

Alles Gute.



Das Angebot vom Bedarf des Patienten her gestalten – 14 Vorschläge für eine Reform der medizinischen Versorgung in Deutschland – CDU/CSU-Bundestagsfraktion

und

Entwurf eines Positionspapiers zum geplanten Versorgungsgesetz des Bundesministeriums für Gesundheit vom 23. Februar 2011

Stellungnahme der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW)

Dres. med. N. Metke und J. Fechner, Susanne Lilie, Falk Lingen und Kai Sonntag mit den Beratenden Fachausschüssen und den Bezirksbeiräten

Inhaltsverzeichnis

Einführung: Vorteil der Erbringung medizinischer Versorgung durch freie, weisungsungebundene Ärzte in der ambulanten Versorgung	Seite 3
„Das Angebot vom Bedarf des Patienten her gestalten: 14 Vorschläge für eine Reform der medizinischen Versorgung in Deutschland“ – CDU/CSU-Bundestagsfraktion Entwurf eines Positionspapiers zum geplanten Versorgungsgesetz des Bundesgesundheitsministeriums Stellungnahme der KVBW	Seite 6
I. Bedarfsplanung	Seite 6
II. Einheitliche Rahmenbedingungen	Seite 13
III. Abbau von Überversorgung und Fehlsteuerung	Seite 16
IV. Kooperation mit den Krankenhäusern	Seite 20
V. MVZ und Arztstationen	Seite 23
VI. Förderung der Attraktivität des Arztberufes	Seite 25
VII. Nachwuchsförderung	Seite 27
VIII. Honorarreform	Seite 29
IX. Delegation ärztlicher Leistungen und Telemedizin	Seite 31
X. Stärkung der Hausärzte in den KVen	Seite 32
XI. Verbesserung der erlebten Patientenrealität	Seite 33
XII. Selektivverträge	Seite 33
Fazit	Seite 36
Anlagen	
14-Punkte Positionspapier der CDU/CSU	Seite 38
Entwurf eines Positionspapiers zum Versorgungsgesetz des BMG	Seite 51
Entwurf für eine Novelle § 115 SGB V	Seite 64

Einführung

Vorteil der Erbringung medizinischer Versorgung durch freie, weisungsungebunde, selbstständige Ärzte in der ambulanten Versorgung

Die Arbeitsgruppe „Gesundheit“ der CDU/CSU-Bundestagsfraktion hat in einem 14-Punkte Positionspapier ihre Vorstellungen ebenso wie das BMG in einem „Entwurf eines Positionspapiers zum geplanten Versorgungsgesetz vom 23.02.2011“ zu den zentralen Themen der aktuellen Diskussion in der Gesundheitspolitik vorgelegt. Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg begrüßt die Initiative der Fraktion und des BMG, setzen diese doch wichtige Akzente in der Diskussion. Gerade vor dem Hintergrund eines drohenden Ärztemangels vor allem in vielen ländlichen Regionen, der anerkannt wird, sind neue und innovative Ideen erforderlich, um die flächendeckende und wohnortnahe ambulante Versorgung durch **niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten** auch in Zukunft aufrechterhalten zu können.

Es soll zunächst die Ausgangssituation der ärztlich-psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland heute dargelegt werden. Es werden insbesondere die Vorteile der Erbringung medizinischer Leistungen durch freie, weisungsunabhängige, selbstständige Ärzte und Psychotherapeuten in der ambulanten Versorgung dargestellt.

A. Ist- und Ausgangssituation

- In 15 Jahren sind in Baden-Württemberg 60 % aller heute niedergelassenen Haus- und Fachärzte nicht mehr tätig.
- Die flächendeckende haus- und fachärztliche und psychotherapeutische wohnortnahe Versorgung wie wir sie heute kennen, wird sich dramatisch verschlechtern - vor allem in der hausärztlichen Versorgung im ländlichen Raum.
- In den Ballungsräumen verschärft sich die Konkurrenzsituation zwischen den niedergelassenen Ärzten und fremdsubventionierten MVZ in nichtärztlicher Trägerschaft mit renditeorientierten Kapitalgebern.

B. Gründe

- Mehr als 60 % des Ärztenachwuchses ist weiblich
- Wirtschaftliche Risiko, Bürokratie und Arbeitsaufwand stimmen nicht mehr mit dem Ertrag überein
- Mehr Wunsch nach Teilzeitbeschäftigung in Kooperation
- Wählen von Fächern mit strukturierter Weiterbildung
- Wunsch nach geregelten Arbeitszeiten

Zusätzlich ist auf die Problematik der ärztlichen Einkommen hinzuweisen:

- Im Krankenhausbereich erweisen sie sich in Teilen als grotesk angesichts der Umstände der Arbeit und der langen Ausbildungszeiten, sowohl für den fachärztlichen Bereich als auch für die Assistenten des Krankenhauses - wissend, dass 60 % der an Krankenhäusern tätigen Ärzte keine Fachärzte sind.
- Eine **Planungssicherheit** der Honorare der Niedergelassenen besteht seit Jahren nicht mehr. Ursachen sind die verschiedenen GKV-Reformgesetze, eine immer kürzere Laufzeit der ärztlichen Gebührenordnung und vor allen Dingen eine kontinuierliche, schwergewichtig durch den Gesetzgeber vorgegebene Honorarverteilung des zur Verfügung gestellten Rahmens.
- Die Niederlassungsberatung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, in der wir für die Besetzung freier Arztsitze insbesondere auf dem Land werben, dokumentiert auch, dass die Kollegen **wegen dieser komplett fehlenden Planungssicherheit** vor der Niederlassung zurückschrecken und lieber ein Angestelltenverhältnis anstreben.

Gemäß der letzten Zahlen des Statistischen Bundesamt aus dem Jahr 2007 beträgt der Jahresüberschuss aus ärztlicher Tätigkeit im GKV-System 85.000 Euro im hausärztlichen und 94.000 Euro im fachärztlichen Bereich vor Steuer (Quelle: Statistisches Bundesamt), wobei im GKV-System circa 90 % aller Bundesbürger versichert sind und die niedergelassenen Ärzte 95 % der anfallenden Erkrankungen versorgen, dies bei wöchentlichen Arbeitszeiten von über 60 Stunden und darüber hinaus. Auf dem Boden dieser Zahlen ist die Existenzgrundlage einer Praxis, die ihre Umsätze ausschließlich aus der Behandlung der GKV-versicherten Patienten zieht, nicht mehr gegeben. Der Erhalt der Praxen ist ausschließlich durch eine Quersubventionierung der Einnahmen von GKV-Versicherten, mit ebensolchen von PKV-Versicherten, der Möglichkeit des ambulanten Operierens und auf dem Boden von Einnahmen aus sogenannten IGEL-Leistungen gegeben.

Die Möglichkeit der Kompensation nicht ausreichender Einnahmen aus der Behandlung GKV-versicherter Patienten steht darüber hinaus ausschließlich den Praxen zur Verfügung, die auf dem Boden der sozialen Umfeldbedingungen der jeweiligen Praxis ausreichend zusätzlich zu GKV-Leistungen die o. g. Leistungen erbringen können.

Dies bedeutet auch, dass wir eine Verbesserung der Versorgung in strukturschwachen Gebieten (z. B. ländlicher Raum und soziale Brennpunkte der Großstädte) nur dann werden leisten können, wenn neben anderen Faktoren eine spürbare Verbesserung der Vergütung der dort tätigen Ärzte erreichbar sein wird. Das vorliegende Konzept „RegioPraxis BW“ beruht unter anderem hierauf.

C. Erhalt der Selbstständigkeit

Der Patient wünscht eine persönliche, konstante, an ärztliche Einzelpersonen gebundene Betreuung statt einer anonymen Versorgung mit wechselnden Ärzten in Versorgungszentren. Für ihn ist eine patientenorientierte medizinische Versorgung, frei von politischen und finanziellen Zwängen, wichtig.

Die Voraussetzung dieser Versorgungsform ist der Erhalt der Selbstständigkeit für die individuelle weisungsunabhängige haus- und fachärztliche sowie psychotherapeutische Versorgung durch Ärzte und psychologische Psychotherapeuten in freiberuflicher Praxis, ggf. mit durch sie angestellten Ärzten und Psychotherapeuten.

Im Gegensatz hierzu besteht eine Konkurrenzsituation mit einer angestellten ärztlichen Tätigkeit in Krankenhäusern und renditeorientierten MVZ in Fremdeigentum, die sich durch nachfolgende Faktoren kennzeichnet:

- Weisungsgebundene Ärzte, wobei der Weisungsgeber nur noch in Teilen der Chefarzt ist (medizinische Weisung). Zunehmend und dominierend bestimmen Weisungen der Verwaltung in Bezug auf wirtschaftliche Belange das ärztliche Handeln (z. B. ob ein Krankenhaus bestimmte Schwerkranke überhaupt nimmt und weiter versorgt, wie die Liegezeiten unter optimaler Ausschöpfung der Möglichkeiten der DRGs zu sein haben und weitere).
- Auf dem Boden erheblich unterschiedlicher Arbeitsbedingungen zwischen dem angestellten und dem niedergelassenen Arzt sind potenzielle ambulante Leistungen eines Krankenhauses immer teurer als wenn sie durch einen niedergelassenen Arzt erbracht werden. Die tarifliche Arbeitszeit im Krankenhaus beträgt 40 Stunden, üblicherweise sechs Wochen bezahlter Urlaub sowie Regelung und Ausgestaltung der ärztlichen Arbeitszeit durch das Arbeitszeitgesetz.

Im freiberuflichen Bereich steht die Arbeitszeit potenziell unbegrenzt zur Verfügung, der Arbeitsanfall pro Arbeitszeit wird mit dem Ziel eines besseren Einkommens optimiert, bezahlter Urlaub besteht nicht, Kundenbindung an die Praxis ist zum Überleben wesentlich, sie spielt im Krankenhaus nur eine untergeordnete Rolle.

Im Nachfolgenden werden die Punkte der beiden Papiere der CDU/CSU-Bundestagsfraktion sowie des BMG vorgestellt und dazu jeweils eine Stellungnahme der KVBW abgegeben. Dabei wurde auf die Punkte verzichtet, für die die KVBW keine Zuständigkeit hat, etwa im stationären Bereich oder zur zahnärztlichen Versorgung. Die mit **orange** gekennzeichneten Passagen stellen die Positionen der CDU/CSU-Bundestagesfraktion dar, die mit **blau** gekennzeichneten die des BMG.

**„Das Angebot vom Bedarf des Patienten her gestalten:
 14 Vorschläge für eine Reform der medizinischen Versorgung in
 Deutschland“
 CDU/CSU-Bundestagsfraktion vom 22.02.2011**

und

**Entwurf eines Positionspapiers zum geplanten Versorgungsgesetz
 des Bundesministeriums für
 Gesundheit vom 23. Februar 2011**

I. Bedarfsplanung

In dem Positionspapier der CDU /CSU wird die derzeitige Bedarfsplanung als nicht mehr zeitgemäß bezeichnet und eine bedarfsgerechte Versorgungssteuerung ange-mahnt, die den Leistungsbedarf in einer Region in den Mittelpunkt stellen soll. Das bedeutet im Einzelnen:

1.1 Kleinräumige Bedarfsplanung

Forderung CDU/CSU	Stellungnahme KVBW
<ul style="list-style-type: none"> • 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 unter- 	<p>Gefordert wird von der CDU/CSU eine kleinräumige, sektorübergreifende Bedarfsplanung, in der zusätzlich zwischen der hausärztlichen Primär- und der fachärztlichen Versorgung unterschieden werden soll.</p> <p>Die KVBW kann sich dieser Forderung so nicht anschließen. Die heutige Bedarfsplanung ist als Instrument eingeführt worden, um der sogenannten Ärzteschwemme Anfang der 90er Jahre zu begegnen. Sie beruht in erster Linie darauf, Niederlassungsbeschränkungen in überversorgten Gebieten vorzunehmen und damit die Zahl der Ärzte zu begrenzen. In Zeiten eines Ärztemangels ergibt eine solche Planung, unabhängig wie kleinräumig sie ist, keinen Sinn mehr.</p> <p>Die aus diesem Papier hervorgehende Festlegung, dass „eine Verlegung eines Sitzes nur dann möglich ist, wenn Gründe der Vertragsärztlichen Regelung dem nicht entgegenstehen“, wird begrüßt. Sie</p>

<p>schiedliches 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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • In einem sektorübergreifenden Ansatz ist auch das Potential eines ambulanten Angebotes am Krankenhaus und an den Reha-Kliniken 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 Versorgung. • 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. 	<p>ist heute allerdings bereits in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) enthalten.</p> <p>Darüber hinaus ist festzustellen, dass die „kleinräumige“ Bedarfsplanung den medizinischen Nachwuchs nicht in ländliche Regionen bringt. Erforderlich ist vielmehr ausschließlich eine wesentliche Verbesserung der Arbeitsbedingungen.</p>
--	---

Forderung BMG	Stellungnahme KVBW
<p>Die derzeitige gesetzliche Vorgabe, dass die Planungsbereiche den Stadt- und Landkreisen entsprechen sollen, wird flexibilisiert. Es wird vorgegeben, dass die Planungsbereiche so zu gestalten sind, dass sie einer flächendeckenden Versorgung dienen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) erhält damit einen weiten Entscheidungsspielraum, der es z.B. auch ermöglicht, bei der Struktur der Planungsbereiche zwischen hausärztlicher, fachärztlicher und spezialisierter fachärztlicher Versorgung zu differenzieren.</p>	<p>Das BMG sieht in seinem Positionspapier eine andere Lösung vor, die in Richtung Flexibilisierung geht: Die Flexibilisierung ist ein wesentlich besserer Weg, allerdings besteht die Gefahr, dass das Verfahren durch die Ausweisung einer Vielzahl von unterschiedlich gezogenen Planungsbezirken für einzelne Fachgruppen völlig überreguliert wird. Wir warnen zudem davor, sich davon zu große Erfolge zu versprechen, denn die Hauptursache für den Mangel an Ärzten, die fehlende wirtschaftliche Planungssicherheit, wird auch durch eine geänderte Bedarfsplanung nicht behoben.</p>

1.2 Regionaler Versorgungsausschuss

Forderung CDU/CSU	Stellungnahme KVBW
<p>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 Landeskrankenhausgesellschaft und der gesetzlichen Krankenkassen an. Darüber hinaus nehmen die für die gesundheitliche Versorgung zuständigen Landesministerien, 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.</p>	<p>Die CDU/CSU fordert, einen „regionalen, sektorübergreifenden Ausschuss zur ärztlichen Versorgungsplanung“ einzurichten, dem die KVen, die Landesärztekammer, die Landeskrankenhausgesellschaft und die gesetzlichen Krankenkassen sowie der Sozialministerien angehören sowie beratend Patientenvertreter und Vertreter der jeweils betroffenen Kommunen teilnehmen.</p> <p>Auf keinen Fall darf es dazu kommen, dass andere Beteiligte als diejenigen, die für die unmittelbare Patientenversorgung zuständig sind und dafür die Verantwortung und die Kosten tragen, nämlich Ärzte und Krankenkassen, die Entscheidung treffen, was Mediziner leisten und Krankenkassen zu bezahlen haben. Zu fordern ist, dass die Partner, die an der selektivvertraglichen Versorgung nach § 73 b und c SGB V beteiligt sind, einbezogen werden.</p> <p>Im Übrigen wird wesentlich auf die Ausführungen zu Punkt 1.1 verwiesen.</p>

1.3. Stärkung der Länder

Forderung BMG	Stellungnahme KVBW
<p><u>2. Stärkung der Einwirkungsmöglichkeiten der Länder unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten</u></p> <p>a) Die bisherige Benehmensregelung wird durch eine Regelung ersetzt, nach der die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) den im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen aufgestellten Bedarfsplan künftig den zuständigen Landesbehörden vorzulegen haben und die Landesbehörden ein Beanstandungsrecht erhalten.</p> <p>b) Bei der Erstellung des Bedarfsplans wird die Möglichkeit geschaffen, im Rahmen regionaler Besonderheiten von den Regelungen in der Bedarfsplanungsrichtlinie abzuweichen (z.B. bei der Bestimmung der Planungsbereiche). Hier-</p>	<p>Das BMG verfolgt auch hier in seinem Positionspapier eine andere Intention. Hier wird stärker auf eine Beteiligung der Länder abgehoben, ohne diese in der Form, wie bei der CDU/CSU vorgesehen, zu institutionalisieren. Andere Beteiligte sind im Papier des BMG nicht vorgesehen.</p> <p>Die KVBW hat hiergegen keine gravierenden Einwände, sieht jedoch auch keine Verbesserung der aktuellen Situation.</p>

<p>durch wird die Möglichkeit geschaffen, regional Gestaltungsspielräume zu nutzen, die der G-BA auf Bundesebene eventuell nicht ausgeschöpft hat.</p> <p>c) Die Länder erhalten mehr Einfluss auf die Landesausschüsse, in dem ihnen</p> <ul style="list-style-type: none"> - ein Recht zur Teilnahme an den Sitzungen des Ausschusses eingeräumt wird, die vom Ausschuss zu treffenden Beschlüsse (insbesondere zur Unterversorgung, einem zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf und zur Überversorgung) künftig vorzulegen sind und sie ein Beanstandungsrecht erhalten, - ein Initiativrecht hinsichtlich der von den Landesausschüssen zu fassenden Beschlüsse eingeräumt wird. 	
---	--

1.4 Strukturfonds

Forderung CDU/CSU	Stellungnahme KVBW
<p>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.</p>	<p>Der Versorgungsausschuss soll die Möglichkeit haben, über einen Strukturfonds gezielte Maßnahmen zur Niederlassungsförderung vorzunehmen. Der Strukturfonds soll 1% der Gesamtvergütung (in Baden-Württemberg rund 38 Mio. Euro) umfassen und aus der ärztlichen Gesamtvergütung gespeist werden. Die KVBW lehnt Maßnahmen, die durch eine Reduzierung der Gesamtvergütung finanziert werden, ab. Man beseitigt die Probleme eines unterfinanzierten Systems nicht durch Umverteilung des Mangels.</p> <p>In keiner anderen Berufsgruppe ist es denkbar, einen derartigen Strukturfonds aus den Einkommen der dort Beschäftigten zu schaffen, zumal der Aufwand, der in der operativen Umsetzung anfallen würde, viel zu hoch wäre. Es ergibt keinen Sinn, die Strukturen, die eigentlich gestärkt werden sollen, erst einmal zu schwächen.</p> <p>In der Metallindustrie ist es auch unvorstellbar, dass die Löhne und Einkommen der Arbeiter bei Daimler Benz in Stuttgart gesenkt werden, um hiermit die Einkommen seiner Beschäftigten in z. B. Mecklenburg-Vorpommern anzuheben.</p>

1.5 Notfalldienst

Forderung CDU/CSU	Stellungnahme KVBW
<p>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. 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.</p>	<p>Gefordert werden größere Notfalldienstbezirke unter Einbeziehung der Notfallambulanzen den Krankenhäuser. Die KVBW unterstützt diese Forderung, setzt sie auch heute bereits um. Die Erfahrungen mit durch Niedergelassene betriebene zentrale Notfallpraxen, insbesondere auch an Krankenhäuser angebunden, sind positiv. Wichtiger als die Frage, welche Arztgruppen am Notfalldienst beteiligt werden sollen, wäre es aus Sicht der KVBW Modelle zu unterstützen, die den Ärzten, die heute den Notfalldienst durchführen, eine angemessene Vergütung garantieren.</p>

1.6 Angestellte Ärzte durch die KVen

Forderung CDU/CSU	Stellungnahme KVBW
<p>1.2 <u>Angestellte Ärzte durch die KV</u> 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.</p>	<p>Die KVen sollen die Möglichkeit erhalten, eigene Ärzte bei Unterversorgung anzustellen. Dies ist bereits heute nach §105 SGB V möglich. Wichtig ist, nicht erst bei festgestellter Unterversorgung, sondern bereits bei drohender Unterversorgung derartige Maßnahmen zu ergreifen, um rechtzeitig auf eine solche Situation reagieren zu können. Von der Tatsache ausgehend, dass angestellte, ärztliche Tätigkeit prinzipiell in Bezug auf ein angestrebtes Versorgungsziel teurer als freiberufliche Tätigkeit ist, liegt die Lösung der Problematik</p>

	<p>der regionalen Minderversorgung nicht in der Schaffung von Eigeneinrichtungen der KV, sondern im Wesentlichen in der Steigerung der Attraktivität der niedergelassenen Arztberufes in diesen Regionen. Eigeneinrichtungen der KV als Körperschaft bedeuten weisungsgebundene Staatsmedizin und sind aus einem allgemeinen ordnungspolitischen Rahmen nur zeitlich überaus begrenzte Möglichkeiten der Linderung von Versorgungsengpässen.</p>
--	--

Das BMG geht legt in seinem Positionspapier noch weitere Schwerpunkte im Bereich der Bedarfsplanung / Zulassung:

Forderung BMG	Stellungnahme KVBW
<p><u>1. Anpassung der Verhältniszahlen</u> <i>Die Anpassung der Verhältniszahlen soll künftig allein nach den in § 101 Abs. 2 Satz 1 SGB V genannten sachgerechten Kriterien und nicht mehr stichtagsbezogen erfolgen.</i></p> <p><u>2. Gesetzliche Verankerung der Berücksichtigung von Demografie</u> <i>Dem G-BA sollte gesetzlich ausdrücklich aufgegeben werden, bei der Anpassung der Verhältniszahlen die demografische Entwicklung zu berücksichtigen.</i></p> <p><u>3. Einbeziehung von Krankenhausärzten, die an der ambulanten Versorgung teilnehmen, in die Bedarfsplanung</u> <i>Ziel ist es, möglichst alle an der ambulanten Versorgung der Versicherten teilnehmenden Ärzte in der Bedarfsplanung zu erfassen. Es sollen daher – soweit vergleichbar – auch die in Krankenhäusern oder ähnlichen Einrichtungen (z.B. psychiatrische Institutsambulanzen und sozialpädiatrische Zentren) tätigen Ärzte in die Ist-Analyse aufgenommen werden.</i></p> <p><u>4. Erweiterung der Möglichkeit zur Erteilung von Sonderbedarfszulassungen</u> <i>Der Auftrag an den G-BA, in der Bedarfsplanungsrichtlinie eine Bestimmung</i></p>	<p>Deutlich erkennbar ist, dass das BMG in seinem Positionspapier eine andere Intention verfolgt. Hier geht es stärker um eine Flexibilisierung der Bedarfsplanung und eine stärkere Einbeziehung der Länder in die Gremien und die Entscheidungen. Wenn man an der Bedarfsplanung festhält, warnen wir davor, einen positiven Effekt davon in Bezug auf die Versorgung zu erwarten, weil die Bedarfsplanung hier nicht das Hindernis darstellt. Uns fehlen derzeit schlicht die Ärzte.</p> <p>Die Einbeziehung eines demografischen Faktors (Position 2.) ist heute bereits in der Bedarfsplanungsrichtlinie verankert. Allerdings muss bei der Ausweisung neuer Arztsitze vor dem Hintergrund einer budgetierten Gesamtvergütung pro Fachgruppe auch das Budget kassenseitig erhöht werden, wenn zusätzliche Sitze ausgewiesen werden. Die Folge wäre sonst ein Abfall der Regelleistungsvolumina aller anderen Ärzte der jeweiligen Fachgruppe, was die KVBW strikt ablehnt.</p> <p>Der Einbeziehung der Krankenhausärzte gem. Position 3. kann nur zugestimmt werden, wenn die tatsächliche Arbeits-</p>

über Vorgaben für die ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze zu treffen (sog. Sonderbedarfszulassungen), wird erweitert und sprachlich präziser gefasst, um zu verdeutlichen, dass sowohl räumlich ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf als auch für bestimmte Leistungsbereiche ein qualifikationsbezogener Sonderbedarf in Frage kommt. Hierdurch wird die Sonderbedarfszulassung als Instrument zur Feinsteuerung der Versorgungssituation funktionstüchtig auszugestalten. Die Umsetzung erfolgt auf der Ebene der Zulassungsausschüsse (Länderebene).

5. Anpassung der gesetzlichen Vorgaben zur Auswahl des Praxisnachfolgers

Da bislang bei der Entscheidung über die Nachbesetzung einer Vertragsarztpraxis Versorgungsgesichtspunkte nur eine untergeordnete Rolle spielen, erhalten die Zulassungsausschüsse künftig den Auftrag, solche Bewerber besonders zu berücksichtigen, die bereit sind, besondere Versorgungsbedürfnisse zu erfüllen (z.B. könnten solche Bewerber bevorzugt werden, die bereit sind, sich neben der Tätigkeit im übertersorgten Gebiet an der Versorgung in nahegelegenen schlecht versorgten Gebieten zu beteiligen, oder bestimmte Teile des Leistungsspektrums der betreffenden Facharztgruppe anzubieten).

6. Gleichstellung von Lebenspartnern

Gleichstellung von (eingetragenen) Lebenspartnern mit Ehegatten bei der Nachbesetzung von ausgeschriebenen Vertragsarztsitzen (§ 103 Abs. 4 SGB V)

7. Anpassung der Regelung zur Verlegung eines Vertragsarztsitzes

Es wird klargestellt, dass die Verlegung eines Vertragsarztsitzes nur dann genehmigt werden kann, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung nicht entgegenstehen. Gleichzeitig wird die bis-

leistung von Krankenhausärzten in der ambulanten Versorgung definiert wird und insbesondere auch der Umfang der spezialärztlichen Versorgung im Rahmen der Bedarfsplanung festgelegt wird. Für den fachärztlichen und hausärztlichen Bereich ist dies darüberhinaus nur möglich, wenn die entsprechende Fachärztliche Qualifikation oder die Zulassung als Facharzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt für Innere Medizin (hausärztlicher Versorgungsbereich) vorliegt.

Der verstärkten Erteilung von Sonderbedarfszulassungen (**Pos. 4.**) kann die KVBW zustimmen, soweit hier nachweislich der Versorgungsumfang verbessert wird und die Kosten dieser Verbesserung von den Kostenträgern bezahlt werden und nicht, wie bislang, von den ausführenden Leistungsträgern.

Die KVBW lehnt die Forderung zu **Pos. 5.** nach einer Änderung der Bestimmungen für die Bestimmung eines Praxisnachfolgers entschieden ab. Die Umsetzung hätte eine völlig intransparente, bürokratisch monströse Entscheidungsfindung zur Folge, die letztendlich zu einer weiteren „Enteignung“ der Praxen führen würde. Es ist völlig unklar, wie die angeführten Auswahlkriterien definiert werden sollen oder auch über den zeitlichen Verlauf der Niederlassung kontrolliert bzw. angepasst werden können.

Es ist zu begrüßen, wenn bei die Verlegung von Arztsitzen wie bisher nur noch dann erfolgen darf, wenn dadurch keine lokalen Versorgungsengpässe entstehen und Arztsitze in der Peripherie nicht mehr durch Krankenhäuser aufgekauft werden können.

Die KVBW setzt sich für eine Erleichterung der Anstellungsmöglichkeiten in den Praxen von Ärzten und Psychotherapeuten ein, indem bei bereits festgelegten Obergrenzen der Zulassungsausschuss nicht mehr genehmigen muss, sondern von der veränderten Einstellung informiert wird. Zeitabläufe beim Zulassungs-

<p><i>lang für MVZ geltende Ausnahmeregelung (§ 103 Abs. 4a Satz 2 SGB V) entsprechend angepasst: Auch für MVZ gilt dann, dass die Sitzverlegung eines übernommenen Vertragsarztsitzes in das MVZ nur dann möglich ist, wenn Versorgungsgesichtspunkte nicht entgegenstehen.</i></p>	<p>ausschuss und hohe Kosten erschweren eine zeitnahe Sicherstellung bei einem Angestelltenwechsel.</p>
--	---

II. Einheitliche Rahmenbedingungen

In dem Positionspapier der CDU/CSU wird eine Gleichbehandlung im ambulanten Bereich gefordert, in dem sowohl niedergelassene Ärzte als auch der stationäre Bereich tätig sind. Hierin liegt schon lange eine Forderung der Ärzteschaft.

2.1 Einheitliche Qualitätskriterien

<p>Forderung CDU/CSU</p>	<p>Stellungnahme KVBW</p>
<p>Einheitliche Qualitätskriterien für die Erbringung solcher Leistungen. Das umfasst eine Regelung, dass auch am Krankenhaus grundsätzlich jeder Arzt die für niedergelassene Ärzte geltende Mindestmenge erfüllen muss; dabei sind die Operationen, die ein Arzt im Rahmen von Aus- und Weiterbildung beaufsichtigt, zu berücksichtigen. Jedenfalls muss die nötige Facharztkompetenz sowie entsprechend qualifiziertes Personal ausreichend und dauerhaft verfügbar sein. Grundsätzlich gilt dabei, dass Mindestmengen nur in den Bereichen als Qualitätsindikator gewählt werden sollen, in denen die entsprechende Korrelation von Menge und Qualität wissenschaftlich belegt ist. Zudem braucht es in diesen Bereichen ein einheitliches, abgestimmtes Mindestmengenregime für niedergelassene Ärzte und ambulant tätige Krankenhäuser.</p>	<p>Die KVBW unterstützt diese Forderung.</p>

2.2 Einheitliche pauschalierte Vergütung

<p>Forderung CDU/CSU</p>	<p>Stellungnahme KVBW</p>
<p>Die Einführung einer einheitlichen pauschalierten Vergütung für ärztliche Leistungen, die sowohl im niedergelassenen Bereich als auch am Krankenhaus er-</p>	<p>Auch hier gibt es eine lange Tradition als Forderung der Ärzteschaft. Wir unterstützen sehr eine Forderung, wonach es eine einheitliche Vergütung im ambulanten</p>

<p>bracht werden können. Dies gilt insbesondere für die Leistungen nach den §§ 115b (ambulantes Operieren) und 116b SGB V. Die vor- und nachoperativen ambulanten Leistungen sollten Bestandteil der Pauschale sein.</p>	<p>ten wie stationären Bereich für ambulante Leistungen gibt. Grundsätzlich ist jedoch festzustellen, dass für eine sachadäquate Versorgung der Versicherten in Zeiten des Ärztemangels sich eher eine nicht in derzeitigem Umfang mengenbegrenzte Pauschalvergütung, sondern sich eine an Einzelleistungen orientierte GOÄ analoge Vergütungsform anbietet. Pauschalierte Vergütung bedeutet stetige Deckelung und floatende Einkommen und somit fehlende Planungssicherheit, die den Hauptgrund nicht mehr stattfindender Niederlassung darstellt.</p>
--	--

2.3 Spezial- / fachärztliche Versorgung

<p>Forderung CDU/CSU + BMG</p>	<p>Stellungnahme KVBW</p>
<p>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.</p> <p>Das BMG hat in seinem Positionspapier einen eigenen Vorschlag zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung unterbreitet. Das BMG schlägt hier die Schaffung einer weiteren Versorgungsebene für hochspezialisierte fachärztliche Leistungen im ambulant-stationären Bereich neben der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung vor. Hierbei handelt es sich um Leistungen bei Krankheiten mit „besonderes schweren Verläufen“. Darüber hinaus ist eine Eingliederung von Teilen des ambulanten Operierens (§ 115b SGB V) in diese neue Leistungsebene vorgesehen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es gilt keine Bedarfsplanung • Der stationäre und ambulante be- 	<p>Eine Notwendigkeit, die sogenannte spezialärztliche-/fachärztliche Versorgung ausschließlich in die Obhut „selektivvertragliche Vereinbarung“ zu stellen, besteht nicht. Die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen sind bisher und in der Zukunft sehr wohl fähig, zum einen die Leistungen der spezialärztlichen Versorgung zu erbringen, die KVen, ihre Vergütung und insbesondere den Zugang zu dieser spezialärztlichen Versorgung zu regeln.</p> <p>Aus Sicht der KVBW ist eine Änderung des § 116b SGB V und damit eine neue Leistungsebene für die sogenannte spezialärztliche Versorgung nicht erforderlich. Bereits heute gibt es in Baden-Württemberg eine gut funktionierende Struktur aus niedergelassenen Ärzten und dem stationären Bereich zur Behandlung der Patienten mit Krankheiten, die in den Bereich dieser Versorgung (z.B. metastasierendes Prostata Karzinom) fallen.</p> <p>Gleichwohl sieht die KVBW, dass die Ausgangssituation in diesem Bereich in anderen Bundesländern anders ist. Um dem Rechnung zu tragen, müssen aus</p>

<p>reich können gleich berechtigt diese Leistungen anbieten und erbringen („Wer will, der kann“)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Vergütungsbedingungen und Qualitätsvoraussetzungen werden angeglichen <p>Der neue Leistungsbereich wird durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben durch Richtlinien festgelegt.</p>	<p>Sicht der KVBW bei einer Neuregelung allerdings folgende Punkte berücksichtigt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Um keine teuren Doppelstrukturen aufzubauen und die bereits bestehenden Strukturen nicht zu gefährden, darf es keinen freien Zugang der Kliniken zu diesem Versorgungsbereich geben. Nötig ist vielmehr eine Berücksichtigung der vorhandenen Strukturen oder zumindest ein Überweisungsvorbehalt von Fachärzten und künftig auch von Hausärzten, wozu die entsprechende gesetzliche Regelung geschaffen werden muss. • Die fachärztliche Kompetenz der Niedergelassenen wird durch die persönliche Ermächtigung der Krankenhausärzte ergänzt, die die Möglichkeit bekommen sollen, am Ort ihrer Leistungserbringung (Krankenhaus) auch sekundärdiagnostische und therapeutische Maßnahmen im Zusammenhang mit der Grunderkrankung zu erbringen oder zu veranlassen, z.B. peritherapeutische bildgebende Diagnostik. Die Ermächtigung ist je nach regionaler Notwendigkeit auszugestalten. • Erarbeitet werden muss ein konkreter Leistungskatalog und eine klare Abgrenzung der Diagnosen und Krankheitsbilder, die unter die spezialärztliche Versorgung fallen, wobei die regionalen Gegebenheiten zu berücksichtigen sind. Auch hier sind in erster Linie die regionalen Vertragspartner gefordert, der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat lediglich eine Zuständigkeit für einzelne Rahmenbedingungen. • Bei diesen Leistungen muss es eine gleiche Vergütungsstruktur zwischen ambulantem und stationärem Bereich geben ohne Budgetierung und Mengenbegrenzung. Dabei sind die Investitionskosten des Krankenhauses zu berücksichtigen. Je nach
---	---

	<p>Krankheitsbild muss es Pauschalen geben, die ausschließlich abgerechnet werden dürfen (keine Nebenabrechnung von EBM-Ziffern). Die Investitionskosten können anteilig auf die Pauschalen angerechnet werden.</p> <p>Bezüglich des ambulanten und belegärztlichen Operierens spiegelt die Weiterbildungsordnung bereits heute die Kompetenzen wider, die zur Erbringung der Leistungen nach § 115 b SGB V, Kapitel 31 und 36 EBM erforderlich sind.</p>
--	---

III. Abbau von Überversorgung und Fehlsteuerung

Die KVBW wendet sich entschieden gegen den Begriff der Überversorgung, der sich aus einer veralteten Bedarfsplanung ergibt. Nach der Einbeziehung des demografischen Faktors in die Bedarfsplanung kann im hausärztlichen Bereich auch formal nicht mehr von Überversorgung gesprochen werden. Und im fachärztlichen Bereich gibt es auch in den Gebieten, in denen heute laut Bedarfsplanung eine Überversorgung festgestellt ist, schon häufig lange Wartezeiten für Patienten.

3.1 Aufkauf von Praxen

Forderung CDU/CSU + BMG	Stellungnahme KVBW
<p>die bestehenden gesetzlichen Möglichkeiten zum Aufkauf 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.</p> <p><u>Förderung des Verzichts auf Zulassungen in überversorgten Gebieten</u> Um Überversorgung abzubauen, wird die nach § 105 Abs. 3 SGB V bestehende Möglichkeit der KVen, in überversorgten Gebieten den freiwilligen Verzicht auf die Zulassung als Vertragsarzt finanziell zu fördern, erweitert. Hierzu wird die bisherige Beschränkung der Förderung auf</p>	<p>Nach den Vorstellungen der Autoren des CDU/CSU-Positionspapiers sollen die KVen künftig Praxen in überversorgten Gebieten aufkaufen können. Dies geht einher mit der Einschränkung des Rechts eines Arztes, seine Praxis an einen Nachfolger zur Weiterführung zu übergeben. In eine ähnliche Richtung geht das BMG, auch hier sollen in überversorgten Gebieten Praxen geschlossen werden, allerdings auf freiwilliger Basis.</p> <p>Die KVBW lehnt beide Forderungen kategorisch ab. Angesichts des Ärztemangels besonders bei den Hausärzten ergibt diese Forderung in diesem Bereich ohnehin keinen Sinn. Auch in den nach der Bedarfsplanung im fachärztlichen Bereich überversorgten Gebieten gibt es teilweise erhebliche Wartezeiten in den Praxen. Eine Reduzierung der Fachärzte aus planerisch-formalen Gründen würde die Versorgung weiter verschlechtern.</p>

Ärzte, die mindestens 62 sind, aufgehoben. Diese Maßnahmen sind wie bisher allein aus Mitteln der KVen zu finanzieren.

Es ist schlecht vorstellbar, wie dies in der Praxis ablaufen soll. Es würde zu erheblichen Ungerechtigkeiten führen. So könnte etwa die KV verpflichtet werden, eine Praxis abzulösen, wodurch dann der Bezirk wieder für Neuzulassungen offen wird und der nächste Arzt, der seine Praxis abgeben möchte, aber keinen Nachfolger findet, leer ausgeht. Es ist auch kaum denkbar einem Arzt gesetzlich verbieten zu wollen, seine gut gehende und seit vielen Jahren eingeführte Praxis an seinen Sohn oder seine Tochter zu übergeben, die genau vor diesem Hintergrund das Medizinstudium und die entsprechende Facharztausbildung absolviert haben. Hinzu kommt: Der Aufkauf einer Praxis durch die KV könnte nur aus der Gesamtvergütung bezahlt werden. Eine solche Maßnahme würde insgesamt die Notwendigkeit einer ungeheuren bürokratischen Regulierung nach sich ziehen, die der Attraktivität des Berufes abträglich wäre.

Der Aufkauf von Praxen soll in sogenannten „überversorgten Gebieten“ erfolgen, wobei der Begriff Überversorgung an der heutigen, erkennbar veralteten Bedarfsplanung orientiert ist. Überversorgte Gebiete sind in der Regel heute die städtischen Ballungszentren. Aber auch in diesen überversorgten Gebieten bestehen oft Wartezeiten bei Fachärzten von sechs Wochen und darüber hinaus, sodass dass die Vorstellung, diese Praxen zu schließen, zu einer **deutlichen Verschlechterung fachärztlicher Versorgung** zwangsweise führen muss.

Auch ist das Problem der Pendlerproblematik in die Großstädte und die Inanspruchnahme haus- und fachärztlicher Kompetenz und die der Psychotherapeuten durch Pendler in keiner Weise im vorliegenden Papier geregelt. Alleine in die Landeshauptstadt Stuttgart pendeln täglich 211.000 Personen, Beamte und Selbstständige nicht berücksichtigt.

	<p>Sich auf der einen Seite über die nicht ausreichende Verfügbarkeit von Facharztterminen zu beklagen, auf der anderen Seite die Schließung von Facharztpraxen zu fordern, ist ein Widerspruch in sich.</p>
--	--

3.2 Sicherstellungszuschläge

Forderung CDU/CSU	Stellungnahme KVBW
<p>3.2 <u>Sicherstellungszuschläge</u> die finanzielle Steuerung des ärztlichen Niederlassungsverhaltens eine praktische gesetzliche Grundlage erhält (Stichwort: Sicherstellungszuschläge) und dann tatsächlich konsequent umgesetzt wird (vgl. den früheren § 87 Abs. 2 SGB V).</p>	<p>Die angedachten Sicherstellungszuschläge gemäß § 87 ff SGB V verschlechtern die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der Ausübung ärztlicher Tätigkeit in Bereichen der „Überversorgung“, um sie in den Bereichen der Unterversorgung zu verbessern.</p> <p>Die KVBW lehnt dies kategorisch ab, da eine Schwächung der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen in den Praxen in überversorgten Gebieten zu einer schlechteren Versorgung der durch diese Praxen behandelten Patienten führen muss, dies auch unter Würdigung der Tatsache, dass auch in den Ballungsgebieten (Überversorgung) Praxen nicht mehr allein von der GKV-Umsätzen in der Regel existieren können. Auch das BMG will nach seinem Papier künftig ausdrücklich darauf verzichten.</p> <p>Vielmehr ist eine außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung zu erfolgende finanzielle Besserstellung der ärztlichen Niederlassung in strukturschwachen Bereichen als Lösung anzudenken.</p>

3.3 Zeitlich befristete Zulassung

Forderung CDU/CSU	Stellungnahme KVBW
<p>die zeitlich befristete Zulassung in Ergänzung der lebenslangen Zulassung unter Berücksichtigung des Bestandschutzes möglich wird, insbesondere für überversorgte Regionen. Umgekehrt könnten Zulassungen für unterversorgte Gebiete mit dem Anspruch verbunden werden, nach einer Zeit von mindestens</p>	<p>Auch hier kann sich die KVBW der Forderung nicht anschließen. Ein Arzt, der sich niederlässt, trifft eine Lebensentscheidung, die von ihm ein hohes finanzielles und persönliches Engagement erfordert. Die Refinanzierung der Infrastruktur benötigt ein hohes Maß an Planungssicherheit, auch für das persönl-</p>

<p>fünf Jahren in einen eigentlich gesperrten Bezirk wechseln zu können. Damit wird die Entscheidung zur Niederlassung in einer unterversorgten Region nicht wie bisher zu einer unabänderlichen Lebensentscheidung.</p>	<p>che Umfeld wäre eine zeitlich befristete Zulassung nicht tragbar.</p>
--	--

In seinem Kapitel „Ausbau der Instrumente zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung“ bestimmt das BMG eine Reihe von weiteren Positionen:

<p>Forderung BMG</p>	<p>Stellungnahme KVBW</p>
<p><u>1. Weiterentwicklung der Regelungen zur Steuerung des Niederlassungsverhaltens von Vertragsärzten über Vergütungsanreize</u> Die regionalen Vertragspartner erhalten die Option, Preiszuschläge für Leistungen von besonders förderungswürdigen Leistungserbringern, die in strukturschwachen Gebieten tätig sind (z.B. mit höherer Versorgungsqualität) zu vereinbaren.</p> <p><u>2. Möglichkeit zur Ermächtigung von Ärzten, die in Reha-Einrichtungen tätig sind</u> Die nach geltendem Recht bestehende Möglichkeit, bei entsprechendem Versorgungsbedarf Krankenhausärzte zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zu ermächtigen, wird um die Möglichkeit zur Ermächtigung von Ärzten, die in Reha-Einrichtungen tätig sind, erweitert.</p> <p><u>3. Ermächtigung von Krankenhäusern bei lokalem Versorgungsbedarf</u> Krankenhäuser sollen künftig nicht nur zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt werden können, wenn der Landesausschuss Unterversorgung festgestellt hat, sondern auch, wenn der Landesausschuss für das Gebiet, in dem das Krankenhaus liegt, einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf festgestellt hat.</p> <p><u>4. Verbesserung der Rechtsgrundlagen für den Betrieb von Eigeneinrichtungen durch Kassenärztliche Vereinigungen</u> Bereits das geltende Recht gibt den</p>	<p>Die KVBW stimmt mit den hier vorgeschlagenen Regelungen überein. Bei der Einbeziehung der Ärzte aus Reha-Einrichtungen (Pos. 2.), die heute bereits praktiziert wird, muss jedoch die Facharztqualifikation vorhanden sein. Besonders positiv wird vermerkt, dass das BMG auf die Erhebung von Sicherstellungszu- und abschlägen verzichtet. In Bezug auf die Einbeziehung der Krankenhausärzte wird auf die Ausführungen auf Seite 11 verwiesen.</p>

<p>KVen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung die Möglichkeit zum Betreiben von Einrichtungen, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten dienen. Es wird klargestellt, dass die in diesen Eigeneinrichtungen (dies können Einzel- oder Gemeinschaftspraxen oder auch Ärztezentren sein) erbrachten ärztlichen Leistungen aus der Gesamtvergütung und nicht aus den Verwaltungskosten der KVen vergütet werden.</p> <p><u>5. Möglichkeit zum Betrieb von Eigeneinrichtungen durch Dritte</u></p> <p>Sofern sich in unterversorgten Gebieten kein niederlassungswilliger Arzt findet und auch die KV die Versorgung durch z.B. die Errichtung einer Eigeneinrichtung nicht sicherstellt (Subsidiaritätsgrundsatz), erhalten kommunale Träger (Städte, Gemeinden, Landkreise) die Möglichkeit zur Errichtung einer Eigeneinrichtung.</p>	
--	--

IV. Kooperationen mit den Krankenhäusern

4.1 Ausweitung der Tätigkeit von niedergelassenen Ärzten im stationären Bereich

Forderung CDU/CSU	Stellungnahme KVBW
<p><u>4.1 Ausweitung der Tätigkeit von niedergelassenen Ärzten im stationären Bereich</u></p> <p>Die Beschränkung der Mitarbeit von niedergelassenen Ärzten in Krankenhäusern auf 13 Stunden pro Woche ist flexibler zu gestalten.</p>	<p>Zustimmung der KVBW</p>

4.2 Belegarztwesen

Forderung CDU/CSU	Stellungnahme KVBW
<p>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</p>	<p>Das Belegarztwesen hat zu einer Reduzierung der Kosten von stationären Behandlungen geführt und ist daher weiter auszubauen, sowohl in der Stadt als auch auf dem Land, da die wirtschaftlichen Vorteile belegärztlicher Tätigkeit</p>

<p>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</p>	<p>auch auf städtische Planungsbereiche anzuwenden sind.</p>
--	--

4.3 Entlassmanagement

Forderung CDU/CSU	Stellungnahme KVBW
<p>Eine Verbesserung des Entlassmanagements nach einer Krankenhaus- oder Rehabehandlung. 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.</p>	<p>Selbstverständlich setzt sich die KVBW für eine Verbesserung des Entlassmanagements der Krankenhäuser und eine bessere Koordination von nachstationärer und ambulanter Behandlung ein. An der Alltagsrealität vorbei geht die Forderung, dass die Krankenhäuser verstärkt ambulante nach-stationäre Behandlungen durchführen sollen. Krankenhäuser sind primär für die Versorgung der Schwermorbidität zuständig. Unter Berücksichtigung des auch an den Krankenhäusern vorhandenen sogenannten Ärztemangels sind sie auch personell nicht in der Lage poststationäre Behandlung durchzuführen, auch hier die Tatsache berücksichtigend, dass die identische Tätigkeit (nach stationärer Behandlung) durch selbstständige freiberufliche Strukturen der niedergelassenen finanziell günstiger zu erbringen ist, als durch angestellte Strukturen. Bereits heute geben die Fallpauschalen (die DRGs) nach Wunsch des Gesetzgebers dem Krankenhaus die Möglichkeit, die ambulante Nachbetreuung stationär behandelter Patienten für 14 Tage selbst zu übernehmen. Dies findet jedoch nicht statt, weil Krankenhäuser hierfür keine personellen Strukturen besitzen und desweiteren die für die ambulante Nachbetreuung in den DRGs vorgesehenen und bereits heute ausbezahlten Finanzanteile nicht ausreichend sind, die ambulante Behandlung zu übernehmen. Die Krankenhäuser</p>

	<p>schieben die Patienten daher viel lieber an die niedergelassenen Ärzte ab, die dies über ihr Regelleistungsvolumen (RLV) jedoch nicht vergütet bekommen. Wenn der Patient heute in ein Loch nach der stationären Entlassung fällt, dann fällt er in das Loch der Nichtbezahlbarkeit seiner Nachversorgung. Die niedergelassenen Haus- und Fachärzte sind sehr wohl in der Lage die nachstationäre Betreuung der Patienten zu übernehmen, und sie tun dies heute. Gäbe es eine Nachbehandlungspauschale für ambulant-niedergelassene Ärzte nach stationärer Entlassung, wäre diese Versorgungsform heute optimiert.</p> <p>Niedergelassene Ärzte organisieren die poststationäre Behandlung deswegen hervorragend, da allein sie es sind, die eine Kenntnis des persönlichen Umfelds des Patienten auch unter Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten, wie Verfügbarkeit von Pflegediensten, Krankengymnasten etc. haben, und im Gegensatz zum Krankenhaus auch in der Lage sind Hausbesuche durchzuführen.</p> <p>Das Krankenhaus vermehrt an der poststationären Behandlung zu beteiligen, bedingt den Aufbau von Doppelstrukturen, die heute schon beklagt werden.</p> <p>Vielmehr fordert die KVBW, dass der niedergelassene Arzt in Ergänzung zu §115 a SGB V die Möglichkeit haben soll, vor- und nachstationäre Leistungen im Auftrag des Krankenhauses zu erbringen und dafür vom Krankenhaus vergütet wird. Die KVBW hat dazu einen Vorschlag zur Änderung des §115 SGB V erarbeitet, der in der Anlage (Seite 65) enthalten ist.</p>
--	--

V. MVZ und Arztstationen

In den Positionen des BMG sind Teile des CDU/CSU-Papiers deckungsgleich enthalten.

5.1 MVZ in ärztlicher Hand

Forderung CDU/CSU + BMG	Stellungnahme KVBW
<p>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.</p> <p>...der ärztliche Leiter selbst im MVZ tätig sein muss, um sicherzustellen, dass er tatsächlich Einwirkungsmöglichkeiten auf die Abläufe im MVZ hat</p>	<p>Zustimmung der KVBW zur Forderung, dass die Leitung rechtlich wie praktisch in ärztlicher bzw. psychotherapeutischer Hand liegen muss. Wichtig ist aus Sicht der KVBW, dass die Versorgung der Patienten nicht unter das Diktat der Renditeoptimierung gestellt werden darf. Wir stehen nach wie vor zum niedergelassenen, weisungsungebundenen Arzt.</p> <p>Die KVBW kann sich der Forderung des BMG anschließen, wobei die obligate Arbeitszeit des ärztlichen Leiters seinen Zulassungsumfang nach Bundesmantelvertrag zu entsprechen hat (keine ärztliche Scheintätigkeit!).</p> <p>Eine Quersubventionierung von MVZ z.B. durch Kliniken oder Unternehmensgruppen lehnt die KVBW ab. Die einzelnen MVZ müssen selbstständig kostendeckend arbeiten. Bei einer Unterdeckung ist den MVZ die Kassenzulassung zu entziehen. Der Nachweis der Kostendeckung ist durch Vorlage einer steuerlich relevanten Gewinn- und Verlustrechnung zu erbringen.</p> <p>Ergänzend ist zu fordern, dass es entgegen der bisherigen gesetzlichen Regelung künftig auch rein hausärztliche MVZ zulässig sind. Insbesondere in ländlichen Regionen mit lückenhafter fachärztlicher Versorgung können so die organisatorischen Vorteile eines MVZ für Hausärzte genutzt werden. Damit besteht auch die Möglichkeit, innerhalb dieser hausärztlichen MVZ in Kooperation mit entfernt tätigen Fachärzten nach Bedarf spezialärztliche Sprechstunden anzubieten und damit die Grundversorgung der regionalen Bevölkerung sicherzustellen.</p>

5.2 Rechtsform

Forderung CDU/CSU	Stellungnahme KVBW
<p>Die Rechtsform für MVZ wird auf Personengesellschaften und GmbHs beschränkt, alle anderen Rechtsformen (AG etc.) werden ausgeschlossen. Eine Trägerschaft von MVZ durch Pflegeeinrichtungen ist zu prüfen.</p>	<p>Zustimmung der KVBW</p>

5.3 Aufkauf von Arztsitzen durch MVZ

Forderung CDU/CSU	Stellungnahme KVBW
<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<p>Der Aufkauf von Arztsitzen durch MVZ sorgt bereits heute für erheblichen Unmut in den einzelnen Orten und führt zu einer Zentralisierung der Versorgung und damit teilweise zu einer lokalen Unterversorgung. Die Politik muss sich darüber im Klaren sein, dass hier eine Bewegung stattfindet, die eine Abkehr von der flächendeckenden Versorgung bedeutet. Da die MVZ häufig durch die Kliniken quersubventioniert werden, werden für Praxissitze teilweise Mondpreise geboten, die die Übernahme durch einen Nachfolger vor Ort unmöglich machen, und daher regionale Unterversorgung provozieren.</p>

5.4 Mobile Arztstationen

Forderung CDU/CSU	Stellungnahme KVBW
<p>(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</p>	<p>Die KVBW unterstützt eine Flexibilisierung des Niederlassungsrechts für Ärzte. So kann es, um künftige Versorgungslücken zu vermeiden, durchaus sinnvoll sein, mobile Ärzte zu haben, die in kleinen Gemeinden die Versorgung sicherstellen. Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz hat hier wichtige Flexibilisierungen geschaffen, die durchaus weiter ausgebaut werden können. Nebenbetriebsstätten (Filialpraxen) stellen aber</p>

<p>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.</p>	<p>eine bessere Alternative dar.</p>
--	--------------------------------------

VI. Förderung der Attraktivität des Arztberufes

6.1 Abschaffung der Richtgrößenprüfung

Forderung CDU/CSU	Stellungnahme KVBW
<p>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.</p>	<p>Völlige Übereinstimmung mit den Positionen der KVBW. Die Richtgrößenprüfungen nach heutigem Muster sind leistungsfeindlich und schaffen ein Klima der Angst unter den Ärzten. Das Berufsmonitoring der KBV hat unmissverständlich aufgezeigt, dass der Regressdruck einer der wichtigsten Hinderungsgründe für die jungen Mediziner ist, sich niederzulassen. Zudem hat sich gezeigt, dass Kosten und bürokratischer Aufwand für die Prüfung einschließlich möglicher Klagen in keinem Verhältnis zur Regresssumme stehen.</p>

6.2 Wirtschaftlichkeitsprüfung

Forderung CDU/CSU	Stellungnahme KVBW
<p>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.</p>	<p>Zustimmung der KVBW</p>

6.3 Abschaffung Mengensteuerung in unterversorgten Gebieten

Forderung CDU/CSU + BMG	Stellungnahme KVBW
<p>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.</p> <p>Alle Leistungen der Ärzte, die in strukturschwachen Gebieten (insbesondere in Gebieten mit festgestellter Unterversorgung oder zusätzlichem lokalen Versorgungsbedarf) tätig sind, werden grundsätzlich von der Abstufung ausgenommen.</p>	<p>Wir unterstützen sehr eine Abschaffung der Mengensteuerung, sehen aber eine alleinige Anwendung auf unterversorgte Gebiete i. S. der Bedarfsplanung kritisch. Die Honorarsystematik ist heute bereits ausgesprochen kompliziert und intransparent. Der Umfang der Budgets ist zwischen den Verhandlungspartnern auf regionaler Basis auszuhandeln für alle Beteiligten.</p> <p>Es ist ärztlicherseits nicht nachzuvollziehen, wenn an den Grenzen von ausreichend zu unterversorgten Planungsbereichen bei nur teilweise wenigen Kilometern Entfernung voneinander völlig unterschiedliche Vergütungsstrukturen gelten.</p> <p>Ausnahmen der Mengensteuerung sind ein Weg der Attraktivitätssteigerung ärztlichen Tuns in Bereichen der Minderversorgung, Ausnahmen von der sogenannten Fallzahlabstufung und zusätzlich sogenannte nicht MGV-finanzierte „Infrastrukturpauschale landärztliche Versorgung“ ein anderer. Diese Zusatzpauschalen müssen für einen Zeitraum zur Verfügung gestellt werden, der Planungssicherheit unter Berücksichtigung der Investitionskosten gibt, in der Regel zehn Jahre und darüber hinaus.</p> <p>Zur Finanzierung stellen die KVen dafür die Mittel bereit, die auf Basis des Jahres 2008 für die Versorgung in diesem lokalen Bereich zur Verfügung gestanden sind (kleinräumige Honorarverteilung). Falls dafür weitere Mittel erforderlich sind, müssen diese von den Kostenträgern und Ländern als Strukturverbessernde Maßnahme eingestellt werden.</p> <p>Die zeitgebundene Mengensteuerung (Kapazitätsgrenze) für Psychotherapeuten muss wegfallen.</p> <p>Bei den Fachärzten muss die Menge der fachärztlichen Leistungen definiert werden und muss für die ermächtigten Fachärzte im Krankenhaus gleichermaßen gelten wie im niedergelassenen Bereich.</p>

VII. Nachwuchsförderung

Die Positionen des BMG sind im Wesentlichen deckungsgleich

7.1 Landarztquote

Forderung CDU/CSU	Stellungnahme KVBW
<p>Eine wirksame Vorabquote von fünf Prozent für Studenten, die sich bereit erklären, nach dem Studium für mindestens 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.</p>	<p>Eine Vorabquote von fünf Prozent der Studenten, die sich bereit erklären, nach dem Studium für fünf Jahre in einem Gebiet mit (drohender) Unterversorgung zu arbeiten, ist aus Sicht der KVBW realitätsfern. Einen Abiturienten bereits zu Beginn seines Studiums, wo sich das konkrete berufliche Interesse erst herausbilden muss, in eine Richtung zu verpflichten, ist weder sinnvoll noch durchführbar. Auch ist es einem Arzt nicht zuzumuten, die Investitionen für eine Praxis für eine Dauer von fünf Jahren zu schultern. Und schließlich wäre es Frauen gegenüber schlichtweg diskriminierend, vor dem Hintergrund von Familienplanung eine Tätigkeit vorzuschreiben. Gleichwohl wäre es durchaus denkbar, finanzielle Unterstützung für das Studium in Form von Stipendien u. ä. anzubieten.</p>

7.2 Weitere Maßnahmen

Forderung CDU/CSU	Stellungnahme KVBW
<ul style="list-style-type: none"> • 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 angemessenen 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 	<p>Sowohl die bessere Förderung der Allgemeinmedizin als auch eine Reform des Studiums, eine Imagekampagne und Weiterbildungsverbände werden von der KVBW unterstützt und bereits in Baden-Württemberg von der KVBW umgesetzt. Das gleiche gilt für die Forderung, die Auswahlkriterien der Studenten zu reformieren und stärker auch an praktische Erfahrung zu knüpfen. Allerdings sollte der wissenschaftliche Standard des Medizinstudiums nicht verringert werden.</p>

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.

- in einer von den Beteiligten gemeinsam getragenen Informations- und Imagekampagne für die (haus-)ärztliche Tätigkeit im ländlichen Raum zu werben: „Mehr Ärzte aufs Land“.
- eine Reform des zum Teil zu stark an den Erfordernissen der akademischen Medizin 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 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.

<ul style="list-style-type: none"> 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

8.1 Ausgestaltung der Regelleistungsvolumina

Forderung CDU/CSU	Stellungnahme KVBW
<p>Die Regelleistungsvolumina (RLV) so auszugestalten, dass die medizinische Grundversorgung der Patienten in der Facharztgruppe damit ausreichend finanziert ist.</p>	<p>Grundsätzlich muss die Basisversorgung derzeit Regelversorgung genannt, dauerhaft so honoriert werden, dass auch die Basisversorgung der Patienten im Facharztbereich nach betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten mit einer angemessenen Gewinnerzielung erbracht werden kann. Eine Querfinanzierung durch Leistungen aus PKV- / BG- / IGEL-Bereich etc. ist abzulehnen.</p>

8.2 Extrabudgetäre Leistungen

Forderung CDU/CSU	Stellungnahme KVBW
<p>dass die RLV nicht durch extrabudgetäre Leistungsabrechnung gemindert werden – sie müssen eine verlässliche und planbare Größe für den Arzt darstellen.</p>	<p>Die konstante Änderung in der Honorarverteilungssystematik, etwa die Herausnahme von Leistungen wie die Besuchsregelung, die die Höhe der Regelleistungsvolumina bestimmt, ist eine der Hauptursachen für die fehlende Planungssicherheit der Ärzte. Folgerichtig muss dies geändert werden und eine Konstanz in das System gebracht werden.</p>

8.3 Aufhebung der Pauschalierung

Forderung CDU/CSU	Stellungnahme KVBW
<p>Dass am Grundsatz der pauschalieren Honorierung festgehalten wird, aber der Selbstverwaltung mehr Spielraum eingeräumt wird, in begründeten Fällen davon abzuweichen.</p>	<p>Baden-Württemberg kann auf sehr gute Erfahrungen in der Vergütungssystematik der Selektivverträge verweisen, die auch im Kollektivvertrag anwendbar sind. Ein adäquater Vergütungsanreiz für die</p>

	<p>ambulante Tätigkeit kann nur in einer fixen, ausreichend kalkulierten Eurogebührenordnung bestehen, in der jede ärztliche Leistung entsprechend bezahlt wird. Abstufungsregelungen, Preiszuschläge für einzelne Arztgruppen oder Ähnliches führen in die falsche Richtung. Die Pauschalierungsgrade können dabei im hausärztlichen Bereich höher sein als im fachärztlichen Bereich. Damit ist die Mengensteigerung vergütungsimmanent gestoppt</p>
--	--

8.4 Vergütung primärärztlicher Leistung

Forderung CDU/CSU	Stellungnahme KVBW
<p>Dass eine angemessene Vergütung typischer Leistungen der primärärztlichen Versorgung, wie etwa Hausbesuche oder die Betreuung von Pflegeeinrichtungen, erreicht wird.</p>	<p>Zustimmung durch die KVBW; eine Systematik, in der die primärärztlichen Leistungen durch eine Absenkung der RLV bezahlt werden („rechte Tasche – linke Tasche“) lehnen wir jedoch strikt ab.</p>

8.5 Erhebung der Morbidität

Forderung CDU/CSU	Stellungnahme KVBW
<ul style="list-style-type: none"> • dass die reale Morbidität im ambulanten Leistungsgeschehen erhoben werden kann; dazu muss die Erarbeitung und Einhaltung leicht handhabbarer und einfach umsetzbarer Kodierrichtlinien umfassend umgesetzt werden. Die Erfahrungen, die derzeit in den Testläufen gesammelt werden müssen zu entsprechenden Verbesserungen im Sinne der Praktikabilität führen. • 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 	<p>Die Messung der Morbidität ist im ambulanten Bereich äußerst umstritten. Eine Basierung der ärztlichen Vergütung auf der Morbidität ist daher derzeit nicht möglich.</p>

Faktor ersatzweise ermittelt wird. Im Bewertungsausschuss können hierzu die weiteren Details durch die Selbstverwaltung ausgestaltet werden.

IX. Delegation ärztlicher Leistungen und Telemedizin

Forderung CDU/CSU	Stellungnahme KVBW
<p>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 "Gemeindeschwester" hat sich als erfolgreich erwiesen. Die hinhaltende bis blockierende Position der Beteiligten im GBA ist nicht hinnehmbar. Daher schlagen wir vor, gesetzlich zu regeln:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Zudem haben sich gerade bei den Modellprojekten zur medizinischen Versorgung auf dem Land telemedizinische Kooperationen bewährt. Es gibt gut funktionierende Beispiele, etwa von Teleko-</p>	<p>Die KVBW unterstützt prinzipiell die Delegation ärztlicher Leistung auf medizinische Assistenzberufe, sofern sie unter Leitung und Kontrolle des niedergelassenen Arztes stattfindet. Kategorisch lehnt die KVBW eine Substitution ärztlicher Leistung ab. Der Arzt alleine hat nach seiner 12-jährigen (Fach-)ausbildung die fachliche Qualifikation zur Entscheidung, was delegiert werden kann oder nicht, insbesondere unter Berücksichtigung stets möglicher Änderungen des Krankheitsverlaufes. Aufgrund seiner Ausbildung ist er zudem der einzige, der eine sogenannte ganzheitliche Medizin erbringen kann.</p>

<p>operation zwischen einem regionalen und dem Zentralkrankenhaus als onkologisches oder kardiologische/herzchirurgisches Konsilium oder zum Erlangen einer radiologischen Zweitmeinung und Modelle der Teletherapie, etwa in der Chirurgie. Aus diesem Grund macht es Sinn,</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 KVen

Forderung CDU/CSU	Stellungnahme KVBW
<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<p>Die Trennung der haus- von der fachärztlichen Vergütung ist bereits umgesetzt und wird grundsätzlich befürwortet. Die KVBW fordert darüberhinaus die logische zusätzliche Herauslösung und Trennung eines Fachgruppentopfes für den Bereich der Psychotherapie. Die Übernahme der Vergütung für den steigenden Bedarf an von den Kassen genehmigten psychotherapeutischen Behandlungen (G4-Leistungen) in der Bevölkerung ist nach Ansicht der KVBW eine gesellschaftliche Aufgabe und muss von den Krankenkassen getragen werden.</p> <p>Nach den Bestimmungen des SGB V ist die Einrichtung eines beratenden Fachausschusses für die Hausärzte und die Psychotherapeuten ohnehin schon zwingend vorgeschrieben, für die Fachärzte muss dies noch gesetzlich berücksichtigt werden.</p>

XI. Verbesserung der erlebten Versorgungsrealität der Patienten

Forderung CDU/CSU	Stellungnahme KVBW
<ul style="list-style-type: none"> dass die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen darauf hinwirken, dass die Wartezeit auf einen Facharzttermin in der Regel drei Wochen nicht überschreitet. Begründete Ausnahmen kann es in den Facharzt Disziplinen und Regionen geben, in denen es nachweislich zu wenige Fachärzte gibt. 	<p>Selbstverständlich unterstützt die KVBW eine Forderung, wonach die Wartezeiten bei den Fachärzten sinken sollen. Gleichwohl weist die KVBW es zurück, dass dafür Organisationsmängel in den Praxen verantwortlich sind. Vielmehr sind die Mengen begrenzenden Vorgaben und die leistungsfeindliche Honorarsystematik dafür verantwortlich.</p> <p>Die derzeitige Honorarsystematik behindert Psychotherapeuten bei der Erbringung zeitnaher Erstversorgung, indem diese wirtschaftlich bestraft wird. Dies führt zu unnötigen Wartezeiten. Die KVBW schlägt vor, die Förderung der zeitnahen psychotherapeutischen Erstversorgung als politisches Ziel aufzunehmen.</p> <p>vorgeschrieben, für die Fachärzte muss dies noch gesetzlich berücksichtigt werden.</p>

XII. Selektivverträge

Durch das Aufwerfen von grundsätzlichen Fragen im „Spahn-Papier“ wird erneut die Option für die Krankenkassen, Selektivverträge abzuschließen, zur Diskussion gestellt.

Fakt ist, dass der Selektivvertrag die einzige Option für Ärzte ist, außerhalb der vorgeschriebenen Rahmenbedingungen (Gesetz, KBV) alternative Versorgungskonzepte zu entwickeln. Für alle Beteiligten an der Basis, die noch am / mit Patienten arbeiten und wissen, wo die Probleme und Engpässe im Gesundheitswesen liegen, besteht in den Selektivverträgen das derzeit einzige Potenzial, nicht die Weiterentwicklung innerhalb des Gesundheitswesens zu verpassen. Schaut man sich die genannten „Player“ des Gesundheitswesens nacheinander an, kann keiner, der seine Rolle als „Player“ wahrnehmen möchte, Selektivverträge ablehnen:

Krankenkasse: Die Krankenkasse möchte für ihre Versicherten gerne zusätzliche Versorgungsangebote machen, z.B. weitere Präventionsleistungen, zusätzliche Beratungsleistung bei speziellen Krankheitsbildern, zusätzliche Behandlungsmaßnahmen, koordiniertere Behandlung bei chronischen Erkrankungen usw.. Hierzu hat die Krankenkasse als einzige rechtliche Grundlage den Abschluss von Selektivverträgen. Darüber hinaus sollte die Krankenkasse auch einen Anreiz haben, bessere Verträge als ihre Wettbewerber abzuschließen, um entweder den Versicherten die Leistungen insgesamt günstiger oder besser anbieten zu können. Nur so kann die Krankenkasse auch tatsächlich als „Player“ auftreten.

Versicherter: Der Versicherte möchte sicherlich alle der entsprechenden Lebenssituation angemessenen Leistungen von seiner Krankenkasse erhalten. Nur der Selektivvertrag ermöglicht eine Unterscheidung der Leistungsangebote der Krankenkasse (alle weiteren Leistungen der Krankenkasse sind vorgeschrieben und werden von den Krankenkassenverbänden einheitlich und gemeinsam vereinbart); sollte diese Option wegfallen, bleibt hier lediglich der Dienstleistungscharakter der jeweiligen Krankenkasse übrig, was sofort die Frage nach der Vielzahl der Krankenkassen nach sich zieht.

Leistungserbringer (Arzt): Der Arzt ist als Vertragsarzt berechtigt und verpflichtet, alle Leistungen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss anerkannt wurden, zu erbringen. Hierfür werden ihm starre Vorgaben von der Bundesebene gemacht und vor allem die Vergütung mit starren Begrenzungsvorgaben festgelegt. Um aus diesen starren Vorgaben „auszubrechen“ und neue Versorgungsmodelle (Änderungen bei veranlassten Leistungen, mehr Pauschalen, weniger Einzelleistungen, fallbezogene Bezahlung, gemeinsame Vergütungen für die Komplettbehandlung über mehrerer Leistungserbringergruppen, geänderter Informationsaustausch mit der Krankenkasse zur besseren Betreuung des Versicherten) auszuprobieren, ist und bleibt der Selektivvertrag die einzige Lösung.

Jetzt zu den aufgeworfenen Fragen im Einzelnen:

- ob und inwieweit Selektivverträge den Kollektivvertrag tatsächlich ersetzen oder „nur“ ergänzen (Add-on) sollen.

Der Selektivvertrag muss als Alternative und als add-on erhalten bleiben. Grundsätzlich gilt, dass die Probleme im Kollektivvertrag mit lediglich mehr Geld vielleicht erträglicher gemacht, aber noch lange nicht gelöst werden. Nur wenn tatsächliche Alternativen ausprobiert werden, können die Beteiligten am Ende beurteilen, ob die Alternative vielleicht das bessere System ist.

- 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 umso 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 populations-bezogene IV-Verträge auch gemeinsame und einheitliche Lösungen?

In der Tat ist für einen regionalen populationsbezogenen Vertrag (§ 140a ff. SGB V) ein gewisser Marktanteil erforderlich. Um hier zumindest noch Wettbewerb zwischen den Kassen und damit auch ein Unterscheidungsmerkmal für die Versicherten zu ermöglichen, sollte vielleicht überlegt werden, als Vertragspartner nicht die einzelne Kasse, sondern zumindest die Kassenart (vertreten durch den jeweiligen Landesverband) zu benennen.

- wie im Falle von den Kollektivvertrag ersetzenden Leistungen im Selektivvertrag die notwendige Budgetbereinigung möglichst einfach und zeitnah erfolgen kann, ggf. in Form von Pauschalen.

Solange das System der ärztlichen Vergütung so komplex ist, kann auch deren Rückabwicklung (Bereinigung) nicht komplett von dieser Realität entfernt laufen. Daher muss die Bereinigung korrekt berechnet werden, was für alle Beteiligten mit immensem Aufwand verbunden ist. Hier sollte vielleicht überlegt werden, ob die KVen nicht die Berechnung der Bereinigungsbeträge mit Stichprobenprüfungen durch die jeweiligen Kassen (gegen Aufwendungsersatz durch die Krankenkassen, z.B. 1,5% der Bereinigungssumme) übernehmen. Damit wäre das Hauptproblem der Praxis, dass die kleineren Kassen die Datenerhebung zeitlich, technisch und inhaltlich nicht bewältigen und damit die KV selbst die Daten erheben muss, gelöst.

- 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.

Bislang ist aus Sicht der KVBW kein Fehlanreiz durch Vertragsabschlüsse von Krankenkassen zu erkennen. Gerade die flächendeckend abgeschlossenen Hausarztverträge selektieren hier nicht „kranke“ von „gesunden“ Patienten.

- 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.

Sicherlich sind die DMP in der praktischen Umsetzung zu einem „bürokratischem Monster“ verkommen. Hier sollte insbesondere die Dokumentationspflicht des Arztes reduziert werden. Wichtig ist aber, dass die DMP in ihren Grundzügen erhalten bleiben, da sich die Beteiligten (Ärzte und Patienten) auf das System eingestellt haben und die Evaluationsergebnisse auch Erfolge aufzeigen.

Fazit: Das Gesundheitswesen braucht die Selektivverträge, um aus den starren Vorgaben auszubrechen und eine Weiterentwicklung in der Versorgung zu erproben. Selektiv ist die Evolution des Gesundheitswesens und verhindert die Revolution des Ausstiegs.

Fazit aus den Positionen beider Papiere

Beide Papiere greifen wichtige Themen für die vertragsärztliche und – psychotherapeutische Versorgung auf, in denen viele Positionen der Ärzteschaft und der Psychotherapeuten enthalten sind. Dazu gehört etwa die klare Haltung zu den Medizinischen Versorgungszentren, die aus beiden Positionspapieren zu entnehmen ist. Erfreulich aus dem Papier der CDU/CSU ist weiter die Abkehr von den Richtgrößen und den Regressen.

Gleichwohl werden die Kernprobleme der ärztlichen Versorgung nicht angegangen. Mit den Mitteln der Bedarfsplanung werden wir dem drohenden Ärztemangel nicht entgegenwirken können.

Viel wichtiger wäre es, die fehlende Planungssicherheit für die Ärzte anzugehen. Bemerkenswert ist auch, dass sich keiner der Autoren für eine andere Honorarsystematik, etwa ein Kostenerstattungsprinzip ausspricht. Entschieden wehrt sich die KVBW dagegen, dass aus Mitteln der Gesamtvergütung der Ärzte Maßnahmen zur Strukturverbesserung finanziert werden sollen.

Anlagen

- **14-Punkte Positionspapier der CDU/CSU-Bundestagsfraktion**
(2. Fassung vom 22.02.2011)

- **Entwurf eines Positionspapier zum geplanten Versorgungsgesetz**
des Bundesministeriums für Gesundheit vom 23. Februar 2011



CDU/CSU-FRAKTION IM DEUTSCHEN BUNDESTAG
Arbeitsgruppe Gesundheit

Beschlossen am 22. Februar 2011

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

Seit Jahren findet in Deutschland eine Diskussion um die „richtige“ Zahl von Ärzten zur bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung statt. Die Frage, was als bedarfsgerecht anzusehen ist, hängt dabei oft stark von subjektiven und regionalen Erwägungen ab. So ist 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.

Wurde in den 90er Jahren noch ein Überangebot an Ärztinnen und Ärzten konstatiert, wird für die Zukunft eine sich abzeichnende Mangelversorgung befürchtet. Diese Mangelversorgung wird sowohl regional als auch bezogen auf die ärztlichen Fachgebiete unterschiedlich ausgeprägt sein. War vor einigen Jahren ausschließlich in ländlichen Regionen vom Ärztemangel die Rede, können heute auch in manchen städtischen Gebieten – auch in den alten Bundesländern – ärztliche Stellen nicht mehr besetzt bzw. Praxen nicht mehr nach besetzt werden. Die Versorgungssituation in den Krankenhäusern und den Praxen wird durch den Ärztemangel deutlich tangiert werden. Besondere Sorge bereitet die haus- und fachärztliche Versorgung im ländlichen Raum. Es ist ein Gebot vernünftiger Vorsorge, schon heute Maßnahmen zur Stabilisierung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung unter Berücksichtigung der sich abzeichnenden Trends einzuleiten. Die bereits mit dem GKV-Modernisierungsgesetz 2004 und Vertragsarztrechtsänderungsgesetz 2006 geschaffenen Instrumente mit ihren vielfältigen neuen Möglichkeiten sind dabei weiterzuentwickeln.

Immer deutlicher zeigt sich, dass eine globale Sichtweise nicht in jedem Fall der jeweiligen Situation vor Ort gerecht werden kann. 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 Berechnungen 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 hausärztlichen und fachärztlichen Praxen in ländlichen Regionen geben.

Zu beachten sind auch die Folgen der demografischen Entwicklung in Deutschland. Der Anteil der 60-Jährigen und Älteren ist im Zeitraum von 1991 (20,4 Prozent) bis 2007 (25,3 Prozent) beträchtlich gestiegen. Dieser Trend setzt sich – auch dank des medizinisch-technischen Fortschritts – fort und hat unmittelbare Auswirkungen auf die Nachfrage nach medizinischen Leistungen. Untersuchungen weisen z.B. darauf hin, dass in den kommenden 40 Jahren die Zahl der an Demenz erkrankten Patientinnen und Patienten um über 100 Prozent und die Diagnosen bei der Makuladegeneration – einer altersbedingten Erkrankung der Augen – um 125 Prozent steigen wird. Solche Untersuchungen lassen einen stetig wachsenden Bedarf sowohl an Ärztinnen und Ärzten als auch an Pflegekräften vermuten.

Bei der Entwicklung der Arztlzahlen sind Trends erkennbar, wonach der drohende Ärztemangel sich noch in einer frühen Phase befindet und mittelfristig zu verstärken droht. Die Gründe hierfür sind vielfältig.

Viele derzeit tätige Ärztinnen und Ärzte werden in den kommenden Jahren aus Altersgründen ihre ärztliche Tätigkeit beenden. Schätzungen zufolge werden im Zeitraum von 2010 bis 2015 rund 36.000 Ärztinnen und Ärzte aus dem Praxis- und Klinikbetrieb ausscheiden. Betrachtet man die Zahl der Studienanfänger im Fach Humanmedizin (ca. 9.900 pro Jahr), könnte der Bedarf an Ärzten mit Absolventen deutscher medizinischer Hochschulen gedeckt werden. Jedoch ist die Zahl der Absolventen nicht gleich mit denen der Studienanfänger. Darüber hinaus entscheiden sich viele Jungmediziner für eine Tätigkeit außerhalb der kurativen Medizin.

Ein weiterer Faktor, der den Ärztemangel verschärft, ist die Entscheidung, vor allem von immer mehr jüngerer Ärztinnen und Ärzten, für eine dauerhafte Tätigkeit im Ausland. Zwar arbeiten viele Mediziner aus dem Ausland in Deutschland, allerdings gleichen diese die Abwanderung deutscher Mediziner ins Ausland nicht aus. So wanderten beispielsweise im Jahr 2008 1.350 Ärztinnen und Ärzte in Deutschland ein, gleichzeitig verließen im selben Jahr rund 3.065 Ärztinnen und Ärzte das Land.

Der Anteil der Frauen im ärztlichen Beruf nimmt kontinuierlich zu. Im Zeitraum von 1991 bis 2008 wurde ein Anstieg von berufstätigen Ärztinnen um 33 Prozent verzeichnet. Eine Konsequenz aus dem Anstieg des Ärztinnenanteils in der medizinischen Versorgung ist die Notwendigkeit einer besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Bereits in der ärztlichen Weiterbildung werden stärker Teilzeitmodelle gefragt sein, was zu einer Verlängerung der Weiterbildungsdauer führt. Wer während der Weiterbildung Mutter wird, unterbricht die Berufstätigkeit unter den heutigen Bedingungen oft für geraume Zeit. Weiterhin bedeutet die vermehrte Inanspruchnahme von Teilzeitmodellen, dass insgesamt mehr Mediziner benötigt werden, um den Bedarf in der Versorgung sicher zu stellen. Die europäische und deutsche Gesundheitsschutzgesetzgebung hat die Anzahl der von einem einzelnen Krankenhausarzt geforderten Dienststunden reduziert und damit zugleich den Stellenbedarf erhöht. Diese Entwicklung entspricht dem Wunsch vieler Ärztinnen und Ärzte nach einem besseren Gleichgewicht von beruflicher und privater Zeit.

Die Union hält vor diesem Hintergrund an dem Ziel einer flächendeckenden medizinischen Versorgung in Deutschland fest. Angesichts eines zunehmenden Ärztemangels und seiner Ursachen 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 System-

tik der Bedarfsplanungs- hin zu einer auf den Patienten bezogenen Versorgungsorientierung.

Leitidee unserer Überlegungen und Vorschläge ist die Verbesserung bzw. der Erhalt der freiheitlichen Ausübung des Arztberufes und der Diagnose- und Therapiefreiheit. Die gesetzlichen Vorgaben müssen daraufhin überprüft werden, wo es ein zuviel an Bürokratie, Standardisierung, Richtlinien, Richtgrößen, Vorgaben zu Mindestmengen, Qualitätssicherungsvorschriften, Budgets, Bedarfsplanung und andere Vorschriften gibt und wie diese abgebaut werden können.

Der Arzt muss den Kopf frei haben. Nur dann kann er sich auf seinen Patienten einlassen. Die Beziehung zwischen Arzt und Patient braucht den ganzen Arzt. Die nach wie vor hohe Verantwortung bei der Ausübung dieses Berufs braucht die Freiheit. Schließlich tragen am Ende Patient und Arzt persönlich die Konsequenzen aus dieser Verantwortung und nicht die Leitlinie, die Dokumentation oder der Gesetzgeber. Leitlinien und Dokumentation müssen daher auf ein vernünftiges, die Heilkunst nicht einengendes Maß beschränkt werden. Der freie Beruf des Arztes muss wieder ermöglicht und geschützt werden.

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 und der gesetzlichen Krankenkassen an. Darüber hinaus nehmen die für die gesundheitliche Versorgung zuständigen Landesministerien, 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 zugrundezulegende 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 ver-

teilen 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 eines ambulanten Angebotes am Krankenhaus und an den Reha-Kliniken 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 Versorgung.
- 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. 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 Dienstplichten verbundenen Attraktivität für den Arzt und der für die Pati-

enten 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.

I. 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. Für die flächendeckende fachärztliche Versorgung sind die niedergelassenen Facharztpraxen aus unserer Sicht unabdingbar. Die Angebote der niedergelassenen Ärzte und Krankenhäuser ergänzen sich, von „Doppelstrukturen“ zu reden, führt an der Realität vorbei. Aber es braucht einen sektorübergreifenden Ordnungsrahmen. Dazu zählen:

- Einheitliche Qualitätskriterien für die Erbringung solcher Leistungen. Das umfasst eine Regelung, dass auch am Krankenhaus grundsätzlich jeder Arzt die für niedergelassene Ärzte geltende Mindestmenge erfüllen muss; dabei sind die Operationen, die ein Arzt im Rahmen von Aus- und Weiterbildung beaufsichtigt, zu berücksichtigen. Jedenfalls muss die nötige Facharztkompetenz sowie entsprechend qualifiziertes Personal ausreichend und dauerhaft verfügbar sein. Grundsätzlich gilt dabei, dass Mindestmengen nur in den Bereichen als Qualitätsindikator gewählt werden sollen, in denen die entsprechende Korrelation von Menge und Qualität wissenschaftlich belegt ist. Zudem braucht es in diesen Bereichen ein einheitliches, abgestimmtes Mindestmengenregime für niedergelassene Ärzte und ambulant tätige Krankenhäuser.
- 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 den §§ 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. Bessere Steuerung der Versorgung

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. (s. oben). 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 Aufkauf 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: Sicherstellungszuschläge) 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. Umgekehrt könnten Zulassungen für unterversorgte Gebiete mit dem Anspruch verbunden werden, nach einer Zeit von mindestens fünf Jahren in einen eigentlich gesperrten Bezirk wechseln zu können. Damit wird die Entscheidung zur Niederlassung in einer unterversorgten Region nicht wie bisher zu einer unabänderlichen Lebensentscheidung.

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 Krankenhaus- oder Rehabilitation. 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 Krankenhaus-

budgets 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 Strukturen 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. Eine Trägerschaft von MVZ durch Pflegeeinrichtungen ist zu prüfen.
- 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 Problematikbestände 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. Als bürokratisch empfundene Regelungen müssen überprüft und ggf. abgebaut werden. Insbesondere 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 Praxisnähe und dem Aufbau des Studiums sowie mit der Gestaltung der Weiterbildung zusammen.

Daher fordern wir, dass Bund und Länder in einer gemeinsamen konzertierten Aktion von Wissenschafts- und Gesundheitspolitik einen Aktionsplan unter dem Motto „Mehr Ärzte aufs 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 Hochschul-

rahmengesetzes 60 Prozent der Studienplätze nach eigenen Kriterien vergeben könnten, müssen diese Möglichkeit endlich auch praktisch umfassend nutzen.

- eine wirksame Vorabquote von fünf Prozent für Studenten, die sich bereit erklären, nach dem Studium für mindestens 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 aufs Land“.
- eine Reform des zum Teil zu stark an den Erfordernissen der akademischen Medizin 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 Prüfungsauftrag 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. Leistung muss sich lohnen – dies muss dabei Grundgedanke jeder Honorarreform sein.

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 am Grundsatz der pauschalierten Honorierung festgehalten wird, aber der Selbstverwaltung mehr Spielraum eingeräumt wird, in begründeten Fällen davon abzuweichen.
- 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 Erarbeitung und Einhaltung leicht handhabbarer und einfach umsetzbarer Kodierrichtlinien umfassend umgesetzt werden. Die Erfahrungen, die derzeit in den Testläufen gesammelt werden müssen zu entsprechenden Verbesserungen im Sinne der Praktikabilität führen.
- 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 "Gemeindeschwester" 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 zwi-

schen 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 letzten Jahren sind beträchtliche Summen zusätzlich in die ambulante und stationäre medizinische Versorgung geflossen. Nach vielen Jahren der Budgetierung dienen diese Steigerungen bei wachsendem Behandlungsbedarf der Bevölkerung der Sicherung einer guten Versorgung. Die Bereitschaft, die dazu notwendigen Beiträge aufzubringen, hängt jenseits aller abstrakter Strukturdebatten auch davon ab, ob die Menschen mit dem von ihnen erlebten Versorgungsalltag zufrieden sind.

Einerseits gehören zu diesem Versorgungsalltag hervorragende ärztliche und pflegerische Leistungen, eine exzellente und effiziente Organisation der Krankenversorgung und große Anstrengungen für einen leichten Zugang zu den notwendigen Leistungen. Andererseits kommt es im Versorgungsalltag aber auch zu Mängeln in der Kommunikation, Koordinierungsschwächen in der Abfolge medizinischer Leistungen, langen Wartezeiten vor einem Facharzttermin, vermeidbaren Lücken in der Krankenhaushygiene, Intransparenz bei der Suche nach dem geeigneten Arzt, Therapeuten, Pflegedienst oder Krankenhaus. Auch die derzeitige Unterbringungssituation in den Krankenhäusern stört viele Patienten und ihre Angehörigen.

Die Union will deshalb erreichen, dass Verbesserungen im Versorgungsalltag für die Patientinnen und Patienten unmittelbar spürbar werden.

Mit diesem Ziel haben wir die dauerhafte Einrichtung der Unabhängigen Patientenberatung beschlossen. Mit diesem Ziel arbeiten wir an einem Patientenrechtegesetz. Mit diesem Ziel bereiten wir ein Gesetz zur Verbesserung der Krankenhaushygiene vor.

Wir wollen erreichen,

- dass die Länder die investive Modernisierung und die patientenfreundlichere Ausstattung der Krankenhäuser vorantreiben. Zusätzlich sollen die Krankenhäuser entsprechende Anreize erhalten, dass durch eine optimierte Organisation der Arbeitsabläufe im Krankenhaus mehr Zeit für die Behandlung und Betreuung der Patienten zur Verfügung steht, dass die Kunst des ärztlichen Gesprächs und der körperlichen Untersuchung und ein respektvoller und rationaler Weg zur richtigen Diagnose in Aus-, Wei-

ter- und Fortbildung der Ärzte wieder eine stärkere Rolle spielt und nicht von immer mehr Orientierung an rein apparativen Möglichkeiten verdrängt wird,

- dass Pflegekräfte und Ärzte durch Bürokratieabbau und die Anwendung technischer Hilfen von Aufgaben entlastet werden, die ihnen den direkten Kontakt zum Patienten erschweren,
- dass die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen darauf hinwirken, dass die Wartezeit auf einen Facharzttermin in der Regel drei Wochen nicht überschreitet. Begründete Ausnahmen kann es in den Facharzt Disziplinen und Regionen geben, in denen es nachweislich zu wenige Fachärzte gibt.

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 Kopplung der zahnärztlichen Vergütung an die Grundlohnsummenentwicklung ist nicht mehr sachgerecht und muss durch geeignete Parameter abgelöst werden, die auch die Morbiditätssteigerung berücksichtigt.
- 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 konfliktuell, 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 populations-bezogene 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.

**Entwurf eines Positionspapiers
zum geplanten
Versorgungsgesetz
des Bundesministeriums für Gesundheit
vom 23. Februar 2011**

Themen:

- 1 Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung
- 2 Medizinische Versorgungszentren
- 3 Ambulante spezialärztliche Versorgung
- 4 Vertragszahnärztliche Versorgung
- 5 Innovative Behandlungsmethoden
- 6 Wettbewerb
- 7 Zuweisung gegen Entgelt.

Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung

Die Sicherstellung einer guten, flächendeckenden und bedarfsgerechten medizinischen Versorgung

der Bevölkerung ist ein zentrales gesundheitspolitisches Anliegen. Trotz insgesamt nach wie vor steigender Arztzahlen stehen bereits heute nicht mehr in allen Bereichen und Regionen

Ärztinnen und Ärzte in ausreichender Anzahl zur Verfügung. Diese Situation wird sich in den nächsten Jahren insbesondere durch die demografische Entwicklung verschärfen. Um dem entgegenzuwirken, ist ein gemeinsames Handeln aller Verantwortlichen erforderlich.

I. Weiterentwicklung der Bedarfsplanung

1. Flexibilisierung der Planungsbereiche

Die derzeitige gesetzliche Vorgabe, dass die Planungsbereiche den Stadt- und Landkreisen entsprechen sollen, wird flexibilisiert. Es wird vorgegeben, dass die Planungsbereiche so zu gestalten sind, dass sie einer flächendeckenden Versorgung dienen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) erhält damit einen weiten Entscheidungsspielraum, der es z.B. auch ermöglicht, bei der Struktur der Planungsbereiche zwischen hausärztlicher, fachärztlicher und spezialisierter fachärztlicher Versorgung zu differenzieren.

2. Stärkung der Einwirkungsmöglichkeiten der Länder unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten

a) Die bisherige Benehmensregelung wird durch eine Regelung ersetzt, nach der die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) den im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen aufgestellten Bedarfsplan künftig den zuständigen Landesbehörden vorzulegen haben und die Landesbehörden ein Beanstandungsrecht erhalten.

b) Bei der Erstellung des Bedarfsplans wird die Möglichkeit geschaffen, im Rahmen regionaler Besonderheiten von den Regelungen in der Bedarfsplanungsrichtlinie abzuweichen (z.B. bei der Bestimmung der Planungsbereiche). Hierdurch wird die Möglichkeit geschaffen, regional Gestaltungsspielräume zu nutzen, die der G-BA auf Bundesebene eventuell nicht ausgeschöpft hat.

c) Die Länder erhalten mehr Einfluss auf die Landesausschüsse, in dem ihnen - ein Recht zur Teilnahme an den Sitzungen des Ausschusses eingeräumt wird, die vom Ausschuss zu treffenden Beschlüsse (insbesondere zur Unterversorgung, einem zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf und zur Überversorgung) künftig vorzulegen sind und sie ein Beanstandungsrecht erhalten, ein Initiativrecht hinsichtlich der von den Landesausschüssen zu fassenden Beschlüsse eingeräumt wird.

3. Anpassung der Verhältniszahlen

Die Anpassung der Verhältniszahlen soll künftig allein nach den in § 101 Abs. 2 Satz 1 SGB V genannten sachgerechten Kriterien und nicht mehr stichtagsbezogen erfolgen.

4. Gesetzliche Verankerung der Berücksichtigung von Demografie Dem G-BA sollte gesetzlich ausdrücklich aufgegeben werden, bei der Anpassung der Verhältniszahlen die demografische Entwicklung zu berücksichtigen.

5. Einbeziehung von Krankenhausärzten, die an der ambulanten Versorgung teilnehmen, in die Bedarfsplanung Ziel ist es, möglichst alle an der ambulanten Versorgung der Versicherten teilnehmenden

Ärzte in der Bedarfsplanung zu erfassen. Es sollen daher – soweit vergleichbar – auch die in Krankenhäusern oder ähnlichen Einrichtungen (z.B. psychiatrische Institutsambulanzen und sozialpädiatrische Zentren) tätigen Ärzte in die Ist-Analyse aufgenommen werden.

6. Erweiterung der Möglichkeit zur Erteilung von Sonderbedarfszulassungen

Der Auftrag an den G-BA, in der Bedarfsplanungsrichtlinie eine Bestimmung über Vorgaben für die ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze zu treffen (sog. Sonderbedarfszulassungen), wird erweitert und sprachlich präziser gefasst, um zu verdeutlichen, dass sowohl räumlich ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf als auch für bestimmte Leistungsbereiche ein qualifikationsbezogener Sonderbedarf in Frage kommt. Hierdurch wird die Sonderbedarfszulassung als Instrument zur Feinsteuerung der Versorgungssituation funktionsstüchtig auszugestalten. Die Umsetzung erfolgt auf der Ebene der Zulassungsausschüsse (Länderebene).

7. Förderung des Verzichts auf Zulassungen in überversorgten Gebieten

Um Überversorgung abzubauen, wird die nach § 105 Abs. 3 SGB V bestehende Möglichkeit der KVen, in überversorgten Gebieten den freiwilligen Verzicht auf die Zulassung als Vertragsarzt finanziell zu fördern, erweitert. Hierzu wird die bisherige Beschränkung der Förderung auf Ärzte, die mindestens 62 sind, aufgehoben. Diese Maßnahmen sind wie bisher allein aus Mitteln der KVen zu finanzieren.

8. Anpassung der gesetzlichen Vorgaben zur Auswahl des Praxisnachfolgers

Da bislang bei der Entscheidung über die Nachbesetzung einer Vertragsarztpraxis Versorgungsgesichtspunkte nur eine untergeordnete Rolle spielen, erhalten die Zulassungsausschüsse künftig den Auftrag, solche Bewerber besonders zu berücksichtigen, die bereit sind, besondere Versorgungsbedürfnisse zu erfüllen (z.B. könnten solche Bewerber bevorzugt werden, die bereit sind, sich neben der Tätigkeit im überversorgten Gebiet an der Versorgung in nahegelegenen schlecht versorgten Gebieten zu beteiligen, oder bestimmte Teile des Leistungsspektrums der betreffenden Facharztgruppe anzubieten).

9. Gleichstellung von Lebenspartnerschaften

Gleichstellung von (eingetragenen) Lebenspartnern mit Ehegatten bei der Nachbesetzung von ausgeschriebenen Vertragsarztsitzen (§ 103 Abs. 4 SGB V)

10. Anpassung der Regelung zur Verlegung eines Vertragsarztsitzes

Es wird klargestellt, dass die Verlegung eines Vertragsarztsitzes nur dann genehmigt werden kann, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung nicht entgegenstehen. Gleichzeitig wird die bislang für MVZ geltende Ausnahmeregelung (§ 103 Abs. 4a Satz 2 SGB V) entsprechend angepasst: Auch für MVZ gilt dann, dass die Sitzverlegung eines übernommenen Vertragsarztsitzes in das MVZ nur dann möglich ist, wenn Versorgungsgesichtspunkte nicht entgegenstehen.

II. Ausbau der Instrumente zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung

1. Weiterentwicklung der Regelungen zur Steuerung des Niederlassungsverhaltens von Vertragsärzten über Vergütungsanreize

a) Alle Leistungen der Ärzte, die in strukturschwachen Gebieten (insbesondere in Gebieten mit festgestellter Unterversorgung oder zusätzlichem lokalem Versorgungsbedarf) tätig sind, werden grundsätzlich von der Abstufung ausgenommen

b) Die regionalen Vertragspartner erhalten die Option, Preiszuschläge für Leistungen von besonders förderungswürdigen Leistungserbringern, die in strukturschwachen Gebieten tätig sind (z.B. mit höherer Versorgungsqualität) zu vereinbaren.

c) Auf die Anwendung von Sonderpreisen bei Über- und Unterversorgung wird endgültig verzichtet (Bewertungsausschuss legt nur noch einen Orientierungswert für den Regelfall fest).

2. Möglichkeit zur Ermächtigung von Ärzten, die in Reha-Einrichtungen tätig sind

Die nach geltendem Recht bestehende Möglichkeit, bei entsprechendem Versorgungsbedarf Krankenhausärzte zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zu ermächtigen, wird um die Möglichkeit zur Ermächtigung von Ärzten, die in Reha-Einrichtungen tätig sind, erweitert.

3. Ermächtigung von Krankenhäusern bei lokalem Versorgungsbedarf

Krankenhäuser sollen künftig nicht nur zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt werden können, wenn der Landesausschuss Unterversorgung festgestellt hat, sondern auch, wenn der Landesausschuss für das Gebiet, in dem das Krankenhaus liegt, einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf festgestellt hat.

4. Verbesserung der Rechtsgrundlagen für den Betrieb von Eigeneinrichtungen durch Kassenärztliche Vereinigungen

Bereits das geltende Recht gibt den KVen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung die Möglichkeit zum Betreiben von Einrichtungen, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten dienen. Es wird klargestellt, dass die in diesen Eigeneinrichtungen (dies können Einzel- oder Gemeinschaftspraxen oder auch Ärztezentren sein) erbrachten ärztlichen Leistungen aus der Gesamtvergütung und nicht aus den Verwaltungskosten der KVen vergütet werden.

5. Möglichkeit zum Betrieb von Eigeneinrichtungen durch Dritte

Sofern sich in unterversorgten Gebieten kein niederlassungswilliger Arzt findet und auch die KV die Versorgung durch z.B. die Errichtung einer Eigeneinrichtung nicht sicherstellt (Subsidiaritätsgrundsatz), erhalten kommunale Träger (Städte, Gemeinden, Landkreise) die Möglichkeit zur Errichtung einer Eigeneinrichtung.

6. Lockerung der Residenzpflicht für Vertragsärzte (§ 24 Abs.2 Satz 2 Ärzte-ZV)

Der Zulassungsausschuss hat auf Antrag eines Vertragsarztes diesen von der Residenzpflicht zu befreien, es sei denn, Versorgungsgründe stehen dem entgegen.

7. Ausbau "mobiler" Versorgungskonzepte

Bereits nach geltendem Recht besteht eine Vielzahl von Möglichkeiten, sogenannte "mobile" Versorgungskonzepte zu praktizieren (z.B. Tätigkeit an weiteren Orten/Zweigpraxen). Der Ausbau solcher Versorgungskonzepte wird unterstützt. Berufsrechtliche Einschränkungen (z.B. bei der Gründung von Zweigpraxen) sollten aufgehoben werden.

8. Delegation ärztlicher Leistungen Zur Entlastung von Ärztinnen und Ärzten müssen Delegationsmöglichkeiten von Leistungen besser genutzt und weiter entwickelt werden. Deshalb erhalten die Partner der Bundesmantelverträge den Auftrag, eine Liste delegationsfähiger Leistungen in der ambulanten ärztlichen Versorgung zu erstellen.

9. Stärkung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf

a) Die Möglichkeit für Vertragsärztinnen, sich im zeitlichen Zusammenhang mit einer Entbindung vertreten zu lassen, wird von 6 auf 12 Monate verlängert.

b) Die Möglichkeit für die Beschäftigung eines Entlastungsassistenten wird für die Erziehung von Kindern bis zur Vollendung des 3. Lebensjahres geschaffen. Weiterhin wird dies für die Pflege von Angehörigen (bis zu 6 Monate) geöffnet.

c) Bei der Auswahlentscheidung über die Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes in einem

gesperrten Bereich werden Kindererziehungs- bzw. Pflegezeiten, durch die eine ärztliche Tätigkeit unterbrochen wurde, fiktiv berücksichtigt.

10. Möglichkeit für eine Regelung in der Bedarfsplanungs-RL zur Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf auch in der zahnärztlichen Versorgung

Mit einer entsprechenden Änderung (Beseitigung eines Regelungswiderspruchs zwischen § 101 Abs. 6 und § 100 Abs. 3) wird auch im zahnärztlichen Bereich die Möglichkeit zur Zahlung von Sicherstellungszuschlägen geschaffen (§ 101 Abs. 6)

III. Aus- und Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten

1. Erhöhung der Studienplatzzahlen

Das Bundesgesundheitsministerium hält es weiterhin für erforderlich eine größere Anzahl von Studienplätzen in der Medizin bereitzustellen. Deshalb befürwortet BMG auch eine befristete Beteiligung des Bundes an den Kosten. Dafür notwendig ist aber die Bereitschaft der Länder entsprechende Studienplätze zu schaffen. Zustimmend wird der Auftrag der Gemeinsamen Wissenschaftskonferenz zur Kenntnis genommen, dass die Staatssekretärsarbeitsgruppe Vorschläge erarbeiten wird, damit mit den zusätzlichen Studienanfängern im System des Hochschulpakts verantwortungsvoll umgegangen wird. Dies gilt insbesondere auch im Hinblick auf Studienplätze in der Human- und Zahnmedizin.

2. Auswahlverfahren für die Zulassung zum Medizinstudium

Das derzeitige Auswahlverfahren für die Zulassung zum Medizinstudium bedarf einer Überprüfung der Auswahlkriterien. Im Hinblick auf die ärztliche Versorgung müssen auch Bewerberinnen und Bewerber ausgewählt werden können, die eine hohe Motivation für die kurative Tätigkeit mitbringen.

Die Länder sollten auf Änderungen im Auswahlverfahren der Hochschulen hinwirken. Die Abiturnote spielt bei der Zulassung zum Medizinstudium eine dominierende Rolle. Das hat dazu geführt, dass mittlerweile die Wartezeit auf einen Medizinstudienplatz sechs Jahre beträgt.

Die Abiturnote hat als Grad der Qualifikation einen hohen Voraussagewert dafür, dass das Studium erfolgreich abgeschlossen wird. Allerdings ist der Voraussagewert, ob ein besonderes Interesse an der ärztlichen Versorgung besteht, nicht belegt. Die Länder legen in ihren Zulassungsverordnungen die Kriterien fest, die für die Studierendenauswahl durch die Hochschulen – das betrifft 60% der Studienplätze - einzuhalten sind. Danach spielt der Grad der Qualifikation die entscheidende Rolle. Bisher wird von den meisten Ländern allein die Abiturnote als Grad der Qualifikation gesehen und daher mit mindestens 51 % gewichtet. Es könnten auch andere nachvollziehbare und sachgerechte Kriterien für den Grad der Qualifikation festgelegt werden. Rheinland-Pfalz hat beispielsweise die Bedeutung der Abiturnote auf 30 % reduziert. Damit auch die anderen Länder entsprechende Neugewichtungen vornehmen, werden BMG und die Gesundheitsministerien der Länder auf die Kultusministerien der Länder einwirken. Dabei sollten die gegenwärtige Bewertung der Abiturnote vermindert und neben der Abiturnote auch andere relevante, justiziable Parameter als Kriterien für die Zulassung zum Medizinstudium bundesweit verbindlich berücksichtigt werden, wie beispielsweise einschlägige Berufsausbildungen, Freiwilliges Soziales Jahr, Test für medizinische Studiengänge. Diese Änderungen im Auswahlverfahren können im Rahmen des geltenden Rechts erfolgen.

3. Landärztförderung

Außerhalb des allgemeinen Zulassungsverfahrens sollte die bereits bestehende Möglichkeit einer Vorabquote für den besonderen öffentlichen Bedarf ausgeschöpft werden, um durch eine landesrechtlich festzulegende Quote zwischen 3 bis 5 % für künftige „Landärztinnen und Landärzte“ der Unterversorgung mit Hausärztinnen und Hausärzten entgegen zu wirken. Bedingung ist, dass sich die Studienbewerberinnen und -bewerber freiwillig verpflichten, nach Abschluss ihrer Aus- und Weiterbildung in unterversorgten Gebieten ambulant tätig zu werden. Hier könnten die Gesundheitsministerinnen und –minister der Länder auf eine landesrechtlich festzulegende Quote für künftige Landärztinnen und –ärzte hinwirken.

4. Nachwuchsgewinnung

Den Kassenärztlichen Vereinigungen sollten im Rahmen des Sicherstellungsauftrages ermöglicht werden, studienwillige zukünftige Landärztinnen oder Landärzte zu begleiten und ihnen ein Stipendium zu gewähren, wenn sie sich verpflichten, für einen bestimmten Zeitraum wohnortnah/hausärztlich tätig zu werden. Verbunden werden sollte dies mit einer Rückzahlungsverpflichtung bei abredewidrigem Verhalten. Nach Ende des Studiums sind Sicherstellungsmaßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigungen (Investitionshilfen, Anstellungen bei Kassenärztlichen Vereinigungen oder ähnliches) denkbar. Diese Sicherstellungsmaßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigungen könnten durch die Gesundheitsministerinnen und –minister der Länder unterstützt werden.

5. Stärkung der Allgemeinmedizin in der Ausbildung

Um Studierende vermehrt zur Tätigkeit als niedergelassene Ärztin oder Arzt zu motivieren, bedarf auf Seiten der Länder der Schaffung entsprechender Strukturen (Lehrstühle für Allgemeinmedizin an allen Fakultäten, geeignete allgemeinmedizinische Praxen, Nutzung von Weiterbildungsverbänden und Koordinierungsstellen usw.) sowie auf Seiten des BMG der Anpassung der ÄApprO (Festschreibung des Umfangs der Blockpraktika).

6. Einbeziehung weiterer Krankenhäuser und Lehrpraxen in die Ausbildung

Die Hochschulen sollten stärker als bisher die Möglichkeiten der Approbationsordnung für Ärzte nutzen, um die patientenbezogene Ausbildung und insbesondere die Allgemeinmedizin, zu fördern. In die ärztliche Ausbildung sind weitere geeignete Krankenhäuser und Lehrpraxen einzubeziehen, ohne die Qualität der Lehre zu beeinträchtigen. Dabei sollte auch ermöglicht werden, das Praktische Jahr außerhalb der Universitätsklinik der Heimatuniversität und der ihr zugeordneten Lehrkrankenhäuser zu absolvieren. Die KMK sollte die hierfür erforderlichen Voraussetzungen insbesondere im Kapazitäts- und Hochschulrecht schaffen. Danach ist die Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO) entsprechend anzupassen.

Der ambulante Versorgungsbereich sollte stärker als bisher in die ärztliche Ausbildung einbezogen werden. Damit soll der zunehmenden Verlagerung der Versorgung vom stationären in den ambulanten Bereich auch in der Lehre Rechnung getragen werden. Dazu soll die Möglichkeit eröffnet werden, nicht nur in der Allgemeinmedizin die ambulanten Strukturen verstärkt während des Praktischen Jahres einzubeziehen.

7. Erleichterung des Berufsübergangs

Kassenärztliche Vereinigungen und Ärztekammern sollten neu approbierten Ärzten unter Einbeziehung der Universitäten den Zugang zur stationären und zur ambulanten Versorgung erleichtern. Entsprechende Angebote von Kassenärztlichen Vereinigungen und Ärztekammern können die interessierten Ärztinnen und Ärzte nur mit Hilfe entsprechender Infrastruktur in den Ländern erreichen.

Medizinische Versorgungszentren

Um die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen von wirtschaftlichen Interessen zu gewährleisten, sollen MVZ künftig nur unter bestimmten engeren Voraussetzungen zugelassen werden.

- Beschränkung der MVZ-Gründungsberechtigung auf Vertragsärzte und Krankenhäuser mit Ausnahmeregelung aus Versorgungsgründen für gemeinnützige Trägerorganisationen (z.B. im Bereich der Dialyse)
- Beschränkung der zulässigen Rechtsformen auf Personengesellschaften und GmbHs, und Ausschluss der Rechtsform Aktiengesellschaft, um zu verhindern, dass auch aus reiner Kapitalbeteiligung Gewinne aus der vertragsärztlichen Versorgung gezogen werden.
- Der ärztliche Leiter muss selbst im MVZ tätig sein, um sicherzustellen, dass er tatsächlich Einwirkungsmöglichkeiten auf die Abläufe im MVZ hat.
- Die Geschäftsanteile eines MVZ müssen mehrheitlich in ärztlicher Hand liegen. Diese Beschränkung gilt in unterversorgten bzw. von Unterversorgung bedrohten Gebieten nicht.
- uneingeschränkter Bestandschutz für bestehende Einrichtungen
- Verlegung von Vertragsarztsitzen in ein MVZ im Rahmen eines Nachbesetzungsverfahrens nur dann, wenn keine Versorgungsgesichtspunkte entgegenstehen.

Harmonisierung des Berufs- und Vertragsarztrechts bzgl. der zulässigen Anzahl von Zweigpraxen (Lockerung des Berufsrechts)

Ambulante spezialärztliche Versorgung

1. Problemlage

Mit der Entwicklung des medizinischen Fortschritts hat das Erfordernis der ärztlichen und pflegerischen **Interdisziplinarität** bei Diagnostik und Therapie einer Vielzahl von Erkrankungen zugenommen. Auch die **Multimorbidität** stellt zunehmend – nicht zuletzt im Zusammenhang mit dem steigenden Lebensalter – eine Herausforderung dar, die oftmals nicht mehr innerhalb der Fachgebiete einzelner Fachärzte angegangen werden kann. Die Diagnostik und Behandlung **komplexer Krankheitsbilder** in hoher Qualität erfordern **Expertise** von Spezialisten bzw. spezielles medizinisches Wissen, interdisziplinäre Kooperation und oftmals besondere Ausstattungen.

Zudem kann es medizinisch auch sinnvoll sein, nach Entlassung aus dem Krankenhaus eine dort stationär begonnene **komplexe Behandlung** ambulant – unter Wahrung der Behandlungskontinuität – weiterzuführen.

Diese Entwicklung wirkt sich nicht nur auf die Krankenhausversorgung, sondern auch auf die ambulante Versorgung aus. Sie erhöht insbesondere die Anforderungen an interdisziplinäre Diagnostik und Therapie im ambulanten Bereich und bringt zugleich einen Trend zur (begrenzten) Verlagerung der Versorgung in den ambulanten Bereich mit sich. Inzwischen ist es aufgrund des medizinischen Fortschritts möglich, viele bisher stationär erbrachte Behandlungen ambulant durchzuführen (in der Onkologie z.B. die hochkomplexe Strahlen- und Chemotherapie, in der Kardiologie die kathetergestützten Eingriffe zur Diagnostik oder Stent-Einlage, hochkomplexe Diagnostik wie z.B. Endoskopie, Bildgebung).

Die strenge sektorale Aufteilung der GKV-Versorgung (vertragsärztliche Versorgung – Krankenhausversorgung) wird dieser Entwicklung nicht mehr hinreichend gerecht;

insbesondere ist sie nicht (allein) in die Integrierte Versorgung zu kanalisieren. Eine weiterzuentwickelnde Organisation der Patientenversorgung hat sich dabei vorrangig an den medizinischen und strukturellen Anforderungen und an dem Nutzen für die betroffenen Patientinnen und Patienten auszurichten und nicht primär am Leistungserbringerstatus (Vertragsärzte/ vertragsärztliche Fachärzte, Krankenhäuser).

2.1 Leistungsumfang der ambulanten spezialärztlichen Versorgung

Die fachöffentliche Diskussion hat diese Entwicklung aufgegriffen und sie unter dem Begriff der „ambulanten spezialärztlichen Versorgung“ als einem spezifischen ambulanten medizinischen Versorgungsbereich zusammengefasst, bei dem die Diagnostik und Behandlung der Patientinnen und Patienten mit meist **komplexen Krankheitsbildern** eine besondere **Qualifikation, interdisziplinäre und interprofessionelle Kooperation** und oftmals **besondere Ausstattungen** für eine qualitativ hochwertige Versorgung erfordern.

Die spezialärztliche Versorgung umfasst damit insbesondere Bereiche, in denen die Notwendigkeit einer abgestimmten Diagnostik und Behandlung durch ein interdisziplinäres oder interprofessionelles Team besteht, sowie Leistungen, zu deren Erbringung besondere medizinische Kenntnisse und Erfahrungen erforderlich sind, die **deutlich über allgemeine Facharztqualifikationen hinausgehen**. Zugleich werden regelhaft besonders hohe Anforderungen an die Strukturqualität (aufwändige organisatorische, bauliche, apparativtechnische oder hygienische Anforderungen) gestellt. Es kann aber auch eine Leistungserbringung sein, welche ein besonderes Komplikationsrisiko für den Patienten oder die Patientin oder ein Gefährdungspotenzial für Dritte beinhaltet und daher sinnvollerweise im Rahmen einer definierten Infrastruktur (z.B. Strahlenbehandlung) erfolgen sollte. Behandlungsangebote "aus einer Hand", Kompetenzbündelung und Einbindung mehrerer Fachdisziplinen in Klinik und Praxis sowie hohe Qualitätsvorgaben (Förderung der Schwerpunktbildung) sollen die patientenorientierte Strukturierung des medizinischen Angebots fördern und so die Versorgungsqualität insgesamt verbessern.

Es erscheint zielführend, in die spezialärztliche ambulante Versorgung nicht nur Krankenhäuser, sondern auch besonders qualifizierte Vertragsärzte (auch im Verbund), Medizinische Versorgungszentren und Schwerpunktpraxen einzubeziehen, um ihr Potential besser zu nutzen und ihnen zusätzliche Entwicklungschancen zu eröffnen. Hinsichtlich des **Leistungsumfangs des spezialärztlichen Versorgungsbereichs** ist dabei zunächst von dem bisher in § 116b SGB V umfassten Spektrum auszugehen, d.h. Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen oder hochspezialisierte Leistungen, einschließlich der Krankheiten, für die der G-BA in seiner Richtlinie die Anwendung des § 116b SGB V erweitert hat.

- a) Versorgung der Patientinnen und Patienten mit besonderen Krankheitsverläufen wie
- onkologische Erkrankungen,
 - HIV/Aids,
 - schwere Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen,
 - schwere Herzinsuffizienz (NYHA Stadium 3-4),
 - Multiple Sklerose,
 - Anfallsleiden,
 - pädiatrische Kardiologie,
 - Frühgeborene mit Folgeschäden sowie
 - Querschnittslähmung bei Komplikationen, die eine interdisziplinäre Versorgung erforderlich machen.

Der Bedarf an spezialärztlicher Versorgung folgt regelmäßig z.B. aus **komplexen Verlaufsphasen** der Erkrankung, die eines abgestimmten Versorgungskonzepts bedürfen. Solche besonderen Verlaufsphasen können z.B. sein:

- Auftreten von (therapiebedingten) **Komplikationen**, und/oder schweren Therapie-Nebenwirkungen, die eine besondere/spezialisierte Überwachung erfordern,

- zusätzliche **Begleit- und Mehrfacherkrankungen** (Ko- und Multimorbiditäten),
- Übergang in schwerere Krankheitsstadien, **Krankheitsprogression**, akute **Verschlimmerungen**, weitergehende Krankheitsmanifestationen, etwa in verschiedenen Organsystemen.

Dabei ist deutlich herauszustellen, dass Patienten nicht bei jeder Grunderkrankung (z.B. Krebs) sondern nur bei besonderen Krankheitsverläufen diese spezialärztliche Versorgung benötigen.

- b) Versorgung der Patientinnen und Patienten mit seltenen Erkrankungen, wie
- Tuberkulose,
 - Mucoviszidose,
 - Hämophilie,
 - Fehlbildungen, angeborene Skelettsystemfehlbildungen und neuromuskuläre Erkrankungen,
 - schwerwiegende immunologische Erkrankungen sowie
 - biliäre Zirrhose,
 - primär sklerosierende Cholangitis,
 - Morbus Wilson,
 - Transsexualismus,
 - Kinder mit angeborenen Stoffwechselstörungen,
 - Marfan-Syndrom,
 - Pulmonale Hypertonie,
 - Kurzdarmsyndrom,
 - vor und nach Lebertransplantation.

Von seltenen Erkrankungen sind auch insbesondere Kinder und Jugendliche betroffen. Sie bedürfen einer besonderen Expertise und einer abgestimmten Diagnostik und kontinuierlichen Behandlung durch ein interdisziplinäres oder interprofessionelles Team, ohne dass dies generell im Rahmen einer stationären Versorgung erfolgen muss. Insbesondere bei Patienten mit seltenen Erkrankungen dauert es heute noch viel zu lange (u. U. bis zu einigen Jahren) ehe ihre Krankheit diagnostiziert wird und damit adäquat behandelt werden kann.

- c) Versorgung von Patientinnen und Patienten mit – auch ambulant erbringbaren – speziellen diagnostischen und therapeutischen (hochspezialisierten) Leistungen, deren Erbringung in besonders hohem Maße spezialärztliche Kompetenz erfordert. Gegenwärtig sind im § 116b SGB V bereits die Brachytherapie sowie CT/MRT-gestützte schmerztherapeutische Leistungen aufgeführt.

Darüber hinaus sind auch ambulante Operationen und stationsersetzende Leistungen (nach § 115b SGB V) einzubeziehen, sofern diese den o.g. Kriterien der spezialärztlichen Versorgung entsprechen (hinsichtlich der Art und Schwere des beabsichtigten Eingriffs oder unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes der Patienten – wie z.B. Ältere mit komplexem Krankheitsbild und Begleiterkrankungen und/oder Komplikationsrisiken). Das schließt eher komplexere Eingriffe ein, die eine hohe Expertise, interdisziplinäre Kooperation (Anästhesie, Labormedizin, Radiologie, Histologie, Pathologie, Notfallmanagement) auch z.B. hinsichtlich der Nachsorge erfordern (wie z.B. Implantation von Herzschrittmacher oder Defibrillator, Koronarangiographien, Operation an Blutgefäßen oder im Lymphsystem, endoskopische Operationen, Behandlung von Frakturen, etc.). Hingegen fallen nicht automatisch alle gegenwärtig im Katalog zum ambulanten Operieren gelisteten Eingriffe ohne Weiteres hierunter (z.B. nicht vergleichsweise "einfache" Eingriffe wie z.B. Entfernung von Knochensynthesematerial wie Draht, Klammern, kleinflächige Hauttransplantationen, einfache Katarakt-Operationen).

Die Einführung der ambulanten spezialärztlichen Versorgung durch Krankenhäuser und hierfür qualifizierte Vertragsärzte sollte stufenweise erfolgen:

- Die in § 116b SGB V genannten Erkrankungen und die Erweiterungen durch den G-BA werden in die Neuregelung übernommen und dabei auf die spezialärztlichen Versorgungsanforderungen einschränkend konkretisiert (1. Stufe).
- Ein Teil des ambulanten Operierens (§ 115b SGB V) ordnet der G-BA der spezialärztlichen Versorgung zu, dabei werden Abgrenzungskriterien gesetzlich vorgegeben. Im Übrigen bleiben für das nichtspezialärztliche ambulante Operieren die bisherigen Regelungen des § 115b SGB V erhalten. (2. Stufe oder Teil der 1. Stufe).
- Zu einem späteren Zeitpunkt wird geprüft, ob und welche Leistungen – insbesondere Leistungen, die bisher spezialgesetzlich geregelt sind – durch Gesetz in diesen Bereich überführt werden sollen (3. bzw. 2. Stufe).

2.1 Aufgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses

Der G-BA hat – wie bereits heute für den Leistungsbereich nach § 116b Abs. 2 und 3 SGB V den Leistungsbereich der ambulanten spezialärztlichen Versorgung im Rahmen gesetzlicher Vorgaben durch Richtlinien zu konkretisieren. Er kann im Rahmen der gesetzlichen stufenweisen Einführung den Bereich durch Richtlinien um weitere Erkrankungen (inklusive der Leistungen des spezialärztlichen ambulanten Operierens oder stationersetzender Leistungen) ergänzen.

Voraussetzung der Aufnahme von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen in den Katalog ist, dass sie eines durchgängigen diagnostischen oder therapeutischen Versorgungskonzeptes bedürfen. Ein besonderer Krankheitsverlauf kann sich sowohl durch die Krankheit selbst (z.B. bestimmte Formen, Stadien oder Phasen) als auch durch die Merkmale der Patienten im individuellen Fall (z.B. Begleiterkrankungen, Komplikationen) ergeben. Diese allein medizinisch entscheidbare Beurteilung im individuellen Fall verbleibt bei den jeweils behandelnden Ärzten, die die Patienten in die ambulante spezialärztliche Versorgung überweisen. Der G-BA trifft daher in den Richtlinien auch Regelungen zu Überweisungserfordernissen für den spezialärztlichen Versorgungsbereich.

Zudem werden vom G-BA die notwendigen medizinisch-inhaltlichen Anforderungen persönlicher und sächlicher Art an die Leistungserbringung im Rahmen der ambulanten spezialärztlichen Versorgung für alle Leistungserbringer einheitlich festgelegt. Die Anforderungen betreffen insbesondere die fachliche Qualifikation, die Strukturqualität, organisatorische, bauliche, apparativ-technische und hygienischen Anforderungen, Anforderungen an das interdisziplinäre Team, einschließlich Notfallsituationen und besondere Maßnahmen zur Qualitätssicherung.

3. Zugang für Leistungserbringer zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung

Auch für den Zugang zur Leistungserbringung im Bereich der ambulanten spezialärztlichen Versorgung sollen für die jeweiligen spezialärztlichen Leistungen für die in Betracht kommenden Leistungserbringer (Vertragsärzte, MVZ's und Krankenhäuser) einheitliche Qualifikations- und Qualitätsanforderungen festgelegt werden. Die jeweiligen Anforderungen (sächliche und personelle Voraussetzungen für die Leistungserbringung) sind vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festzulegen (s. unter 2.2).

Für Leistungserbringer, die die leistungsspezifisch festgelegten Anforderungen erfüllen, besteht in dem jeweils definierten Leistungsbereich grundsätzlich freier Zugang zur Teilnahme an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung („Jeder, der kann, darf“). Die Erfüllung der Anforderungen ist aber nachzuweisen bzw. zu überprüfen. Zur Vermeidung von Interessenkonflikten sollte die notwendige Überprüfung, ob ein Leistungserbringer, der an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung teilnehmen möchte, die jeweils festgelegten Qualifikations-

und Qualitätsanforderungen erfüllt, einer „neutralen“ Stelle übertragen werden. Für die Übernahme dieser Aufgabe ist eine Stelle auf Landesebene zu bestimmen (→ Klärung mit den Ländern erforderlich).

In einer späteren Entwicklungsphase kommt auch in Betracht, bei einigen (häufigeren) Erkrankungen gezielt den einzelnen Krankenkassen die Möglichkeit zum selektiven Kontrahieren zu eröffnen, mit der neben der Erweiterung der Wettbewerbsfelder in der GKV auch Tendenzen einer Überversorgung begegnet werden kann.

4. Finanzierung

Die Finanzierung sollte für alle Leistungserbringer einheitlich zunächst über den EBM erfolgen (wie bisher bei § 116b und in der Praxis auch bei § 115b). Die Ausgaben für die bisherigen Leistungen nach § 116b SGB V sind nicht zuletzt wegen erheblicher Umsetzungsdefizite gering (GKV-Ausgaben 2009 37 Mio. €). Der Ausgabenblock für Leistungen nach § 115b SGB V ist größer (GKV-Ausgaben 2009 2,2 Mrd. €). Von diesen Leistungen wird jedoch nur ein Teil der ambulanten spezialärztlichen Versorgung zugeordnet. Da der EBM die spezialärztlichen Leistungen – insbesondere bei deren Erweiterung – und die teamorientierte Fallbehandlung nicht hinreichend abbildet, sollte zeitnah ein Verfahren zur Entwicklung einer eigenständigen, möglichst pauschalierten Vergütung für diese Leistungen gesetzlich vorgegeben werden.

5. Wahrung gleicher Wettbewerbsbedingungen im Hinblick auf Investitionskosten

Konkurrieren Krankenhäuser und niedergelassene Vertragsärzte bei gleichen Preisen um die Erbringung ambulanter spezialärztlicher Leistungen, sehen sich die niedergelassenen Vertragsärzte gegenüber Krankenhäusern (wie heute schon bei Leistungen nach § 115b oder § 116b SGB V), dadurch benachteiligt, dass sie im Gegensatz zu Krankenhäusern keine Landesfördermittel zur Finanzierung von Investitionen erhalten, sondern ihre Investitionskosten ausschließlich aus den erzielten Vergütungen für die erbrachten Leistungen decken müssen, die einen pauschalen Anteil für Investitionskosten enthalten.

Die Krankenhausinvestitionsförderung der Länder ist zweckgebunden zur Sicherstellung der stationären Krankenhausversorgung, dementsprechend dürfen die Fördermittel der Länder nur für Investitionen im stationären Krankenhausbereich verwendet werden. Eine gezielte Investitionsförderung für die ambulante Tätigkeit von Krankenhäusern ist danach ausgeschlossen. Soweit Krankenhäuser aus den Erlösen für stationäre Behandlungen erwirtschaftete Überschüsse zur Finanzierung investiver Aufwendungen für ihren ambulanten Behandlungsbereich verwenden, ist dies zulässig und begegnet keinen Bedenken; eine Vermengung mit Zuwendungen für stationäre Investitionen findet insoweit nicht statt.

Allerdings ist nicht von der Hand zu weisen, dass die vorhandene – und hinsichtlich ihres Investitionsaufwandes mit öffentlichen Mitteln geförderte – stationäre Infrastruktur von Krankenhäusern, insbesondere wenn sie auch zur Erbringung ambulanter Leistungen genutzt wird, einen Wettbewerbsvorteil von Krankenhäusern gegenüber niedergelassenen Vertragsärzten begründen kann. Dieser hängt sehr von den Umständen der jeweiligen konkreten Wettbewerbskonstellation ab.

Hinsichtlich der Ausgestaltung der Rahmenvorgaben für die Vergütung ambulanter spezialärztlicher Leistungen wäre vor diesem Hintergrund zur Wahrung gleicher Wettbewerbschancen von niedergelassenen Vertragsärzten und Krankenhäusern wie auch zur Förderung der Akzeptanz bei den Vertragsärzten zu erwägen, bei öffentlich geförderten Krankenhäusern einen Investitionskostenabschlag (als Durchschnittswert) von der Vergütung vorzusehen. Eine vergleichbare Regelung existiert bereits in Bezug auf die Vergütung der Leistungen der einzelnen Hochschulambulanzen (vgl. § 120 Abs. 2 Satz 5 SGB V).

Vertragszahnärztliche Versorgung

Gesetzgeberischer Handlungsbedarf zur strukturellen Weiterentwicklung des Vergütungssystems für die vertragszahnärztliche Behandlung besteht im Hinblick auf die "Ablösung der strikten Budgetierung" sowie hinsichtlich der "Schaffung gleicher Wettbewerbsbedingungen" zwischen den Krankenkassen.

In der Vergangenheit aufgetretene Wanderungsbewegungen und Veränderungen in der Versichertenstruktur haben bei einzelnen Krankenkassen zu erheblichen Strukturverschiebungen und damit auch zu größeren Veränderungen der durchschnittlichen Leistungsmenge je Versicherten geführt. Aufgrund des Grundsatzes der Beitragstabilität können daher Leistungen zum Teil nicht mehr angemessen vergütet werden.

Die Ersatzkassen haben historisch bedingt im Bereich der zahnärztlichen Behandlung höhere Punktwerte und damit verbunden auch höhere Gesamtvergütungen als die übrigen Krankenkassen vereinbart. Die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zur Deckung der standardisierten Leistungsausgaben beruhen hingegen auf den durchschnittlichen Ausgaben für die Versicherten.

- Der Vorrang des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität und die strikte Anbindung an die Grundlohnsummenentwicklung bei der Anpassung der Gesamtvergütungen werden aufgegeben („Ablösung der strikten Budgetierung“).
- Den regionalen Vertragspartnern werden für die Vereinbarungen der Gesamtvergütungen größere Verhandlungsspielräume eröffnet. Es werden neue Kriterien (Zahl und Struktur der Versicherten, orale Morbiditätsentwicklung, Kosten- und Versorgungsstruktur) vorgegeben, um bedarfsgerechte und den morbiditätsbedingten Leistungsbedarf widerspiegelnde Vergütungen zu ermöglichen.
- Durch die einmalige Ermittlung landesdurchschnittlicher Punktwerte und Berücksichtigung dieser Werte als Ausgangsbasis für die Vergütungsvereinbarungen werden Belastungsunterschiede zwischen den Krankenkassen beseitigt und Chancengleichheit im Wettbewerb hergestellt.

Innovative Behandlungsmethoden

Stärkung der wettbewerblichen Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen auf der Leistungsseite

Mit dem GKV-Finanzierungsgesetz und der schrittweisen Einführung einkommensunabhängiger Zusatzbeiträge wurden die Voraussetzungen für einen transparenten Preiswettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen geschaffen. Damit muss nun in einem zweiten Schritt die Stärkung der wettbewerblichen Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen auf der Leistungsseite der GKV einhergehen.

Damit mit dem gestärkten Preiswettbewerb ein Qualitätswettbewerb einhergeht und so Anreize geschaffen werden, die Qualität und Effizienz der Versorgung zu verbessern, sollen die wettbewerblichen Handlungsmöglichkeiten der gesetzlichen Krankenkassen auf der Leistungsseite erweitert werden. Überschneidungen zu Zusatzversicherungen privater Krankenversicherungsunternehmen sollten möglichst vermieden werden. Leistungsseitig kommen Maßnahmen in Betracht, die bereits heute grundsätzlich ihrer Art nach zur GKV gehören.

Dieser Wettbewerb, mit dem sich die Krankenkassen auf der Leistungsseite unterscheiden können, ist derzeit über den Regelleistungskatalog hinaus nur in sehr geringem Umfang möglich.

Nachdem der rechtliche Rahmen für die Wahltarife mit dem GKV-FinG angepasst wurde, erscheint es erforderlich, vor allem die bisherigen Angebotsmöglichkeiten für Satzungs- und Ermessenleistungen der Krankenkassen auszuweiten. Dabei geht es ausschließlich um Leistungen, die eine Krankenkasse zusätzlich zum allgemeinen Leistungskatalog allen ihren Versicherten gewähren kann. Das geltende Recht sieht nur in relativ begrenztem Umfang Satzungs- und Ermessenleistungen bspw. bei ambulanten Vorsorgeleistungen und im Bereich der Haushaltshilfe vor. Das Wettbewerbspotential solcher Leistungen sollte zugunsten der Versicherten genutzt und weiter ausgeweitet werden. Erweiterte Satzungsmöglichkeiten kommen etwa bei Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen, der häuslichen Krankenpflege, Heil- und Hilfsmitteln und ggf. für verbesserte Möglichkeiten beim Abschluss von Einzelverträgen mit nicht zugelassenen Leistungserbringern in Betracht. Die Art und der Umfang der jeweiligen Satzungsleistungen müssen klar durch die Krankenkasse definiert sowie transparent und für den einzelnen Versicherten verständlich dargestellt werden.

Ebenso sollen Möglichkeiten einer spezifischen Leistungsgestaltung durch die Ermöglichung von Gruppentarifen einzelner Krankenkassen mit Beschäftigtengruppen sowie mit Patientenorganisationen und Behindertenverbänden eröffnet werden. Auch hierbei soll es sich stets um ein "Mehr an Leistungen" für die Versicherten handeln. Solche Gruppentarife sollen der Verbesserung im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit bestimmten Erkrankungen dienen. Gerade im Bereich von Beschäftigungsgruppen wären hier zwischen Arbeitgebern und Krankenkassen abgestimmte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung vorstellbar. Daneben könnte das zusätzliche Angebot bspw. koordinierte Behandlungsangebote für Behinderte und Patientengruppen, besondere Vernetzungsformen von Leistungserbringern oder spezifische Serviceangebote für diese Personengruppen beinhalten.

Verbot der Zuweisung gegen Entgelt

Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Gründung von Teil-Berufsausübungsgemeinschaften (Teil-BAG) auch zu dem Zweck erfolgt, einen Verstoß gegen das Verbot der Zuweisung gegen Entgelt (§ 31 Musterberufsordnung (MBO)-Ärzte) zu verschleiern. In der Praxis bilden zuweisende Ärzte und Operateure ohne Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen eine Teil-BAG, erhalten hierfür eine Zulassung und verteilen den Gewinn in Abhängigkeit von den Zuweisungszahlen. Das Verbot der Zuweisung soll deshalb präziser und praktikabler gestaltet werden durch eine - ausdrückliche gesetzliche Regelung, dass Zuweisungen gegen Entgelt einen Verstoß gegen vertragsärztliche Pflichten darstellen (§ 95 / § 128 SGB V), - Konkretisierung der Zulassungsvoraussetzungen von Teil-Berufsausübungsgemeinschaften; diese dürfen nicht nur zur Umgehung des Verbots der Zuweisung gegen Entgelt gegründet werden (§ 33 Abs. 2 Ärzte-ZV).

Entwurf für eine Novelle § 115 SGB V

Problem: Die Erbringung medizinisch notwendiger vor- und nachstationärer Behandlung nach § 115a Abs. 1 Nr.1 und 2 SGB V obliegt grundsätzlich den Krankenhäusern. Faktisch wird die Erbringung dieser vor- und nachstationären Leistungen jedoch immer stärker in die Praxen der Vertragsärzte verlagert. Das hat zur Konsequenz, dass diese in den vorrangigen Zuständigkeitsbereich der Krankenhäuser fallenden Leistungen zu Lasten der vertragsärztlichen Gesamtvergütung erbracht und abgerechnet werden, obwohl in den DRGs der Krankenhäuser entsprechende Finanzanteile für diese Leistungen vorgesehen sind.

Lösungsansatz: Änderung des § 115 SGB V durch eine Ergänzung in § 115 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGBV, die wie folgt aussehen könnte:

(1) ...

(2) Die Verträge regeln insbesondere

1. die Förderung des Belegarztwesens und der Behandlung in Einrichtungen, in denen die Versicherten durch Zusammenarbeit mehrerer Vertragsärzte ambulant und stationär versorgt werden (Praxiskliniken),
2. die gegenseitige Unterrichtung über die Behandlung der Patienten sowie über die Überlassung und Verwendung von Krankenunterlagen,
3. die Zusammenarbeit bei der Gestaltung und Durchführung eines ständig einsatzbereiten Notdienstes,
4. die Durchführung einer vor- und nachstationären **Diagnostik und Behandlung im Krankenhaus nach § 115a einschließlich der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der Verhinderung von Missbrauch; in den Verträgen können von § 115a Abs. 2 Satz 1 bis 3 abweichende Regelungen vereinbart werden; *in den Verträgen kann ergänzend zu § 115a auch vereinbart werden, dass vor- und nachstationäre Diagnostik und Behandlung im Auftrag des Krankenhauses durch Vertragsärzte in deren Arztpraxis erfolgen kann.***
5. die allgemeinen Bedingungen der ambulanten Behandlung im Krankenhaus.

Sie sind für die Krankenkassen, die Vertragsärzte und die zugelassenen Krankenhäuser im Land unmittelbar verbindlich.

Begründung: Die Erbringung medizinisch erforderlicher vor- und nachstationärer Behandlung i. S. von § 115a Abs. 1 Nr. 1 u. 2 SGB V obliegt im Rahmen der DRGs grundsätzlich den Krankenhäusern. Tatsächlich verlagern die Krankenhäuser diese Behandlungen jedoch vermehrt in den vertragsärztlichen Bereich („Blutige Entlassung“), was zur Folge hat, dass diese Behandlungen fälschlicherweise zu Lasten der Gesamtvergütung erbracht und abgerechnet werden. Dies ist u. a. auch darin begründet, dass viele Krankenhäuser nicht alle ärztlichen Disziplinen vorhalten und von daher die vor- und nachstationäre Behandlung häufig nur durch den Vertragsarzt gewährleistet werden kann. Das bedeutet, dass die Vertragsärzte die vor- und nachstationäre Behandlung nicht nur organisieren, sondern aufgrund der Kenntnis des persönlichen Um-

felds des Patienten und der individuellen lokalen Gegebenheiten (Verfügbare Pflegedienste, Krankengymnasten etc.) die Fachleute in der vor- und nachstationären Behandlung sind. Durch die Ergänzung des § 115 SGB V in Absatz 2 Nr. 4 soll dieser Entwicklung Rechnung getragen und ermöglicht werden („Prinzip der gleichlangen Spieße“), dass die Kassenärztlichen Vereinigungen in Verträgen nach § 115 SGB V mit den Vertragspartnern regeln können, dass die vor- und nachstationäre Behandlung im Auftrag der Krankenhäuser an die Vertragsärzte delegiert wird und diese Behandlung auch in der Arztpraxis erfolgen kann. Insbesondere soll dadurch auch gewährleistet werden, dass für die Erbringung dieser Leistungen eine gesonderte Vergütung (außerhalb der Gesamtvergütung) durch die Krankenhäuser geleistet wird, da in den meisten DRGs bereits DRG-Anteile für die vor- und nachstationäre Behandlung enthalten sind. Durch die dreiseitigen Verträge sind Inhalt und Umfang der Vergütung, beispielsweise in Form einer ausbudgetierten vor- oder nachstationären Behandlungspauschale für den Vertragsarzt, so exakt zu definieren, dass eine „Zuweisung gegen Entgelt“ nicht stattfinden kann.