



Rudolf Henke MdB
Dr. Rolf Koschorrek MdB
Maria Michalk MdB
Jens Spahn MdB

Das Angebot vom Bedarf des Patienten her gestalten – Vorschläge zur Reform der ärztlichen Versorgung

Vorgelegt zur Klausurtagung der AG Gesundheit der CDU/CSU-Bundestagfraktion
am 11./12. März 2010

Die Union hält an dem Ziel einer flächendeckenden ärztlichen Versorgung in Deutschland fest. Angesichts eines zunehmenden Ärztemangels auf dem Land, der Altersstruktur der niedergelassenen Ärzte und des stark steigenden Anteils weiblicher Medizinstudenten ist dies eine große Herausforderung. Zudem spiegelt sich der tatsächliche Versorgungsbedarf einer alternden Gesellschaft in den vor Jahren festgeschriebenen einheitlichen Vorgaben der Arzt-Einwohner-Relation nicht wider. Dabei gilt: Die eine Ideallösung gibt es nicht. Vielmehr ist ein ganzes Bündel von zum Teil kreativen Maßnahmen und Ideen notwendig, um den Arztberuf generell und im Speziellen die Niederlassung im ländlichen Raum attraktiv zu halten. Daher schlagen wir vor:

Sektorübergreifender Ausschuss zur Versorgungsplanung

Auf der jeweiligen KV-Ebene soll ein regionaler sektorübergreifender Ausschuss zur ärztlichen Versorgungsplanung eingerichtet werden. Diesem gehören Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Landesärztekammern, der Landeskrankengesellschaft, der gesetzlichen Krankenkassen und des für die gesundheitliche Versorgung zuständigen Landesministeriums an. Darüber hinaus nehmen Patientenvertreter und von der jeweiligen Planung betroffene kommunale Vertreter beratend an den Sitzungen teil. So kann die Bedarfsentwicklung sektorübergreifend und umfassend erhoben und die Zulassung nach dem tatsächlichen Bedarf gesteuert werden.

Im Einzelnen sollte dieser Ausschuss folgende Befugnisse und Aufträge erhalten:

1. Die Möglichkeit, Planungsbezirke, bei Bedarf auch nur bezogen auf einzelne Arztgruppen, kleinräumiger zu gestalten, um die Sitzverteilung besser steuern zu können. Heute sind die Planungsbezirke oftmals zu großräumig und wenig zielgenau. Es darf nicht sein, dass die Überversorgung der 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.

2. In einem sektorübergreifenden Ansatz ist auch das ambulante Angebot der Krankenhäuser in einer Region zu berücksichtigen. Darin liegt auch eine große Chance zur Lösung der Konflikte, etwa bei der Umsetzung des § 116b SGB V und anderer strittiger Fragen an der Schnittstelle ambulanter und stationärer Versorgung.
3. 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).
4. 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 (KV) einfließen könnte, gezielte Maßnahmen zu ergreifen. Dazu könnten etwa Investitionskostenzuschüsse, Vergütungszuschläge oder auch die Förderung von Stipendien gehören.
5. 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 in unterversorgten Gebieten mit einbezogen werden können. Dabei muss der Spagat zwischen einer höheren, weil mit geringeren Dienstplichten verbundenen Attraktivität für den Arzt und zumutbaren Entfernungen für die Patienten gelingen.

Darüber hinaus braucht es generell eine größere regionale Gestaltungsmöglichkeit für die Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen zur bedarfsorientierten Versorgung in ländlichen Regionen.

Arzt-Stationen

Die durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz eröffneten Möglichkeiten, auch in der niedergelassenen Versorgung mit Zweigstellen und angestellten Ärzten zu arbeiten, muss weiter ausgebaut und erleichtert werden. Dazu zählt auch die Einrichtung von Arzt-Stationen, in denen Ärzte verschiedener Fachrichtungen regelmäßig, etwa an bestimmten Wochentagen, die Arzt-Station aufsuchen. 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.

Nachwuchsförderung

Bei der Zulassung zum Medizinstudium sind Sozialkompetenz und Motivation der Bewerber für den Arztberuf derzeit keine Kriterien. Meist zählt allein der Numerus Clausus. Deshalb schlagen wir vor, zusätzliche Auswahlkriterien für Studienplätze einzuführen. Als Beispiel dient das Verfahren der Medizinischen Fakultät der

Technischen Universität Dresden zur Vergabe von Studienplätzen im Fach Medizin. Danach gelten folgende Kriterien:

- Grad der Qualifikation (Abiturnote)
- Gewichtung der Einzelnoten, die über fachspezifische Eignung Auskunft geben
- Ergebnis des fachspezifischen Studierfähigkeitstests
- Ergebnis des Auswahlgesprächs
- Ergebnis der Gesamtschau

Mit dem Verfahren können auch Bewerber, die den Numerus clausus nicht erfüllen ihren Berufswunsch „Arzt“ verwirklichen. Vorherige Berufs- und Ausbildungserfahrung in anderen medizinischen Berufen sollte zudem anerkannt werden. Universitäten, die seit der Änderung des Hochschulrahmengesetzes 60 Prozent der Studienplätze nach eigenen Kriterien vergeben können, sollen diese Möglichkeit nutzen.

Honorar

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 Facharztgruppe damit ausreichend gesichert 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 die reale Morbidität im ambulanten Leistungsgeschehen erhoben werden kann; dazu müssen die Codierrichtlinien des G-BA ein entsprechendes Anforderungsprofil aufweisen und mit entsprechenden Handlungsanweisungen versehen sein.
- 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 zweijährigen Konvergenzphase der Steigerungsfaktor durch einen demographischen sowie diagnosebasierten Faktor ersatzweise ermittelt wird. Im Bewertungsausschuss können hierzu die weiteren Details durch die Selbstverwaltung ausgestaltet werden.

Delegation ärztlicher Leistungen:

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. Diese Situation ist nicht hinnehmbar. Daher schlagen wir vor:

- 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 ggf. eine Entscheidung zur gesetzlichen Gestaltung regelhafter Delegationsmöglichkeit ärztlicher Leistungen zu treffen .
- Den zeitnahen Auftrag an den Bewertungsausschuss, die angemessene Vergütung delegierbarer Leistungen zu regeln.

Handlungsbedarf § 116 b SGB V:

Es ist erforderlich, gleiche Voraussetzungen für Bedarfsplanung, Mengenbegrenzung und Vergütung in Bereichen ambulanter Versorgung, in denen sowohl niedergelassene als auch stationäre Einrichtungen aktiv sind, sicherzustellen, um im Wettbewerb gleiche Voraussetzungen zu schaffen. Für den Bereich der Leistungen nach § 116 b SGB V sollten daher folgende Maßnahmen aufgegriffen werden:

- Eine Regelung, dass auch am Krankenhaus jeder Arzt die für niedergelassene Ärzte geltende Mindestmenge erfüllen muss. Hierfür ist zu klären, ob dieses z. B. über die individuelle Arztnummer erfolgen kann.
- Die Einführung einer einheitlichen, an der Krankenhausvergütung orientierten Vergütung für ärztliche Leistungen, die sowohl im niedergelassenen Bereich als auch am Krankenhaus erbracht werden können. Diese Regelung würde dann auch für Bereiche wie z. B. das ambulante Operieren gelten.

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: Ein von den Hausärzten gewähltes Vorstandsmitglied, ein von den Fachärzten gewähltes Vorstandsmitglied und den von allen Ärzten in der KV gewählten Vorsitzenden des Vorstandes.