiten zu erreichen, dienen.