

Koalitionsvertrag CDU/CSU – SPD 2018

Kommentierte Kurzversion der für die vertragsärztliche Versorgung wesentlichen Punkte

Stand: 21.02.2018, 10.30 Uhr

Text Koalitionsvertrag	Kommentar	
Sektorenübergreifende Versorgung		
<p>Wir werden eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe unter Einbeziehung der Regierungsfractionen im Deutschen Bundestag einrichten. Diese Arbeitsgruppe wird Vorschläge für die Weiterentwicklung zu einer sektorenübergreifenden Versorgung des stationären und ambulanten Systems im Hinblick auf Bedarfsplanung, Zulassung, Honorierung, Kodierung, Dokumentation, Kooperation der Gesundheitsberufe und Qualitätssicherung unter Berücksichtigung der telematischen Infrastruktur bis 2020 vorlegen.</p>	<p>Wenn es etwas gibt, woran es im Gesundheitswesen nicht mangelt, dann sind es Kommissionen. Die Koalitionäre scheinen nicht verstanden zu haben, was heute bereits an sektorenübergreifender Versorgung stattfindet. Dass ärztlicher Sachverstand aus Klinik und Praxis in der Arbeitsgruppe nicht vorgesehen ist, wissen wir zu werten. Eine Konkurrenzsituation niedergelassener Praxen zu subventionierten Strukturen lehnen wir vehement ab.</p>	

<p>Ambulante Versorgung</p>		
<p>Ein „Sofortprogramm Zugang zur Versorgung für Gesetzlich Krankenversicherte verbessern“ soll etabliert werden. Hierzu sollen die Terminservicestellen der KVen von 08.00 bis 18.00 Uhr auch zur Vermittlung haus- und kinderärztlicher Termine freigeschaltet werden.</p>	<p>Eine Aussage zur Finanzierung und ggf. Entbudgetierung der daraus resultierenden, ärztlichen Mehrarbeit wird nicht getroffen, vergessen wird erneut, dass die Ursache für mangelnde Termine die Budgetierung ist. Für Haus- und Kinderärzte eine Ohrfeige.</p>	
<p>Das Mindestsprechstundenangebot der Vertragsärzte für die Versorgung von gesetzlich versicherten Patienten wird von 20 auf 25 Stunden erhöht.</p> <p>Ärztinnen und Ärzte, die in wirtschaftlich schwachen und unterversorgten ländlichen Räumen praktizieren, werden über regionale Zuschläge besonders unterstützt.</p>	<p>Schon heute arbeiten die Ärzte in der Regel über 50 Stunden in der Woche. Keine Ausführungen erfolgen über die Fragestellung durch wen die regionalen Zuschläge finanziert werden sollen, eine alleinige Förderung der hausärztlichen Medizin und der Sprechenden Medizin in nur ländlichen Räumen geht an der Versorgungsrealität vorbei, da eine Unterversorgung im entsprechenden Bereich auch in den städtischen Ballungszentren existent ist.</p> <p>Eine Umverteilung von Honorar von der Stadt aufs Land als Finanzierungsgrundlage, wie vom Sachverständigenrat vorgeschlagen, lehnen wir ab. Mangel kann man nicht durch Umverteilung des Mangels beseitigt werden.</p>	
<p>Dazu (im ländlichen Raum) werden die hausärztliche Versorgung und die „sprechende Medizin“ besser vergütet. Dies beinhaltet auch die koordinierenden Leistungen, inklusive der Terminvermittlung zum Facharzt.</p>	<p>Finanzierung unklar. Die Fachärzte und die Psychotherapeuten kommen in der Welt der Koalitionäre als förderungswürdig nicht vor, obwohl wir heute auch in ländlichen Regionen zunehmende Versorgungsprobleme bei diesen Fachgruppen erfahren.</p>	

<p>Die Möglichkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen, die Sicherstellung durch KV-Eigeneinrichtungen zu gewährleisten, wird erweitert.</p>	<p>Das gibt uns als KV einen größeren Spielraum, als Niedergelassenenvertretung die Versorgung auch weiterhin sicherzustellen.</p>	
<p>Wir werden weiterhin darauf drängen, dass die Bedarfsplanung zur Verteilung der Arztsitze kleinräumiger, bedarfsgerechter und flexibler gestaltet wird.</p>	<p>Neue Regelungen schaffen keine neuen Ärzte. Das ist das Problem!</p> <p>Eine vergleichbare Regelung gab es bereits im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz aus dem Jahr 2015. Der Gemeinsame Bundesausschuss wurde mit der entsprechenden Umsetzung beauftragt. Die Umsetzung ist bis heute noch nicht beendet. Damit wird eine Regelung reformiert, deren letzte Reform noch gar nicht umgesetzt ist.</p>	
<p>In ländlichen oder strukturschwachen Gebieten entfallen Zulassungssperren für die Neuniederlassung von Ärztinnen und Ärzten.</p>	<p>Auch hier: Neue Regelungen schaffen keine neuen Ärzte. Das ist das Problem</p> <p>Was heißt das? Für alle Arztgruppen? Und was bedeutet „nur für Neuniederlassungen“? Gilt das für eine Praxisübernahme nicht, darf ein niedergelassener Arzt seine Praxis nicht vergrößern? Und schon heute haben wir keine Ärzte für viele offene Planungsregionen.</p>	
<p>Wir werden die Strukturfonds der Kassenärztlichen Vereinigungen erhöhen, verbindlicher ausgestalten und im Verwendungszweck flexibilisieren.</p>	<p>Finden wir gut.</p>	
<p>Die Länder erhalten ein Mitberatungs- und Antragsrecht in den Zulassungsausschüssen der Kassenärztlichen Vereinigungen.</p>	<p>Den Koalitionspartnern scheint entgangen zu sein, dass es gar keine „Zulassungsausschüsse der Kassenärztlichen Vereinigungen“ gibt, sondern nur die aus Krankenkassen und KVen gemeinsam.</p>	

<p>Wir werden den Innovationsfonds über das Jahr 2019 mit einem Volumen von 200 Millionen Euro jährlich fortsetzen. Wir wollen gewährleisten, dass erfolgreiche Versorgungsansätze zügig in die Regelversorgung überführt werden. Eigene Modellprojekte des Bundesministeriums für Gesundheit wollen wir ermöglichen.</p>	<p>Wir begrüßen es, wenn der Innovationsfonds fortgesetzt wird. Wir wollen aber keine Modellprojekte des Bundesgesundheitsministeriums, die nachher aus den budgetierten Mitteln der GKV bezahlt werden. Es ist auch schwierig, dass der Gemeinsame Bundesausschuss dann über Projekte des BMG entscheiden soll, wenn das BMG gleichzeitig die Rechtsaufsicht darstellt.</p>	
<p>Wir wollen gezielt Volkskrankheiten wie Krebs, Demenz oder psychische Störungen bekämpfen. Dabei betonen wir die nationale Diabetesstrategie. Wir werden die Disease-Management-Programme weiter stärken, insbesondere durch eine Umsetzung der Programme für Rückenschmerz und Depressionen.</p>	<p>Einverstanden</p>	
<p>Den Ländern werden künftig in den Beratungen zur Bedarfsplanung und zu allen Aspekten der Qualitätssicherung die gleichen Rechte und Pflichten wie den Patientenvertretern eingeräumt.</p>	<p>Unklar ist, was das bedeutet: Die Länder haben heute ein Beanstandungsrecht für Entscheidungen der Landesausschüsse in der Bedarfsplanung. Das ist wesentlich weitreichender als die Beteiligungsrechte der Patientenvertreter. Unklar ist, was hier geändert werden soll? Und was heißt, dass die Länder Rechte und Pflichten in den Aspekten der Qualitätssicherung bekommen sollen?</p>	
<p>Die Novellierung der Ausbildung der bisherigen psychologischen Psychotherapeuten in Form einer Direktausbildung ... werden wir zügig abschließen.</p>	<p>Begrüßen wir</p>	

<p>Sowohl die ambulante Honorarordnung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (EBM), als auch die Gebührenordnung der Privaten Krankenversicherung (GOÄ) müssen reformiert werden. Deshalb wollen wir ein modernes Vergütungssystem schaffen, das den Versorgungsbedarf der Bevölkerung und den Stand des medizinischen Fortschritts abbildet. Dies bedarf einer sorgfältigen Vorbereitung. Die Bundesregierung wird dazu auf Vorschlag des Bundesgesundheitsministeriums eine wissenschaftliche Kommission einsetzen, die bis Ende 2019 unter Berücksichtigung aller hiermit zusammenhängenden medizinischen, rechtlichen und wirtschaftlichen Fragen Vorschläge vorlegt. Ob diese Vorschläge umgesetzt werden, wird danach entschieden.</p>	<p>Eine sich aber bis 2020 hinziehende Diskussion über alternative Vergütungsformen einschließlich einer „Einheitlichen Gebührenordnung“ wird dazu führen, dass die Unsicherheit unter den Ärzten steigt und damit die Niederlassungsbereitschaft wegbricht. Eine Zusage, in „einem modernen Vergütungssystem“ die Gesamtmittel im System zu behalten, eine regionale Umverteilung von Honorar von Baden-Württemberg in andere Bundesländer zu verhindern oder gar die Zusage, dass unsere Arbeit und jetzt angeforderte Mehrarbeit endlich unbudgetiert vergütet wird, fehlt vollständig. Das Finanzierungsrisiko einer Praxisgründung für die nachkommende Generation ist nicht mehr kalkulierbar, der Wertverlust niedergelassener Praxen erhöht sich. Nur Fremdinvestoren und Krankenhäuser werden noch das Risiko einer Praxisübernahme tragen können. Für Hausärzte wird es noch schwerer, ihre Praxen an einen Nachfolger zu übergeben, bei den Fachärzten wird es zu einer zunehmenden Verlagerung von Praxen auf die Krankenhäuser kommen.</p>	
<p>Als zusätzliche Aufgabe der stationären Grundversorgung sollen die Krankenhäuser insbesondere im ländlichen Raum im Verbund mit den Schwerpunktkrankenhäusern und örtlichen Pflegeanbietern ergänzende niedrigschwellige Versorgungsangebote z. B. in der Nachsorge vorhalten.</p>	<p>Grundsätzlich ist dies positiv zu bewerten, da es vor allem bei älteren, pflegebedürftigen Menschen ein Problem bei der Krankenhausentlassung gibt und die niedergelassenen Ärzte oft organisatorische Dinge regeln müssen, die eigentlich vom Sozialdienst der Krankenhäuser vorzubereiten gewesen wären.</p> <p>Wenn hiermit jedoch gemeint ist, dass ärztliche Leistungen des Krankenhauses in der Nachsorge ermöglicht werden sollen, ist das schlicht abzulehnen.</p>	

<p>Eine qualitativ hochwertige Geburtshilfe auch durch Belegärztinnen und -ärzte ist uns ein Anliegen. Wir werden die Finanzierungsgrundlagen dazu überprüfen.</p>	<p>Das ist sicherlich zu begrüßen, geht aber am Problem vorbei: Die durch die Belegärzte nicht mehr finanzierbaren Kosten für die geburtshilfliche Haftpflichtversicherung ist die Ursache zurückgehender belegärztlicher Tätigkeit, nur die „Staatshaftung Geburt“ analog Impfschäden wird ein sinnvoller Beitrag zur Problemlösung sein.</p>	
<p>Zur Verbesserung der Notfallversorgung wird eine gemeinsame Sicherstellung der Notfallversorgung von Landeskrankenhausesgesellschaften und Kassenärztlichen Vereinigungen in gemeinsamer Finanzierungsverantwortung geschaffen. Dazu sind Notfallleitstellen und integrierte Notfallzentren aufzubauen.</p>	<p>Das bedeutet, dass die niedergelassenen Ärzte den Sicherstellungsauftrag zur Hälfte verlieren und andere mitbestimmen, was wir an Notfalldienst tun und aus unseren Mitteln zu bezahlen haben. Die Landeskrankenhausesgesellschaften sind nur ein Verein, in dem nicht alle Krankenhäuser Mitglied sind und der auch kein Verhandlungsmandat der Krankenhäuser hat. Keine Rede auch von einer Ausbudgetierung der Notfalldienstleistungen und der Frage, woher die Mittel kommen sollen (Bereinigung der amb. Gesamtvergütung)? Das Land sollte sich ein Beispiel an den in Baden-Württemberg gut funktionierenden Strukturen nehmen.</p>	
<p>Wir wollen die Zahl der Organspenden in Deutschland erhöhen. Dazu werden wir eine verbindliche Freistellungsregelung für Transplantationsbeauftragte schaffen und diese finanzieren. Die Organentnahme wird höher vergütet.</p>	<p>Greift zu kurz obwohl begrüßbar, ein Durchbruch der Organspenden wie in anderen europäischen Ländern kann ausschließlich durch die sog. Widerspruchslösung erfolgen.</p>	
<p>Gesundheitsberufe</p>		
<p>[Zum Masterplan Medizinstudium] gehören auch mehr Medizinstudienplätze.</p>	<p>Das ist erfreulich, wurde von uns lange gefordert. Um das umsetzen zu können, muss der Bund die Länder aber finanziell unterstützen.</p>	

Pflege		
Es sollen die Arbeitsbedingungen und die Bezahlung in der Alten- und Krankenpflege „sofort und spürbar“ verbessert werden, zusätzliche 8.000 neue Pflegekraftstellen sind vorgesehen.	Dies ist grundsätzlich zu begrüßen, da die Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege unmittelbaren Einfluss auf die Versorgung dieser Patienten insbesondere im allgemeinärztlichen Alltag haben.	
E-Health / Telematik		
<i>E-Health-Anwendungen und die Telematikinfrastruktur sollen gestärkt werden, die einschränkenden Regelungen zur Fernbehandlung sollen auf den Prüfstand gestellt werden.</i>	Das ist der Tenor des Kapitels. Natürlich ist das wichtig, aber im Koalitionsvertrag reichlich unspezifisch, wie das vonstattengehen soll.	
Besseres Leben durch Fortschritt Wir werden das bestehende E-Health-Gesetz im Zuge technologischer Innovationen im Dialog mit allen Akteuren weiterentwickeln und einen konkreten Aktionsplan bis mit Maßnahmen und Meilensteinen aufstellen.	Dies begrüßen wir ausdrücklich, insbesondere den Einbezug von allen Akteuren!	

