

Thema: Die Pläne für das GKV-Versorgungsgesetz werden konkret: Bis Ostern will die schwarz-gelbe Koalition in Berlin Eckpunkte für ein Versorgungsgesetz vorlegen, die Union hat ihre Vorstellungen jetzt in einem 14-Punkte-Programm formuliert. Kernpunkt ist eine kleinräumigere, sektorenübergreifende Bedarfsplanung. Eine wichtige Rolle in den hierfür vorgesehenen regionalen Versorgungsausschüssen könnte dabei künftig auch den Ärztekammern zukommen. **von Bülent Erdogan-Griese**

Neuer Anlauf für eine integrierte Bedarfsplanung



Der Paukenschlag hatte es in sich: Mit einem 14 Punkte umfassenden Positionspapier haben CDU und CSU vor wenigen Tagen die Debatte über das von der Koalition angekündigte Versorgungsgesetz eröffnet. Lange Zeit, ob im Bundestagswahlkampf 2009 oder im schwierigen ersten Regierungsjahr 2010, hatte sich die Union mit strukturellen Reformvorschlägen für das aus vielen Richtungen in die Kritik geratene Gesundheitssystem zurückgehalten. Stattdessen kümmerten sich Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel (CDU) und Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler (FDP) zunächst darum, die Finanzlöcher in der Gesetzlichen Krankenversicherung zu stopfen und die Ausgabenentwicklung im Arzneimittelsektor zu bremsen. Auch die rund 325.000 kurativ tätigen Ärztinnen und Ärzte in Niederlassung und Klinik mussten ihren Teil zum Milliarden-Sparpaket der Koalition beitragen.

Kleinräumigere Bedarfsplanung

Mit dem koalitionsinternen Vorstoß dürfte das Jahr 2011 nun also endgültig im Zeichen einer inhaltlichen Reform des Gesundheitswesens stehen. Die Gesundheitsexperten von CDU und CSU gehen dabei große Fragen an: Kernthema ist die Bedarfsplanung von morgen, die auch Anreize für die Niederlassung in unterversorgten Regionen setzen soll. Die Union greift dabei einige bereits im Raum stehende Vorschläge auf. Einer davon ist, auf Landesebene sektorübergreifende Versorgungsausschüsse einzurichten, denen neben den Kassenärztlichen Vereinigungen auch die Ärztekammern angehören sollen. Weitere Partner wären Krankenhausträger, Krankenkassen und die Gesundheitsministerien

der Länder sowie Kommunen und Patientenvertreter. Die Ausschüsse sollen die Möglichkeit erhalten, „Planungsbezirke, bei Bedarf auch nur bezogen auf einzelne Arztgruppen, kleinräumiger und flexibler zu gestalten, um die Sitzverteilung besser steuern zu können“, heißt es in dem Papier.

Nach den Plänen soll unterschieden werden können zwischen der Versorgung mit Haus-, Kinder- und Frauenärzten, der allgemeinen fachärztlichen Versorgung und einer spezialisierten fachärztlichen Versorgung. „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 unterversorgten Regionen sollen auch die Kliniken in die Planung einbezogen werden. „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.“ An die Stelle von Einzelermächtigungen sollen dabei künftig Institutsermächtigungen treten.

Um Anreize für die Niederlassung in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebieten setzen zu können, soll der Versorgungsausschuss ein Prozent der Gesamtvergütung für Investitionskostenzuschüsse oder Vergütungszuschläge oder die Förderung von Studenten in einen Strukturfonds umlenken können. Darüber hinaus sollen die Notdienstbezirke größer und die Notdienstangebote der Kliniken einbezogen werden. Die generelle Pflicht von Niedergelassenen, am allgemeinen ärztlichen Notdienst teilzunehmen, soll überprüft, die Notdienste selbst sollen „angemessen“ honoriert werden, heißt es in dem Papier. Leistungen in unterversorgten Gebieten sollen immer voll erstattet werden. Allerdings ist damit keine generelle Abkehr von der Mengensteuerung geplant. „Ärzte, die in solchen Regionen tätig sind, unterliegen re-



Der Arztberuf muss wieder attraktiver werden: Präsident der Ärztekammer Nordrhein **Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe**. Foto: Erdmenger/ÄkNo

gelmäßig einer enormen Arbeitsbelastung, die für sich mengenregulierend wirkt“, heißt es erläuternd.

Die bestehenden Möglichkeiten zum Aufkauf von Praxen in überversorgten Gebieten sollen durch eine Regelung ergänzt werden, die es im Rahmen des Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Absatz 4 SGB V ermöglicht, den Arztsitz in unterversorgte Gebiete zu verlegen. „Der Wert der Praxis samt Einrichtung ist allerdings natürlich zu ersetzen“, schreiben die Politiker in ihrem Papier. Generell vorstellbar ist für die Union auch die zeitliche Befristung von Kassenzulassungen.

An der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung fordert die Union in ihrem Papier einen einheitlichen Rahmen, so zum Beispiel gleiche Qualitätskriterien und Pauschalen für Leistungen, die sowohl von Niedergelassenen als auch in Kliniken erbracht werden. Gemeint sind hier insbesondere die § 115b und 116b SGB V. Vor- und nachoperative Leistungen sollen in der Pauschale berücksichtigt werden.

Unverbindlicher bleibt Röslers Koalitionspartner in der Frage der vertragsärztlichen Honorierung. Zuerst soll die KBV Zahlen zur Honorarentwicklung in 2009 vorlegen: Immerhin sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen offenbar zur Einzelleistungsvergütung zurückkehren können. Das Regelleistungsvolumen (RLV) soll eine „ausreichende“ Finanzierung der „medizinischen Grundversorgung“ ermöglichen, die RLV sollen nicht durch eine „extrabudgetäre Leistungsabrechnung gemindert“ werden. Bis Ostern wollen sich die Koalitionspartner nun auf Eckpunkte verständigen.

Gesundheitsminister Rösler, der selbst bereits eine „echte Honorarreform“ angekündigt hat, verzichtete auf eine öffentliche Bewertung der Unions-Pläne. Dafür wandte sich kurz nach deren Veröffentlichung Daniel Bahr, Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium und FDP-Chef in NRW, an den Koalitionspartner. „Wenn wir jetzt irgendwo ein Problem haben, dann gibt es schon bisher viel Planwirtschaft und Regulierung. Man versucht de facto, Ärzte aufs Land zu zwingen. Wenn man das jetzt noch kleinteiliger und bürokratischer macht, dann wird das Ergebnis nicht besser“, sagte Bahr im SWR-Fernsehen. Die SPD-Opposition beschränkte sich im Wesentlichen auf den Hinweis, dass für die meisten Punkte Einvernehmen mit den Bundesländern hergestellt werden müsse.

Hoppe: Arztberuf attraktiver gestalten

Der Präsident der Ärztekammer Nordrhein und der Bundesärztekammer, Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, begrüßt die angestoßene Diskussion. „Im Mittelpunkt eines Versorgungsgesetz muss stehen, den Arztberuf wieder attraktiver zu gestalten“, sagte Hoppe. Die von der Koalition geplante Neugestaltung der Bedarfsplanung unter Einbeziehung der Ärztekammern sei daher ein richtiger und wichtiger Schritt für eine patientengerechte ambulante und stationäre medizinische Versorgung der Bürger sowohl in den Städten als auch auf dem Land. Dass der angestrebte Strukturfonds für

unterversorgte Gebiete allerdings aus der Gesamtvergütung und damit aus dem normalen Vergütungstopf gespeist werden könnte, lehnt Hoppe als nicht zielführend ab. „Mittel aus einem ohnehin chronisch unterfinanzierten System für die Sicherstellung der Versorgung auf dem Land umzuleiten, ist der falsche Weg“, so der Kammerpräsident. Mit Blick auf den § 116b warnt Hoppe vor einem ruinösen Wettbewerb zwischen Niedergelassenen und Kliniken: „Ein unnötiger und kostenintensiver Aufbau von Doppelstrukturen würde die Bemühungen um eine bessere Versorgung konterkarieren.“

Gesundheitsministerin gesprächsbereit

Nach Ansicht von NRW-Gesundheitsministerin Barbara Steffens (Grüne) enthält das Unionspapier „viele gute Punkte. Doch die Tücke liegt im Detail“, sagte die Ministerin dem *Rheinischen Ärzteblatt*. „Ich bin sehr gespannt darauf, wie die Überschriften mit Inhalten gefüllt werden. Nordrhein-Westfalen ist gerne bereit, Vorschläge für eine gute Versorgungsstruktur zu übermitteln. Der wichtigste Punkt für uns ist dabei, dass die Länder perspektivisch auch in der ambulanten Versorgung mitbestimmen können.“



Will künftig auch in der ambulanten Versorgung mitbestimmen:
NRW-Gesundheitsministerin
Barbara Steffens (Grüne).
Foto: Staatskanzlei/
Sondermann

Bedauerlich sei, dass sich das Papier zum Thema Honorar um klare Aussagen zur Korrektur der letzten Honorarreform, die gerade die Ärztinnen und Ärzte in NRW massiv benachteiligt habe, herumdrücke. „Sich hinter ausstehenden Analysen der tatsächlichen Zahlen zur ärztlichen Vergütung zu verstecken, hilft nicht weiter und ignoriert die Fakten. Die Ärztinnen und Ärzte in NRW brauchen nach dem ersten Konvergenzschritt aus dem GKV-Finanzierungsgesetz zeitnah eine verlässliche Perspektive für eine bundesweit einheitliche Vergütung“, so Steffens. Dabei sei gleichzeitig ein ausreichendes Maß an Flexibilität zu verankern, um angemessen auf regionale Versorgungssituationen reagieren und die Ärztinnen und Ärzte in Nordrhein-Westfalen halten zu können.

Mit Blick auf die vorgeschlagenen Versorgungsausschüsse sagte Steffens: „Ich setze mich für eine sektorübergreifende Betrachtung der Versorgungswirklichkeit und der tatsächlichen Versorgungsbedarfe ein. Dies fängt bei der Bedarfsplanung an und geht bis zur Vorhaltung der jeweiligen Versorgungsangebote vor Ort. Hier ist jedoch genau darauf zu achten, eine sektorübergreifende Analyse und Betrachtung nicht mit der konkreten Planungs- und Sicherstellungsverantwortung der Länder in der Krankenhausplanung zu vermischen.“

Sagen Sie uns Ihre Meinung

Wie sollte die medizinische Versorgung von morgen Ihrer Ansicht nach aussehen? Schreiben Sie uns Ihre Meinung zum geplanten Versorgungsgesetz an rheinisches-aerzteblatt@aekno.de.