

Das Versorgungsgesetz und die Erwartungen der Länder

Das von Bundesgesundheitsminister Rösler angekündigte „Versorgungsgesetz“ ist auf einen Konsens mit den Ländern angewiesen. Diese haben ihre entsprechenden Schwerpunkte bereits auf der Gesundheitsministerkonferenz 2010 gesetzt: Mehr Einfluss der Länder in einer sektorenübergreifend durchzuführenden Bedarfsplanung, Beanstandungs- und Initiativrechte der Länder bei landesbezogenen Versorgungsverträgen, Behebung von Versorgungslücken im ländlichen Raum, Förderung der hausärztlichen Versorgung und der Aus- bzw. Weiterbildung von Allgemeinmedizinerinnen.

■ Bettina am Orde, Hartmut Reiners

Der Bundesgesundheitsminister hat angekündigt, bis zur Sommerpause den Entwurf eines „Versorgungsgesetzes“ vorzulegen, das am 1. Januar 2012 in Kraft treten soll. Das ist angesichts der komplexen Materie eines solchen Reformprojekts und der politischen Kräfteverhältnisse im Bundesrat schon rein zeitlich ein ehrgeiziges Ziel. Denn über eines müssen Philipp Rösler und die Gesundheitspolitiker der schwarz-gelben Koalition sich klar sein: Ohne die Zustimmung der Länder läuft hier gar nichts. Während der Bund etwa bei der Gestaltung des Leistungskatalogs der GKV seine Vorhaben auch ohne die Zustimmung des Bundesrates durchsetzen kann, haben die Länder bei Reformen der Versorgungsstrukturen des Gesundheitswesens ein gewichtiges Mitspracherecht.

Die Initiative für das Versorgungsgesetz ging auch eher von den Ländern als vom Bund aus. Die 83. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) hatte am 1. Juli 2010 einen einstimmigen Beschluss zur „Stärkung der Gestaltungsmöglichkeiten der Länder in der medizinischen Versorgung“ mit folgenden Kernpunkten gefasst (www.gmkonline.de/?&nav-beschluesse_83_05.01):

- Die Bedarfsplanung muss sich am Versorgungsbedarf (Morbidität, Demographie) orientieren und lokale Besonderheiten berücksichtigen können. Die Länder nehmen an den diesbezüglichen Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) teil.
- Die für die ambulante und stationäre Bedarfsplanung zuständigen Gremien werden durch ein sektorenüber-

greifendes Gremium ergänzt, dessen Ausgestaltung im SGB V allgemein und konkret durch Landesrecht geregelt wird.

- Landesbezogene Versorgungsverträge zwischen Kassen und Leistungserbringern sind unabhängig von der aufsichtsrechtlichen Zuständigkeit für die Kassen dem Land vorzulegen, das ein Beanstandungsrecht und auch ein Initiativrecht hat.
- Die Kassen benennen für ihre Kassenart bzw. ihren Verband einen Bevollmächtigten für die Landesarbeitsgemeinschaft, die der Landesaufsicht unterliegt. Art. 87 Abs. 2 GG erhält eine Ermächtigungsklausel, wonach der aufsichtsrechtliche Rahmen per Bundesgesetz mit Zustimmung des Bundesrates neu geregelt werden kann.
- Zur Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Grundversorgung sollen allgemeinmedizinische Lehrstühle bevorzugt ausgebaut und die hausärztliche Versorgung in der Approbationsordnung stärker berücksichtigt werden. Medizinstudenten sollen in Hausarztpraxen hospitieren können, die Hochschulen sollen Partnerschaftsprogramme mit Praxen in ländlichen Regionen entwickeln.
- Die Weiterbildung zum Allgemeinmediziner soll u. a. durch Koordinierungsstellen für die Verbundweiterbildung stärker gefördert werden.

Dieser Beschluss stand am Ende eines längeren Diskussionsprozesses der Länder. Bereits die 82. GMK hatte im Juni 2009 eine Länder-AG mit dem Auftrag eingesetzt, die Aufgaben der Länder in der Bedarfsplanung und Sicherstellung der medizinischen Versorgung zu durchleuchten und Reformbedarf zu ermitteln. Dem waren Diskussionen auf Fachebene mit dem Ergebnis vorausgegangen, dass die Länder ihrer im Grundgesetz verankerten Verantwortung für die allgemeine Daseinsvorsorge immer weniger gerecht werden können, die sich auch auf die Gewährleistung einer umfassenden medizinischen Versorgung erstreckt. Für

Bettina am Orde ist Leiterin des Referats Gesetzliche Krankenversicherung und Vertragsarztrecht im Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen

Hartmut Reiners ist Ökonom und Publizist, vormals Referatsleiter im Gesundheitsministerium des Landes Brandenburg.

diesen Funktionsverlust der Landesgesundheitspolitik sind sowohl politische Entscheidungen in den GKV-Reformen der vergangenen 20 Jahre - die zum Teil von den Ländern mitgetragen wurden -, als auch Entwicklungen innerhalb des medizinischen Versorgungssystems sowie der Aus- und Weiterbildung von Ärzten verantwortlich:

- Der Konzentrationsprozess unter den Krankenkassen hat den Marktanteil der Regionalkassen laufend reduziert. Auch im AOK-System hat es mehrere länderübergreifende Fusionen gegeben. Das hatte eine deutliche Schwächung der aufsichtsrechtlichen Funktionen der Länder zur Folge.
- Das gilt auch für die insbesondere mit dem Vertragsrechtsänderungsgesetz und dem GKV-WSG 2007/2007 ausgebauten Förderung von Selektivverträgen in der vertragsärztlichen Versorgung. Eine wesentlich Rolle spielt dabei der § 73 b SGB V, der eine Ausgliederung der hausärztlichen Versorgung aus dem zwischen Kassen und Kassenärztlichen Vereinigungen auszuhandelnden Gesamtvergütungssystem ermöglicht. Dieser Paradigmenwechsel in der ambulanten Versorgung hat erhebliche Auswirkungen auf die Transparenz der Versorgungslandschaft und die Verantwortung für den Sicherstellungsauftrag, der bei Selektivverträgen auf die Kassen übergeht, die ihrerseits - siehe oben - sich landespolitischer Einflussnahme zunehmend entziehen.
- Die Bedeutung integrierter Versorgungsformen wächst aus sowohl ökonomischen wie fachlich-medizinischen Gründen. Dem steht eine nach wie vor starre institutionelle Abgrenzung von ambulanter und stationärer Versorgung in der Bedarfsplanung und Sicherstellung gegenüber. Diese Aufgabenteilung zwischen den für stationäre Versorgung zuständigen Ländern und der die ambulante Versorgung gewährleistenden gemeinsamen Selbstverwaltung von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen wird den Veränderungen in der Morbidität der Bevölkerung und den Entwicklungen im Medizinsystem nicht mehr gerecht.
- Die Versorgungsdisparitäten zwischen ländlichen Regionen und Großstädten, aber auch innerhalb von Ballungsgebieten wachsen, ohne dass den Ländern Instrumente für ihre Behebung zur Verfügung stehen. Damit einher gehen regional empfindliche Lücken vor allem in der hausärztlichen Versorgung, die sich angesichts der Lage in der Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten einerseits, dem angesichts der demographischen wachsenden Bedarf an Allgemeinmedizinern andererseits vergrößern werden, wenn nicht schnell gegengesteuert wird.

Vom BMG war zu all diesen Fragen außer allgemeinen Phrasen erst einmal nichts zu hören. Der Bundesgesundheitsminister war auf der GMK am 1. Juli 2010 zwar anwesend, zeigte sich aber erstaunlich unvorbereitet auf die bekannten und detaillierten Vorschläge der Länder. Das irritierte selbst die der Bundesregierung politisch freundlich gesonnenen Landesminister und machte endgültig klar, dass die Länder sich auf ihre eigenen Interessen kon-

zentrieren müssen, den Luxus parteipolitischer Scharmützel besser zurück stellen, wenn sie zu zeitnahen Lösungen der sie drängenden Probleme kommen wollen. Am 14.01. 2011 äußerte sich der Parlamentarische Staatssekretär im BMG Daniel Bahr in der „Ärztezeitung“ nur sehr allgemein zu dem angekündigten Versorgungsgesetz. Man wolle für eine bessere Verteilung der Ärzte in den Regionen sorgen, den Hausarzt attraktiver machen, die Ärzte von Bürokratie entlasten und für eine leistungsgerechtere Honorierung der Vertragsärzte sorgen.

Sehr erhellend war das nicht - ganz im Unterschied zu dem Mitte Januar 2011 vom gesundheitspolitischen Sprecher der CDU Jens Spahn nach Diskussionen unter den Gesundheitspolitikern der Union in die öffentliche Debatte gebrachten „14 Vorschlägen für eine Reform der medizinischen Versorgung in Deutschland“. In diesem Papier werden zwar mehr Fragen gestellt als beantwortet, was aber angesichts der sehr komplexen Materie und des großenteils noch wenig konkreten allgemeinen Diskussionsstands nicht verwunderlich ist. Das Spahn-Papier enthält eine erkennbare Schnittmenge mit dem GMK-Beschluss und bietet somit eine Agenda für die anstehenden Debatten über das angekündigte „Versorgungsgesetz“. So spricht sich Spahn für einen sektorübergreifenden regionalen Ausschuss zur Versorgungsplanung sowie einheitliche Rahmenbedingungen bzw. Vergütungen für niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser in der sektorenübergreifenden Versorgung aus. Die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliche Gesundheitsberufe soll ebenso gefördert werden wie der Ausbau der Telemedizin. Auch will er die Position der Hausärzte in den Kassenärztlichen Vereinigungen stärken und das Verhältnis von Kollektiv- und Selektivverträgen neu ordnen.

Die Länder haben ein vorrangiges Interesse an einer Reform der Versorgungsstrukturen und der Beziehungen zwischen der (gemeinsamen) Selbstverwaltung im Gesundheitswesen und den Landesbehörden. Das allein ist mit hinreichendem Konfliktstoff verbunden. Sollten weitere Fragestellungen hinzukommen, wie z.B. eine über die Zusatzbeiträge finanzierte Lockerung der Budgetgrenzen - was gelegentlich aus dem Regierungslager zu hören ist -, würde ein Konsens unter den Ländern fraglich. Das Vertragsarztbudget wurde in den beiden letzten Jahren deutlich angehoben. Das Problem liegt nicht in den Budgetgrenzen, sondern auch in der internen Verteilung der von den Kassen gezahlten Vergütungen unter den Ärzten. Oder gibt es einen sachlichen Grund für die Tatsache, dass Hausärzte nach Abzug der Praxiskosten im Durchschnitt nur halb so viel verdienen wie Radiologen oder fachärztliche Internisten (Kardiologen, Nephrologen etc.)?

Für die Länder stehen vor allem Fragen der medizinischen Versorgung im Vordergrund, wie sie im oben zitierten GMK-Beschluss festgehalten sind. Bundesgesundheitsminister Rösler hat sich erst nach intensivem Drängen auch seiner der Union und der FDP angehörenden Länderkolleginnen und -kollegen zu einer gemeinsamen Bund-Länder-Kommission durchringen können, die Eckpunkte für ein „GKV-Versorgungsgesetz“ entwickeln soll.

Zu diesem Zweck wurden auf einer Sitzung aus Staatsebene am 20.01. 2011 drei Arbeitsgruppen gebildet: Bedarfsplanung, Länderkompetenzen sowie Aus- und Weiterbildung von Ärzten.

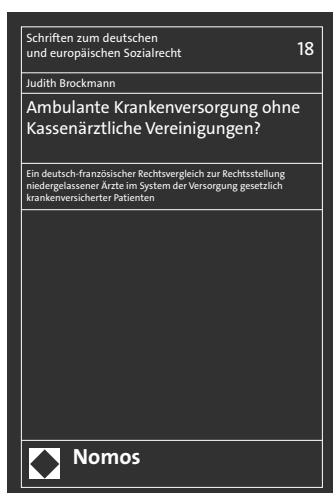
Die AG *Bedarfsplanung* beschäftigt sich mit der Neubestimmung der Planungsbereiche mit den Aspekten Flexibilisierung (regionale Öffnungsklauseln), sektorenübergreifende Ansätze und Kooperationen sowie Berücksichtigung von Demografie und Mortalität. In dem Zusammenhang soll auch die Einbindung der Länder in Entscheidungen des G-BA festgelegt werden. Ferner geht es um die Neudefinition der einer Bedarfsplanung unterliegenden ärztlichen Fachgruppen, die Verteilung von Arztsitzen incl. Abbau von Arztsitzen in überversorgten Regionen sowie um Voraussetzungen von Voll- und Teilzulassungen und Maßnahmen, um Transparenz über die Zeitkontingente herzustellen, die ein Vertragsarzt für die GKV-Versorgung faktisch aufwendet. Insbesondere die neuen Länder, aber auch West-Länder wie NRW werden die vom Gesundheits-Sachverständigenrat dringend empfohlene Stärkung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe (Projekte EVA, AGNES usw.) auf die Tagesordnung setzen.

In der AG *Länderkompetenzen* stehen vor allem die Beteiligungsrechte der Länder im Landesausschuss nach § 90 SGB V zur Debatte. Dabei geht es auch um Beanstandungs- und Initiativrechte der Länder bei Selektivverträgen (§§ 71 Abs. 4, 73 b - c, 140a - 140d SGB V) und die Einführung eines sektorenübergreifenden Versorgungsausschusses. Auch soll die Einbindung von Vertragsärzten mit Selektivverträgen in den ärztlichen Bereitschaftsdienst sichergestellt werden. Neu geregelt werden sollen Sicherstellungszuschläge bzw. Honorarzu- und abschläge bei Unter- bzw. Überversorgung. Auch die Mengensteuerung (Regelleis-

tungsvolumina) soll auf den Prüfstand gestellt werden. Zur Beschleunigung von Entscheidungsprozessen sollen die Kassenverbände Landesbevollmächtigte benennen.

In der AG *Aus- und Fortbildung von Ärzten* geht es sowohl um die Erhöhung der Studienplatzzahlen an den Medizinfakultäten als auch um die Finanzierung der Weiterbildung und eine gezielte Förderung der hausärztlichen Versorgung in ländlichen Regionen. Diskutiert werden eine „Landarztquote“ bei der Zulassung zum Medizinstudium, aber auch Sonderstipendien für Studentinnen und Studenten, die sich für ein ärztliches Berufsleben auf dem Land entscheiden. Verbunden wird dies mit Überlegungen zu Informations- und Imagekampagnen für die hausärztliche Tätigkeit im ländlichen Raum.

Die Arbeitsgruppen tagten erstmals Mitte Februar 2011, also nach Redaktionsschluss dieser Ausgabe von „Gesundheits- und Sozialpolitik“. Deshalb kann über die Erfolgsaussichten dieser Bund-Länder-Kommission zum Versorgungsstrukturgesetz noch nichts Konkretes gesagt werden. Eines aber sollte klar sein: Die Länder können ihre Interessen nur bei großer Geschlossenheit durchsetzen. Es ist kein Geheimnis, dass dem Bundesgesundheitsminister etliche der den Ländern auf den Nägeln brennenden Probleme herzlich egal sein dürften. Jedenfalls lässt sein lustloses Auftreten auf der GMK kaum einen anderen Schluss zu. Auch wird insbesondere die FDP versuchen, ihre Klientelinteressen durchzusetzen und einen Keil zwischen die Länder zu treiben. Wer sich in der Gesundheitspolitik auch nur ein wenig auskennt, weiß, wie schwierig es sein wird, unter den Ländern die erforderliche Geschlossenheit zu wahren. Aber die Ländern haben keine Alternative, wenn sie sich nicht selbst als gesundheitspolitische Akteure aufgeben wollen.



Ambulante Krankenversorgung ohne Kassenärztliche Vereinigungen?

Ein deutsch-französischer Rechtsvergleich zur Rechtsstellung niedergelassener Ärzte im System der Versorgung gesetzlich krankenversicherter Patienten

Von RAin Dr. Judith Brockmann, Maître en Droit

2011, 266 S., broch., 59,- €, ISBN 978-3-8329-5552-6

(Schriften zum Sozialrecht, Bd. 18)

Die Kassenärztlichen Vereinigungen bilden ein zentrales Strukturelement des deutschen Vertragsarztrechts. Dass die ärztliche Interessenvertretung und die Sicherstellung der Versorgung auch in anderen Strukturen möglich ist, zeigt der rechtsvergleichende Blick nach Frankreich. Beide Regelungssysteme werden kritisch hinterfragt, Vor- und Nachteile abgewogen.

Bitte bestellen Sie im Buchhandel oder versandkostenfrei unter ► www.nomos-shop.de



Nomos