



## **Positionspapier „Medizinische Versorgung in Deutschland“**

Seit Jahren findet in Deutschland eine Diskussion um die „richtige“ Zahl von Ärzten zur bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung statt. Wurde in den 90er Jahren noch ein Überangebot an Ärztinnen und Ärzten behauptet, wird für die Zukunft eine sich abzeichnende Mangelversorgung befürchtet. 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 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 Union hält am Ziel einer flächendeckenden medizinischen Versorgung in Deutschland fest. Angesichts eines zunehmenden Ärztemangels ist dies eine große Herausforderung.

Da die Ursachen vielschichtig 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. Dazu gehört es ausdrücklich auch, vorhandene Effizienzreserven beim Übergang zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu heben und Fehlsteuerungen zu vermeiden. Eine solche Reform ergänzt die zurückliegende Finanzierungsreform zu einem Gesamtkonzept im Sinne einer guten Patientenversorgung.

### **I. Flexibilisierung der Bedarfsplanung und Stärkung der Einwirkungsmöglichkeiten der Länder auf die Versorgungsplanung**

- Der Gemeinsame Bundesausschuss erhält die Kompetenz, unter Beibehaltung des bestehenden Zulassungssystems Planungsbereiche flexibler zu gestalten und bei Struktur und Größe zwischen hausärztlicher, fachärztlicher und spezialisierter fachärztlicher Versorgung zu differenzieren. Dabei hat er die Verhältniszahlen unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung und weiterer Faktoren, die Auswirkungen auf den tatsächlichen Versorgungsbedarf haben, anzupassen. Hierzu gehören auf regiona-

ler Ebene auch die Sozialstruktur der Bevölkerung die räumliche Ordnung im Planungsbereich sowie die vorhandenen Versorgungsstrukturen. Dadurch kann den besonderen Anforderungen sowohl ländlicher als auch städtischer Strukturen differenziert Rechnung getragen werden.

Die Länder erhalten ein Mitberatungsrecht bei den Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu Fragen der Bedarfsplanung.

- Der von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen aufgestellte Bedarfsplan ist zukünftig den zuständigen Landesbehörden vorzulegen. Sie erhalten darüber hinaus ein Beanstandungsrecht.
- Die regionalen Gremien erhalten gesetzlich mehr Gestaltungsspielraum, um die regionale Bedarfsplanung an den konkreten Versorgungsbedarf anzupassen. Die Beteiligungsrechte der Länder gegenüber dem jeweiligen Landesausschuss werden im Sinne einer Mitberatung ausgeweitet, sie erhalten darüber hinaus die Rechtsaufsicht über das Gremium.
- Die Länder erhalten das Recht, daneben ein beratendes sektorübergreifendes Gremium auf Landesebene zu schaffen, dem neben der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landeskrankengesellschaft, den gesetzlichen Krankenkassen auch die Landesärztekammer, Patientenvertreter, Vertreter des zuständigen Landesministeriums und der Kommunen angehören können. Ziel ist es, in einem sektorübergreifenden Ansatz auch das Potenzial eines ambulanten Angebots am Krankenhaus und an den Rehakliniken in einer unterversorgten Region berücksichtigen zu können.
- Um flexibel auch finanzielle Anreize für die Niederlassung in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebieten setzen zu können, erhält der Ausschuss die Möglichkeit, über einen neu einzurichtenden Strukturfonds, in den ein Teil 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, sodass sich für den einzelnen Arzt die Zahl der Bereitschaftsdienste reduziert. Das Notdienstangebot der Krankenhäuser muss dabei mit einbezogen und beide Angebote idealerweise integriert werden.

- Gelingt die Sicherstellung der Versorgung durch die Maßnahmen des Landesausschusses für einen bestimmten Bezirk nicht, kann die regionale Kassenärztliche Vereinigung zu Lasten der Gesamtvergütung Ärzte anstellen.

Mit diesen Maßnahmen bekommt die Versorgung wieder den regionalen Bezug und die Möglichkeit zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, die für eine gute Versorgung nötig sind.

## **II. Einheitliche Rahmenbedingungen und Vergütungen**

Es ist erforderlich, 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. Aber es ist ein sektorübergreifender Ordnungsrahmen erforderlich. 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 erbringen muss; dabei sind die Operationen, die ein Arzt im Rahmen von Aus- und Weiterbildung beaufsichtigt, zu berücksichtigen.
- 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.

## **III. Bessere Steuerung der Versorgung**

Das heutige System der Zulassungssperren hat sich in seiner häufig schematischen und starren Umsetzung nicht bewährt. Zudem gibt es kein Instrument, um die bestehende Überversorgung in manchen Bezirken zielgerichtet zugunsten schlechter versorgter Bezirke abzubauen. Dies wollen wir ändern, indem

- die finanzielle Steuerung des ärztlichen Niederlassungsverhaltens eine praktikable gesetzliche Grundlage erhält und dann tatsächlich konsequent umgesetzt wird.

- die bestehenden gesetzlichen Möglichkeiten zum Aufkauf von Praxen genutzt und ausgebaut werden. Dabei ist zu regeln, dass im Rahmen des Nachbesetzungsverfahrens auf eine Nachbesetzung in überversorgten Gebieten verzichtet werden kann. Der Wert der Praxis samt Einrichtung ist dabei natürlich zu ersetzen.
- die zeitlich befristete Zulassung in Ergänzung zur lebenslangen Zulassung unter Berücksichtigung des Bestandsschutzes möglich wird, insbesondere für überversorgte Regionen.

#### **IV. Kooperation von niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern**

Wir wollen die Zusammenarbeit von Ärzten und Krankenhäusern ganz praktisch vereinfachen und befördern. Deshalb schlagen wir folgende Maßnahmen 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 zu stärken.
- Eine Verbesserung des Entlassmanagements nach einer Krankenhaus- oder Reha-Behandlung. Die mit der Einführung eines verpflichtenden Entlassmanagements verbundenen Erwartungen haben sich in der Praxis nicht erfüllt. 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. Grundsätzlich sehen wir auch die Krankenkassen in der Mitverantwortung.

#### **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 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 die niedergelassenen Strukturen durch Kapitalbeteiligungen und Renditestreben dominiert werden. Deshalb schlagen wir vor:

- Es muss sichergestellt sein, dass die Leitung in der medizinischen Versorgung eines MVZ rechtlich wie praktisch in ärztlicher Hand liegt.
- 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.
- Durch die kleinräumigere Versorgungsplanung soll auch verhindert werden, dass MVZ Vertragsarztsitze in unterversorgten Gebieten innerhalb eines Landkreises/Planungsbezirkes aufkaufen und an ihren Sitz verlegen.
- Grundsätzlich sind die Möglichkeiten, einen Vertragsarztsitz aus einem MVZ oder eine Praxis wieder herauszulösen, zu flexibilisieren und anzugleichen.

(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.

## **VI. Nachwuchsförderung und Weiterbildung**

Von denjenigen, die ein Medizinstudium begonnen haben, finden sich am Ende zu wenige 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 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 sind mehr Professuren für Allgemeinmedizin notwendig.

- 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. 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 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 wirkliche 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 dazu zahlen 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.

## **VII. 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 und diese 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 – 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 demografischen sowie diagnosebasierten Faktor ersatzweise ermittelt wird.

## **VIII. 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. Eine Vielzahl von Regelungen des Kollektivvertrages, zum Beispiel Maßnahmen zur Qualitätssicherung, zur Förderung der Weiterbildung, zur Organisation des Notdienstes und zur Sicherstellung, gilt für die Selektivverträge nicht, zumindest nicht automatisch. Zudem gestaltet sich eine notwendige Budgetbereinigung meist äußerst konfliktuell, langwierig und kompliziert. Daher muss 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.
- wie im Falle von den Kollektivvertrag ersetzenden Leistungen im Selektivvertrag die notwendige Budgetbereinigung möglichst einfach und zeitnah erfolgen kann.
- 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 Bestreben der Kassen, nicht zu attraktiv für bestimmte Gruppen chronisch Kranker zu werden.
- ob es eine tatsächliche Notwendigkeit zur Fortführung der Förderung der Disease-Management-Programme (DMP) auch vor dem Hintergrund der Berücksichtigung dieser Erkrankungen im Morbi-RSA gibt. Zu prüfen ist auch, ob es nicht bessere und unbürokratischere Regeln geben kann, die dem berechtigten Ziel, eine bessere Versorgung bei den großen Volkskrankheiten zu erreichen, dienen.

## **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 Gemeinsamen Bundesausschusses gibt. Die zeitnahe Evaluation aus den Erkenntnissen solcher Modellvorhaben ist notwendig, 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. Aus diesem Grund ist es sinnvoll, die Möglichkeiten der Telemedizin und -kooperation zwischen Ärzten insbesondere in ländlichen Regionen und Spezialisten in Schwerpunktpraxen und -krankenhäusern oder zwischen Ärzten und nichtärztlichem Fachpersonal technisch und praktisch auszubauen. Dafür sind auch eine angemessene Förderung und Vergütung solcher Leistungen erforderlich.