



Das GKV-Versorgungsgesetz eröffnet eine neue Reformdiskussion

Schwerpunkt sind Maßnahmen gegen den drohenden Hausärztemangel in ländlichen Regionen

In diesem Jahr will die Gesundheitspolitik ein ganz besonderes Ei im Osternest der bundesdeutschen Ärzteschaft verstecken: In Berlin ist das GKV-Versorgungsgesetz (GKV-VG) mit dieser Terminvorgabe in Arbeit. Zu Wort gemeldet hat sich bereits die Arbeitsgruppe Gesundheit der CDU/CSU-Fraktion im Deutschen Bundestag mit „14 Vorschläge(n) für eine Reform der medizinischen Versorgung in Deutschland“. Ziel ist es, „das Angebot vom Patienten her (zu) gestalten“.

Die Vorschläge als Unionsbasis der anstehenden Koalitionsverhandlungen kursieren unter dem Kürzel „Spahn-Papier“ und beschäftigen bereits sowohl Vorstand als auch Vertreterversammlung der KV Baden-Württemberg. (siehe Seiten 9 bis 11 dieser **ergo**-Ausgabe). Jens Spahn (CDU) ist seit 2002 Mitglied des Deutschen Bundestages und seit 2009 Vorsitzender der Arbeitsgruppe Gesundheit und Gesundheitspolitischer Sprecher der CDU/CSU-Fraktion. Nicht ganz unwichtig in diesem Zusammenhang: Er war Mit-

glied in der Koalitionsarbeitsgruppe von CDU/CSU und SPD, die die Gesundheitsreform 2007 vorbereitete. Eine Reform, die Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler bereits weitgehend revidierte.



Jens Spahn (CDU)

Wie mangelhaft statistische Werte die realen Verhältnisse beschreiben wissen nicht nur die Ärzte in Baden-Württemberg. Auch der Politik scheint sich diese Erkenntnis zu erschließen. In dem Papier heißt es: „Die Frage, was als bedarfsgerecht anzusehen ist, hängt oft stark von subjektiven Erwartungen ab.“

Als Beleg hierfür kann die Tatsache angeführt werden, dass bei einer bundesweit betrachtet schlechteren Versorgungssituation von 300 Ärzten pro 100.000 Einwohner in den Jahren 1990/91 von einer ‚Ärztenschwemme‘ die Rede war, während bei einer um 28 Prozent 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 Prozent von 92.000 auf 138.000 gestiegen ist“.

Diese Bilanz ist so richtig wie sie falsch ist. Deutschlands Ärzte bevorzugen Praxissitze in Großstädten, die ländliche Versorgung dünnt zunehmend aus und angesichts der Altersstruktur der niedergelassenen Mediziner wächst der Bedarf an nachfolgewilligen Aspiranten. Zwar ist, wie hier festgestellt, die Thematik bereits seit 2008 in der Diskussion, aber wirksam gegengesteuert wurde dieser Entwicklung nicht. Im Papier

wird formuliert: „Ambulante ärztliche Versorgung, vor allem hausärztliche Versorgung, muss wohnortnah gesichert sein – das gehört zur elementaren Daseinsvorsorge unseres Sozialstaates“. Jetzt müssen der Erkenntnis auch Taten folgen.

Die KV Baden-Württemberg ist, ungeachtet des kommenden GKV-Versorgungsgesetzes, bereits initiativ geworden. Beispielhaft seien hier nur die regionalen Konferenzen mit lokalen Institutionen oder das Modellprojekt RegioPraxisBW genannt.

Doch leider zielen die Vorschläge CDU/CSU wieder auf ein zentralistisches Steuerungsinstrument ab, bei dem regionale Besonderheiten wohl wieder zu kurz kommen werden: „Die zugrundezuliegende demographische Entwicklung einer Region und die daraus abzuleitenden Versorgungsbedarfe (sic!) müssen künftig 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“. Gespannt sein darf man auf die Kriterien, nach denen die Notwendigkeit beurteilt wird und wie dann eine Zuteilung erfolgt.

Die Autoren des Papiers haben erkannt: „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 Gebieten zielgerichtet zu Gunsten schlechter versorgter Bezirke abzubauen“. Geändert werden soll dies durch

- den Verzicht auf Nachbesetzung in einem überversorgten Gebiet. Das Recht zur Abrechnung mit den Krankenkassen, das quasi vererbt und verkauft werden kann, soll beendet werden, wobei der Wert der Praxis samt Einrichtung zu ersetzen ist.
- Sicherstellungszu- und abschläge, um das ärztliche Niederlassungsverhalten finanziell zu steuern.
- eine zeitlich befristete Zulassung in Ergänzung der lebenslangen Zulassung unter Berücksichtigung des Bestandsschutzes, insbesondere in überversorgten Regionen.

Intensiviert werden soll die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern. So soll die Beschränkung der Mitarbeit von niedergelassenen Ärzten in Krankenhäusern auf 13 Stunden pro Woche flexibler gestaltet werden, das Belegarztwesen ist zu stärken und eine Verbesserung des Entlassungsmanagements wird angestrebt. Hier kommen dann auf die Krankenhäuser neue Aufgaben zu: „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“.

So sollen Anreize gesetzt werden, „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“.

Zumindest etwas unorthodox muten die vorgeschlagenen Bemühungen an, den medizinischen Nachwuchs für die Niederlassung in unterversorgten Gebieten zu motivieren. Da soll erst einmal eine gemeinsame

„LANDARZTQUOTE
FÜR FÜNF PROZENT DER
STUDENTEN“

Konferenz der Gesundheits- und Wissenschaftsminister der Länder veranstaltet werden mit dem Ziel, die Zahl der Studienplätze für Medizin zu erhöhen und zusätzliche Professoren zu berufen. Diese Planung der Ärztelandverschickung firmiert unter dem eingängigen Slogan „Mehr Ärzte braucht das Land“. Eingeführt werden soll eine „Landarztquote“ für fünf Prozent der Studenten, die zum Studium zugelassen werden, wenn sie sich nach Abschluss für fünf Jahre zur Berufsausübung für die „ambulante oder stationäre Versorgung in (drohend) unterversorgten Gebieten“ verpflichten. Zusätzlichen Anreiz sollen dabei Sonderstipendien von Bund und Ländern bieten.

Das fröhliche Gerangel bei der Frage, wer was und wie viel bezahlen soll, ist in der föderalistischen Gemengelage schon heute vorstellbar. Auch ist der Realitätsbezug dieser Vorschläge als fraglich zu beurteilen. Denn welcher Medizinstudent ist willens, sich mit einem Stipendium in eine derartige Abhängigkeit zu begeben und sich so seine Lebensplanung bestimmen zu lassen. Zudem greift die gute Absicht auch erst dann, wenn viele Landarztsitze bereits verwaist sind und sich dort neue Hilfsstrukturen zur Versorgung der Patienten herausgebildet haben werden.

Verbunden mit dem Koalitionsvertrag ist ein Prüfauftrag an das Bundesministerium für Gesundheit, die Resultate der Honorarreform zu ermitteln. Entsprechende Daten über die finanzielle Entwicklung der ärztlichen Vergütung im Jahr 2009 sind von der KBV zur Verfügung zu stellen. Das CDU/CSU-Papier geht bereits jetzt von einem Regelungsbedarf in bestimmten Fragen aus.

Der Regelungsbedarf im Wortlaut der Vorlage:

„Daher sollte angestrebt werden,

- die Regelleistungsvolumina (RLV) so auszugestalten, dass die medizinische Grundversorgung der Patienten in der Fachgruppe damit ausreichend finanziert ist.
- dass die RLV nicht durch extra-budgetäre Leistungsabrechnungen 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 leistungsrechte 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“.

Nach heftigen Protesten der Ärzteschaft hat Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler die Einführungsfrist der Ambulanten Kodierrichtlinien erst einmal um ein halbes Jahr bis zum 31. Dezember 2011 verlängert. So soll in der Übergangs- und Einführungsphase allen beteiligten Parteien Zeit gegeben werden, die Anwendung im Praxisalltag deutlich zu vereinfachen. Dies begründet Philipp Rösler auch mit den Vorbereitungen des Versorgungsgesetzes. Es bleibt mithin noch ausreichend Zeit, unter Hinweis auf den enormen



Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler steht mit dem GKV-Versorgungsgesetz vor einer neuen Herausforderung.

Bürokratieaufwand in den Praxen die Politik zum Verzicht – oder zumindest zu einer praktikablen Lösung – zu bewegen.

Von besonderer Bedeutung ist im sogenannten „Spahn-Papier“ der Passus zur Stärkung der Hausärzte in den Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Autoren formulieren: „Angesichts der gegenläufigen Entwicklung der Haus- und Facharztzahlen und





dem eher steigenden denn sinkenden Bedarfes an Hausärzten zur flächen-deckenden ärztlichen Versorgung braucht es eine angemessene Vertretung der hausärztlichen Interessen in den KVen. Daher schlagen wir vor,

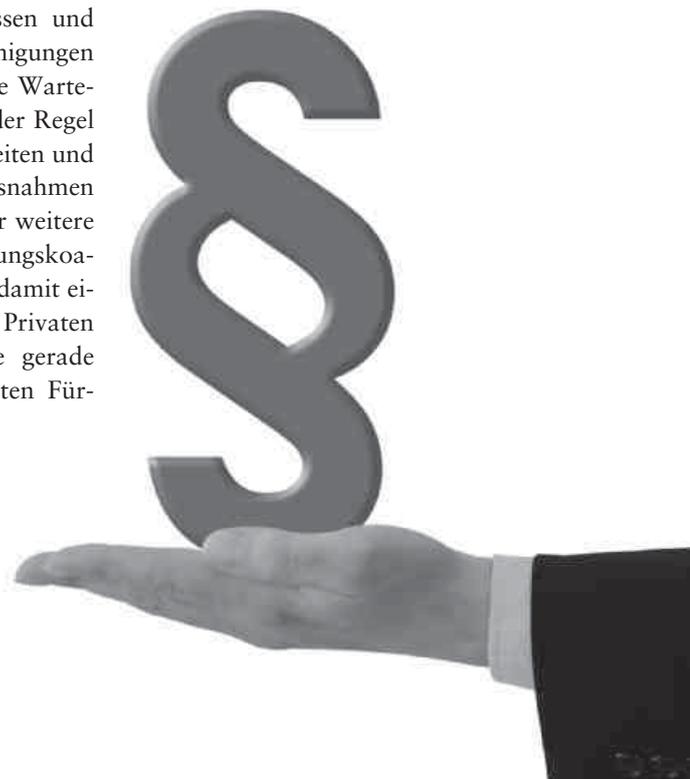
- die Trennung der hausärztlichen und der fachärztlichen Budgets innerhalb der KVen, so dass die Entwicklung in dem einen Bereich nicht zu Lasten des anderen geht.
- eine Änderung des Paragraphen 79 SGB V, um eine austarierte Vertretung der Interessen sowohl der Haus- als auch der Fachärzte in den Vorständen der KVen zu gewährleisten. Daher sollte es künftig 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“.

Auf wenig Gegenliebe bei den gesundheitspolitischen Experten der FDP und auch beim Minister stieß im Vorfeld der Vorschlag, noch vorhandene Vier-Bett-Zimmer für Gesetzlich Krankenversicherte im Krankenhaus abzuschaffen. Dies könne, so das CDU/CSU-Papier, mit einem Abschlag in der Vergütung oder dem Ausfall der Zuzahlung betroffener Patienten in den betroffenen Häusern durchgesetzt werden. Auch die Forderung, die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen sollten sicherstellen, dass die Wartezeiten auf einen Termin in der Regel drei Wochen nicht überschreiten und nur noch in begründeten Ausnahmen zulässig seien, wird wohl für weitere Diskussionen in der Regierungskoalition sorgen. Werden doch damit einige Vorteilsversprechen der Privaten Krankenversicherungen, die gerade in der FDP ihren lebhaftesten Fürsprecher finden, relativiert.

In Berlin geht schon länger das geflügelte Wort um, das Gesundheitsministerium sei längst zum „Reformhaus der unterschiedlichen

Regierungskoalitionen“ mutiert. Je nach Zusammensetzung komme eine neue Reform, die dann all zu bald erneuter Nachbesserung bedarf. Hinzu kommen die in vielen Fällen entstehenden Zeitverzögerungen zwischen Problemerkennntnis und Gegenmaßnahmen. Als Beispiel sei hier nur auf die Honorarreform verwiesen, die gerade in Baden-Württemberg die niedergelassenen Ärzte mit erheblichen finanziellen Einbußen gerade zu überrollte.

Dabei wird die Bürokratie immer weiter aufgebläht auf der Suche nach sogenannten „verlässlichen Daten“ als Basis für neuerliche Regulierungsprogramme. Das bundesdeutsche Gesundheitswesen ist so schon fast zu einem Instrument der Planwirtschaft



geworden: Nicht nach Bedarf wird produziert, sondern nach Kassenlage.

Der deutsche Publizist Sebastian Haffner hat es bereits in den 60er Jahren auf den Punkt gebracht: „Realpolitik ist eine Politik, die erreichbare Ziele mit geeigneten Mitteln verfolgt. Welche Ziele erreichbar und welche Mittel für ihr Erreichen geeignet sind, hängt von Umständen ab, die sich andauernd ändern, und was Realpolitik unter einer Reihe von Umständen ist, mag deshalb höchst unrealistisch und selbstzerstörerisch unter anderen Umständen sein“.

Folgt man dieser Überlegung, sind Programmatiken mit Wirkung über einen langen Zeitraum oder mit erheblichem Vorlauf den ständigen Prozessen der demographischen Entwicklung, dem medizinischen Fortschritt, der wirtschaftlichen Entwicklung oder Veränderungen der sozialen und bevölkerungsgeographischen Struktur der Bundesrepublik im Kern widersprechend.

Die nun beginnende Diskussion um das GKV-Versorgungsgesetz bietet zumindest die Chance, mit Vorschlägen und Hinweisen aus dem medizi-

nischen Alltag der niedergelassenen Ärzte Gehör zu finden. Es ist auch die Chance, zu einer flexiblen Gesetzgebung zu kommen, bei der nicht ständig das gesamte Gesetzgebungsverfahren bemüht werden muss, um obsoletere Paragraphenwirklichkeiten den Realitäten anzupassen. Wenn die bundesdeutsche Gesundheitspolitik schon den Arztberuf als „freien Beruf“ propagiert, darf sie nicht ständig neue Ketten schmieden.

So gesehen werden es noch spannende Wochen. 

MEHR ALS EIN DRITTEL DER ÄRZTE UNZUFRIEDEN MIT IHREM BERUF

Das Ausland lockt viele Mediziner mit besseren Arbeitsverhältnissen

Eine aktuelle Studie der Commerzbank von Mitte Februar zeichnet ein negatives Stimmungsbild der deutschen Ärzteschaft. Die alarmierende Nachricht: Mehr als ein Drittel (34 Prozent) der Ärzte in Deutschland ist mit ihrer derzeitigen beruflichen Situation nicht zufrieden. Bei den niedergelassenen Ärzten ist die Unzufriedenheit mit 44 Prozent noch größer.

Die repräsentative Umfrage von TNS Infratest im Auftrag der Commerzbank nennt als Hauptgrund den bürokratischen Aufwand – 54 Prozent der niedergelassenen Mediziner – und die hohe Arbeitsbelastung – 64 Prozent der angestellten Ärzte. Mit 26 Prozent haben über ein Viertel der Befragten angegeben, sich noch in diesem Jahr beruflich verändern zu wollen.

Dennoch steigt die Bereitschaft, Investitionen zu tätigen. Jeder fünfte niedergelassene Arzt plant im Jahr 2011 eine größere Ausgabe. Die Gründung einer eigenen Praxis steht bei 37 Prozent der veränderungsbereiten Mediziner an erster Stelle. 44 Prozent der Angestellten sehen ihre berufliche Zukunft in der Selbstständigkeit und planen

eine Einzelpraxisgründung beziehungsweise -übernahme (18 Prozent), Kooperation oder Mitunternehmerschaft. Die bereits Selbstständigen tendieren mit 35 Prozent deutlich zu einer Gemeinschaftspraxis oder Praxisgemeinschaft.

Trotz relativ hoher Investitionsbereitschaft im Inland wollen rund ein Drittel (32 Prozent) der wechselwilligen Ärzte zukünftig ihren Beruf im Ausland ausüben. Als Gründe für die geplanten beruflichen Veränderungen geben die Befragten am häufigsten die Karrieremöglichkeiten oder bessere Arbeitsbedingungen (je 32 Prozent) an. Ein höheres Einkommen motiviert 28 Prozent der Ärzte.

Sehr kritisch schätzen die Mediziner die Zukunft ihres Berufsstandes ein: Nur 23 Prozent glauben, dass der Arztberuf auch weiterhin attraktiv bleiben wird. Rund 60 Prozent sind zudem der Meinung, dass sich die Versorgung der Patienten verschlechtern wird. Und über die Hälfte (55 Prozent) meinen, der Arztberuf werde immer unrentabel.