

Gesundheitspolitischer Arbeitskreis - GPA – Report 03/24

Lauterbach killt das bewährte Gesundheitssystem

Die Unzufriedenheit mit Bundesgesundheitsminister Lauterbach (SPD) wächst rasant. Seine Gesetzesinitiativen erweisen sich immer mehr als bürgerfern, praxisfremd, lückenhaft und ohne nachhaltige Wirkung.

Doch nicht nur Kritik, sondern konstruktive Vorschläge kommen aus dem Kreis der GPA-Mitglieder. Der Gesundheitsökonom Prof. Dr. Thomas Drabinski hat in Beiträgen im Ärzteblatt Schleswig-Holstein (siehe Anhang 1) und beim änd (siehe Anhang 6) auf die Missstände hingewiesen.

Auch die KBV hat sich auf Bundesebene in einem Brandbrief (siehe Anhang 2) klar positioniert, während die ägNord auf Landesebene aktiv geworden ist (siehe Anhang 3). Zusätzlich hat die CDU/CSU-Bundestagsfraktion einen Antrag zur Verbesserung der ambulanten Gesundheitsversorgung im Bundestag eingebracht (siehe Anhang 5). Und beim Hartmannbund sorgt sich der ärztliche Nachwuchs um die Zukunft (siehe Anhang 4).

Doch der Noch-Minister Lauterbach zeigt sich gegenüber all diesen Warnungen und Vorschlägen unbeeindruckt und bleibt pathologisch beratungsresistent. Seine politischen Maßnahmen steuern das Gesundheitssystem in Richtung Insolvenz. Selbst in den Reihen der Ampel-Koalition mehren sich die Rücktrittsforderungen.

Wir als Gesundheitspolitischer Arbeitskreis (GPA) der MIT-Schleswig-Holstein setzen uns für ein funktionierendes ideologiefreies Gesundheitssystem für die Bevölkerung und die Gesundheitsberufe ein, es lohnt sich Mitglied in der MIT zu werden.

GPA - Gesundheitspolitischer Arbeitskreis der MIT-SH

Hans-Peter Küchenmeister - Vorsitzender, Dreiangel 8, 24161 Altenholz
0173-99 123 88, 0431-12 800 191, gpa@kuechenmeister.net, www.mit-sh.de
12.08.2024

Gesucht: Ideologiefreie Gesundheitsreform

AMBULANTE VERSORGUNG Wie sieht die Zukunft des Vertragsarztsystems aus? Die Reformpläne des Bundesgesundheitsministers bewertet der Kieler Gesundheitsökonom Prof. Dr. Thomas Drabinski (Institut für Mikrodaten-Analyse, IfMDA) für uns in einem Gastbeitrag.

Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach sagt im Zusammenhang des Entwurfs zum Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (GVSG, Kabinettsfassung vom 22. Mai 2024): „Unser Gesundheitssystem braucht eine Generalüberholung (...)“. Die Aussage impliziert, dass die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) umfassend reformiert oder erneuert werden muss. Eine Generalüberholung ist immer dann nötig, wenn es tiefgreifende Ineffektivitäten und Ineffizienzen gibt, die nicht mehr durch kleinere systeminterne Anpassungen oder Verbesserungen behoben werden können.

Generalüberholung bedeutet im Vertragsarztsystem (ambulante Versorgung gesetzlich Krankensicherter) eine grundlegende Neugestaltung von Strukturen und Prozessen im Zuständigkeits- und Aufgabenbereich der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV). Ziele einer Generalüberholung könnten die Verbesserung der Qualität der Versorgung, die Erhaltung, Wiederherstellung oder Verbesserung der Attraktivität der Vergütungssysteme, die Steigerung der Effektivität von Entscheidungen sowie die Effizienzintensivierung des Verwaltungshandelns sein.

Generalüberholung der vertragsärztlichen Hausarztsituation

Auf der Internetseite des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zum GVSG heißt es: „Durch den Wegfall der Budgets wird es für Hausärzte attraktiver, wieder mehr Patienten anzunehmen. Unnötige Quartalsuntersuchungen entfallen, überfüllte Wartezimmer werden vermieden.“ Konkret sind drei Maßnahmen für Vertragshausärzte vorgesehen im GVSG:

1) Leistungsbudgets der allgemeinen hausärztlichen Versorgung sollen nicht mehr in ihrer bisherigen KV-Logik mengenbegrenzt bzw. honorargemindert sein,

sondern durch eine neue morbiditätsbedingte hausärztliche Gesamtvergütung („Hausarzt-MGV“) ersetzt werden, kalkuliert auf Datenbasis 2023. Dieses Verfahren wird fälschlicherweise als „Entbudgetierung der Hausärzte“ bezeichnet. Letztendlich ist die Hausarzt-MGV aber nur ein neu gelabeltes Budget für die Hausärzte innerhalb des KV-Budgets.

2) Ausschließlich für leicht zu behandelnde Chroniker (ab dem 18. Lebensjahr) sollen Versorgungspauschalen anstelle von Quartalspauschalen (Versichertenpauschalen, Chroniker-Pauschalen) eingeführt werden, um die „Kapazitäten der Hausärztinnen und Hausärzte effizient zu nutzen“. Alle anderen Chroniker („nicht leicht zu behandeln“) werden aber wie bisher vergütet.

3) Hausarztpraxen, die durch den Bewertungsausschuss wohldefinierte Strukturqualitätskriterien vorhalten (z.B. regelmäßige Nutzung von Anwendungen der Telematikinfrastruktur, bedarfsgerechte Praxisöffnungszeiten auch nach 19 Uhr sowie bedarfsgerechte Haus- und Heimbesuche), sollen eine Fixvergütung erhalten (sogenannte Vorhaltepauschale). Alle anderen Hausärzte, die die Strukturqualitätskriterien des Bewertungsausschusses nicht erfüllen können oder wollen, bekommen keine Vorhaltepauschale ausgezahlt.

Mit den drei Maßnahmen ist unter Umständen eine Änderung in den Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für solche KV-Regionen zu erwarten, in denen Hausärzte bisher eine Honorarquote unter 100 % hatten: Für Maßnahme 1) erwartet das BMG insgesamt eine jährliche Mehrausgabe in Höhe „eines unteren dreistelligen Millionenbetrages“ (Erhöhung einzelner KV-Budgets), da Krankenkassen zu Aufstockungszahlungen an die KVen verpflichtet werden sollen (keine „befreienden“ Zahlungen mehr). Es ist aber zu erwarten,

dass die dahinterstehende neu eingefügte SGB-V-Regelungen (§ 87a Abs. 3c, GVSG-Kabinettsfassung) für alle Beteiligten Bürokratielasten und Streitigkeiten in unbefizelter Höhe auslösen werden. Die Maßnahmen 2) und 3) sollen budgetneutral wirken, d.h. durch eine KV-interne Umverteilung refinanziert werden, was zu Konflikten zwischen den Arztgruppen der KVen führen dürfte.

Ineffektive und ineffiziente Regelungen

Die vorangestellten drei Maßnahmen, die im GVSG für Vertragshausärzte vorgesehen sind, erfüllen bei genauerer Betrachtung nicht die Eigenschaft einer Generalüberholung. Im hausärztlichen Vertragsarztsystem werden keine grundlegenden Neugestaltungen von Strukturen und Prozessen bewirkt. Vielmehr werden Bürokratielasten erhöht, ohne dass nennenswerte Ziele wie eine echte Entbudgetierung oder messbare Qualitätsverbesserungen in der Versorgung umgesetzt werden.

Die Attraktivität des KV-Vergütungssystems wird nicht verbessert, sondern durch eine „Verschlimmbesserung“ belastet. Die Effektivität von Entscheidungen („die richtigen Dinge tun“) und die Effizienz des Handelns („die Dinge richtig tun“) wird nicht befördert. Für die Vertragshausärzte lassen die Neuregelungen – wenn überhaupt – nur marginale Verbesserungen in wenigen KV-Regionen erwarten.

Gesundheitsökonomisch sind die Regelungen als ineffektiv und ineffizient zu bewerten, gesundheitspolitisch können sie eventuell als Erfolg verkauft werden – wenn man nicht so genau hinschaut und den Überschriften Glauben schenkt.

Mit Ausnahme der Anhebung der Bagatellgrenze (eventuell weniger Arzneimittelregresse) sind keine unmittelbaren Maßnahmen für die Vertragsfachärzte im GVSG vorgesehen.

Generalüberholung der vertragsärztlichen Facharztsituation

Fachärzte werden im GVSG nur indirekt als Teil der ambulanten Versorgungskette betrachtet und im Zusammenhang mit den Hausärzten knapp besprochen: „Sollte eine schnelle fachärztliche Behandlung notwendig sein, können sie [die Hausärzte] direkt zum richtigen Facharzt steuern, sodass die Patientin beziehungsweise der Patient eine nahtlose Behandlung erhält.“

Diese Formulierung im GVSG „B. Besonderer Teil“ sieht auf den ersten Blick unspektakulär aus, trägt in sich aber bereits den Plan einer „echten“ Generalüberholung der vertragsärztlichen Facharztsituation im Kontext des mittlerweile breiter diskutierten Konzepts des „Primärarztsystems“. So schlägt z.B. der Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege in seinem jüngsten Gutachten 2024 „Fachkräfte im Gesundheitswesen: Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource, Gutachten 2024“ die Einführung eines Primärarztsystems in Deutschland vor: „Der Rat empfiehlt die flächendeckende Registrierung von Versicherten bei hausärztlichen bzw. kinderärztlichen Praxen sowie die Etablierung eines Primärarztsystems im Rahmen der Regelversorgung zur verbesserten Steuerung der Patientenwege und Vermeidung von Überversorgung. Die Einschreibung in das Primärarztsystem soll für Versicherte monetär incentiviert werden.“

Neben dem Aufbau eines Primärarztsystems sollen Primärversorgungszentren strukturell gefördert werden, um so die faktische Reorganisation von Einzelpraxen in größeren Zentren zu bewirken. Betriebswirtschaftlich sind damit eventuell Skaleneffekte in der Gesundheitsproduktion (Kostensenkungen in Abhängigkeit von der Patientenzahl) zu erwarten. Zusätzlich

könnten Primärversorgungszentren mit „intersektoralen Zentren“ organisatorisch verflochten werden, die strukturell mit einer ambulant-stationäre Versorgung nach Level II (geplante Krankenhausreform) kompatibel sind.

Ähnlich argumentiert die BMG-Regierungskommission (Krankenhausversorgung), die sich in der 10. Stellungnahme (Überwindung der Sektorengrenzen des deutschen Gesundheitssystems, 03.05.2024) neben dem Ausbau des Primärarztsystems die Frage stellt, „(…), ob und wenn ja in welcher Weise langfristig die doppelte Facharztschiene in Deutschland überwunden werden kann mit dem Ziel, dass nicht primärärztliche Fachärztinnen und Fachärzte nur noch an oder in Kooperation mit Krankenhäusern (inkl. Level II) tätig sind.“

Um die Vertragsfachärzte in der Patientenversorgung weiter nutzen zu können, sollen Krankenhäuser grundsätzlich für eine sektorenübergreifende Versorgung (Level II) geöffnet werden. Dort sollen dann ambulante Behandlungen mit den vertragsärztlich freigesetzten Facharztkapazitäten angeboten werden. Die Vergütung der Level-II-Krankenhäuser soll über einen Mix aus Tagespauschalen (modifizierte DRG, Vorhaltepauschalen) und KV-Budgets erfolgen. Level-II-Krankenhäuser könnten dann Primärversorgungszentren mit Bettenbestand sein, deren „Standort-Platz bieten für vielfältige Gesundheitsangebote: Apotheken, Arztpraxen, MVZ, Gesundheitskioske, Sanitätshäuser, andere Gesundheitsberufe“. Mit einer wiederholten und strategisch angelegten Diskussion versucht die von Gesundheitsminister Karl Lauterbach eingesetzte BMG-Regierungskommission die Reallokation der ambulanten Fachärzte aus

der Praxis in die Klinik salonfähig zu machen: „Durch eine kluge Reduktion der doppelten Facharztvorhaltung würde eine sektorenverbindende Versorgung deutlich befördert, und vorhandene Strukturen würden effizienter genutzt.“

Doktriniert von der doppelten Facharztschiene

Es ist nicht nachvollziehbar, was eine „kluge Reduktion“ vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels, der demografischen Entwicklung und der anwachsenden Multimorbidität der Patienten überhaupt sein soll. Anscheinend wirkt aber die Doktrin von Gesundheitsminister Karl Lauterbach aus dem Jahr 2007 bis in seine steuerfinanzierte Regierungskommission hinein: „Die doppelte Facharztschiene ist wahrscheinlich die größte Quelle von Unwirtschaftlichkeit und Ungerechtigkeit im deutschen Gesundheitssystem.“

Es bleibt zu hoffen, dass die Zukunft der ambulanten Facharztpraxen nicht zu sehr durch die aktuell diskutierten Reformpläne geschädigt wird. Eine Generalüberholung der ambulanten Facharztstruktur im Sinne der oben beschriebenen Doktrin wäre nicht zielführend für die Versorgungssituation der Babyboomer-Jahrgänge (über die nächsten zwei Jahrzehnte hinweg).

Die ambulant tätigen Vertragsärzte brauchen dringend ideologie- und normativfreie Reformansätze, damit perspektivisch und ernsthaft von einer Generalüberholung der (haus- und fachärztlichen) Vertragsarztvergütung gesprochen werden kann. Die sich abzeichnende mutwillige Zerstörung der ambulanten Facharztinfrastruktur müsste eigentlich gesundheitspolitisch auffallen – nicht nur in den Kassenärztlichen Vereinigungen.

Vor Abstimmung zu GVSG und Notfallreform

KBV schreibt Brandbrief an Parlamentarier

Vor den Folgen aktueller gesundheitspolitischer Gesetzesvorhaben warnt der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) in einem Brief an die Bundestagsabgeordneten. Die Versorgungssicherheit in Deutschland sei gefährdet, wenn die geplanten Gesetze in ihrer jetzigen Form umgesetzt würden.



©Lopata/

[axentis.de](https://www.axentis.de) Die KBV-Vorstände (v.l.) Gassen, Steiner und Hofmeister warnen vor den Gesetzesvorhaben der Bundesregierung. Diese machten Gründungen und Übernahmen sowie den Betrieb von Arztpraxen noch unattraktiver.

Nach der parlamentarischen Sommerpause warten drei große gesundheitspolitische Gesetzesvorhaben auf ihre Verabschiedung durch den Bundestag: das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG), das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz sowie das Notfallgesetz. In einem eindringlichen Brief an die Mitglieder des Deutschen Bundestages warnt der KBV-Vorstand jetzt vor den negativen Auswirkungen der geplanten Gesetze. Der Entwurf für das GVSG, schreiben die KBV-Vorstände, werde in seiner aktuellen Form nicht die gewünschte Verbesserung der Versorgung erreichen, sondern diese sogar gefährden. Ähnliches gelte für die Krankenhaus- und Notfallreform. „Keines dieser Gesetze schafft mehr Arztzeit, geschweige denn mehr Ärztinnen und Ärzte“, kritisieren die Vorstände Dr. Andreas Gassen, Dr. Stephan Hofmeister und Dr. Sibylle Steiner in dem Schreiben, das dem änd vorliegt.

Besonders problematisch sei, dass die geplanten Regelungen Gründungen und Übernahmen von Arztpraxen unattraktiver machen könnten. „Noch stehen die Praxen bereit. Ohne sie wird es nicht möglich sein, die gute Versorgung fortzuführen, die alle Patientinnen und Patienten und somit alle Menschen hierzulande so sehr schätzen und brauchen“, heißt es weiter in dem Schreiben. Ohne „Praxen um die Ecke“ gehe ein „unverzichtbarer Baustein“ für den sozialen Zusammenhalt verloren. Diese Nähe zu den Menschen dürfe die Politik nicht aufs Spiel setzen, appellieren Gassen, Hofmeister und Steiner.

Die KBV fordert die Abgeordneten auf, die Gesetze so zu überarbeiten, dass sie die ambulante Versorgung tatsächlich stärken, anstatt sie zu schwächen. Dabei betonen die Vorstände, dass eine erfolgreiche Reform der Krankenhäuser nur in Kombination mit einer Stärkung der ambulanten Versorgung möglich sei: „Wir brauchen starke Praxen und starke Krankenhäuser.“

Die KBV bietet den Abgeordneten an, gemeinsam über konstruktive Lösungen zu sprechen, die eine verlässliche und wohnortnahe medizinische Versorgung sicherstellen. „Das Leben und die Gesundheit unserer Patientinnen und Patienten verdienen eine mit Weitsicht und Augenmaß durchdachte Gesundheitspolitik, statt wahltaktischer Schnellschüsse“, appellieren die KBV-Vorstände abschließend.

12.08.2024 10:38, Autor: mm, © änd Ärztenachrichtendienst Verlags-AG

Quelle: <https://www.aend.de/article/230340>

Ärztegenossenschaft Nord eG
Bahnhofstraße 1-3, 23795 Bad Segeberg

An alle Landtagsabgeordneten
in Schleswig-Holstein

vorab per Mail und per Post

Datum/Zeichen
24.07.2024/ch

Gesundheitsreform ist auch Ländersache

Persönliche Anrede,

noch vor der Sommerpause hat Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach per Kabinettsbeschluss Gesetze zur Gesundheitsreform in das Parlament eingebracht. Nun liegen bzw. kommen die Entwürfe des Krankenhausneuordnungsgesetzes, ein ambulantes Versorgungsstärkungsgesetz, eine Notfallreform und Pläne für Organspende, öffentliche Gesundheit, Digitales zur Beratung und Entscheidung im Deutschen Bundestag vor.

Als Landesregierung und Vertreter:innen des Landtages haben auch Sie eine gewisse Entscheidungs- und politische Gestaltungshoheit. Das nicht nur im Krankenhausbereich. Sondern auch in der medizinischen Ausbildung und Weiterbildung. Eine Novellierung der Approbationsordnung lässt schon lange in den Ländern auf sich warten und eine Verbundweiterbildung (Klinik und Praxis) wird nicht gefördert.

Die Entscheidung für eine umfassende Strukturreform in der stationären und ambulanten Gesundheitsversorgung liegt mit in Ihren Händen. Eine verantwortungsvolle Aufgabe, denn den Bürgern unseres Landes ist Gesundheit ein hohes Gut.

Wir Ärztinnen und Ärzte stellen uns dieser Verantwortung und fühlen uns unseren Patienten verpflichtet. Umso misslicher ist es, dass in dem Planungs- und Beratungsprozess dieser Reformen die Ärzteschaft mit ihren praktischen Erfahrungen kaum einbezogen ist.

So kann eine umfassende Strukturreform im Sinne einer qualifizierten nachhaltigen Gesundheitsversorgung nicht gelingen.

Ja, wir sind seit langem der Überzeugung, dass es neue Strukturen in der medizinischen Versorgung bedarf, denn in Zeiten der begrenzten Ressourcen und steigender Inanspruchnahmen stößt eine qualifizierte medizinische Versorgung an ihre Grenzen:

Ärztegenossenschaft Nord eG
Bahnhofstraße 1-3
23795 Bad Segeberg
Tel.: 04551 – 9999-23
Fax: 04551 – 9999-19
E-Mail: aerztegenossenschaft@aegnord.de
Web: www.aegnord.de

Bankverbindung:
VR Bank zwischen den Meeren eG
IBAN:
DE80 2139 0008 0002 2719 40
BIC: GENODEF1NSH

Vorstand:
Dr. Svante Gehring
Dr. Michael Emken
Dr. Axel Schroeder

Aufsichtsratsvorsitzender:
Christoph Meyer

Genossenschaftsregister:
Amtsgericht Kiel,
GnR 278 SE

Steuer-Nr.:
11 295 02 237

- Zu viel stationäre Behandlung auf Grund falscher struktureller Anreize.
- Trotz medizinischen Fortschritts und Innovationen viel zu viel stationäre Leistungen statt ambulanter.
- Ein unbegrenztes Leistungsversprechen seitens der Politik mit dem Resultat einer vermehrten Inanspruchnahme der Bevölkerung.
- Mangelnde Steuerung der Patienten durch das Gesundheitssystem und zu wenig Eigenverantwortung der Bürger in puncto Gesundheit.
- Eine belastende Administration und überbordende Bürokratie in unseren Praxen und Kliniken.

All das dürfte Ihnen bekannt sein, denn wir haben kein Erkenntnisdefizit. Wir Ärztinnen und Ärzte sehen aber bei fehlender Einbindung die Gefahr, dass bei den zahlreichen von uns erkannten Strickfehlern der Reformvorhaben am Ende mehr Schaden als Nutzen entsteht.

Wir setzen uns als Ärztegenossenschaft Nord (äg Nord) daher weiterhin ein für:

- Krankenhausversorgungsgesetz: Ja zur Krankenhausplanung mit Bettenabbau, mehr Qualitätsanreizen, Zentralisierung und Spezialversorgung unter Berücksichtigung regionaler Erfordernisse.
- Stärkung der wohnortnahen ambulanten haus – und fachärztlichen Grundversorgung.
- Hin zu einer patientengeführten, sektorübergreifend fachärztlichen Versorgung im Sinne einer effizienteren Nutzung der Ressourcen bei Mangel an Ärztinnen/Ärzten und Fachkräften.
- Flankiert von einem Modell einer freiwilligen primärärztlichen Versorgung.
- Abschaffung der Budgetierung nicht nur bei den Hausärzten, sondern auch bei den Fachärzten, mit dem Ziel einer auskömmlichen Vergütung. Wir haben ein Ungleichgewicht zwischen Aufwand und Ertrag.
- Wir brauchen weniger Staat, weniger Bedarfsplanung und ein Bekenntnis zu arztinhabergeführten und freiberuflichen-selbständigen Praxen. Nur so können Ärztinnen und Ärzte auch wieder in die Gesundheitsversorgung verlässlich investieren und nachhaltig gestalten. Die 4-tausend Arztpraxen sind kleine mittelständische Unternehmen und beschäftigen ca. 12-tausend Fachkräfte und Ärzt:innen.
- Vermeidung doppelter Versorgungsebenen. Nichts anderes ist es, wenn man den Kliniken per Transformationsfond/Subventionen den Weg in die ambulante Versorgung erleichtert und der niedergelassenen Ärzteschaft weiter erschwert.
- Rigoroser Abbau der Bürokratie und Administration.
- Förderung von regionalen Gesundheitszentren in Kooperation mit weiteren Gesundheitsberufen über den Ausbau des Versorgungssicherungsfonds.

Als Landtagsabgeordnete stehen Sie, Frau/Herr ... vor einer großen Herausforderung und Verantwortung. Nicht jeder von Ihnen ist Expert:in in der Gesundheitspolitik. Solidarität in der Fraktion ist nicht immer ein geeigneter Ratgeber.

Als Vorstand der Ärztegenossenschaft Nord stehen wir Ihnen bei Fragen und Anregungen auch gerne zur „Sommerpause“ und in den Ferien vor Ort zur Verfügung und würden ein Gespräch mit Ihnen begrüßen.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Axel Schroeder

für den Vorstand der äg Nord



PRESSEMITTEILUNG

Berlin, 30. Juli 2024

Junge Ärztinnen und Ärzte sorgen sich um die Versorgung der Zukunft

Wir müssen uns jetzt auch unangenehmen Wahrheiten stellen!

Der Arbeitskreis der Jungen Ärztinnen und Ärzte im Hartmannbund sorgt sich vor dem Hintergrund der aktuellen Versprechen von Bundeskanzler Olaf Scholz, es werde keine Leistungskürzungen geben, um das Solidarsystem. Bei ähnlichen Aussagen vor zwei Jahren wurde dieses Zukunftsversprechen bereits kritisiert. „Es gibt nach wie vor keine klare Perspektive, wie wir die Versorgung in zehn Jahren sicherstellen können“, sagte der Vorsitzende der Jungen Ärztinnen und Ärzte, Dr. Moritz Völker. Die Versorgungssituation sei schon jetzt prekär und werde durch den demografischen Wandel verstärkt. Der Arbeitskreis ist überzeugt, dass der momentane Standard perspektivisch nicht gehalten werden kann. Das entspreche auch dem Ergebnis einer Befragung des Demoskopischen Instituts Allensbach (IfD) im Auftrag der Frankfurter Allgemeinen Zeitung.

Steigende Kosten und Personalmangel verstärken die Probleme des Gesundheitssystems zusehends. „Änderungen in Nutzung und Umgang mit dem System sind unvermeidbar. Ein ‚Weiter so‘ wird eine ungesteuerte Begrenzung der Leistungen nach sich ziehen, denn die Arbeitskraft, -zeit und die Ressourcen sind begrenzt. An dieser Wahrheit kommen wir nicht vorbei. Wenn wir das vermeiden wollen, muss die limitierte Verfügbarkeit offen kommuniziert werden. Gleichzeitig muss die Effizienz des Systems durch Verringerung des Dokumentationsaufwandes, einen raschen und massiven Ausbau der Digitalisierung und die Steuerung von Patientenströmen gesteigert werden“, so Völker weiter. Die jungen

HB-Pressestelle
Michael Rauscher (Leiter)
Andrea Reich (Sekretariat)

Tel.: 030 206208-11
Fax: 030 206208-14
E-Mail: presse@hartmannbund.de

Hauptgeschäftsführung
Kurfürstenstraße 132
10785 Berlin

Telefon: 030 206208-0
Telefax: 030 206208-29
E-Mail: hb-info@hartmannbund.de
Internet: www.hartmannbund.de

Gläubiger-ID
DE48 1000 0000 3900 15
Deutsche Apotheker-
und Ärztebank eG Düsseldorf
IBAN DE10 3006 0601 1201 0850 18
BIC DAAEDEDXXX
Ust.-Nr.: 27/620/56879

Ärztinnen und Ärzte sprechen sich zudem für einen Bedeutungszuwachs von Prävention aus und wünschen sich eine lautere und ehrlichere gesellschaftliche Debatte, um Perspektiven sichtbar zu machen und wenn nötig auch unkonventionelle Lösungen zu finden. Sicher ist, dass zeitnahes Handeln deutlich mehr Akzeptanz finden wird, als die notwendigen Veränderungen in die Zukunft zu verschieben.

Union will bessere Gesundheitsversorgung auf dem Land

Gesundheit/Antrag

Berlin: (hib/PK) Die Unionsfraktion fordert eine Stärkung der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum. Die Gewährleistung der medizinischen Versorgungssicherheit auf dem Land stelle in Folge des Strukturwandels ein großes Problem dar, heißt es in einem Antrag ([20/11955](#)) der Fraktion. Dies führe zu gegensätzlichen Verhältnissen zwischen der städtischen und ländlichen Versorgung.

Erschwerend komme hinzu, dass der demografische Wandel das Problem der flächendeckenden Gesundheitsversorgung verschärfe. Der Ärztemangel treffe gerade in ländlichen Gebieten besonders viele ältere und hochbetagte Bürger, für die der weite Weg zu den verbleibenden Arztpraxen und Krankenhäusern eine enorme Belastung darstelle.

Es sei unerlässlich, dieser ungünstigen Kombination von Strukturwandel, einer älter werdenden Gesamtbevölkerung und mangelnden Fachkräften entgegenzutreten. Die bestehenden Strukturen müssten daher weiterentwickelt werden.

Der Forderungskatalog der Fraktion umfasst 25 Punkte. Die Abgeordneten fordern unter anderem, die angekündigte Entbudgetierung zügig umzusetzen und mit einem Fokus auf den ländlichen Raum zu prüfen, welche Maßnahmen ergriffen werden müssen, um einer Ballung von Haus- und Fachärzten in den Großstädten vorzubeugen. Dabei solle auch geprüft werden, ob eine Entbudgetierung fachärztlicher Leistungen nur in ländlichen Regionen als Anreiz für eine Niederlassung ermöglicht werden könnte.

Bei der Krankenhausstrukturreform müsse die Notfallversorgung mit Blick auf die schnelle Erreichbarkeit von Krankenhäusern zur Erstversorgung stärker in den Blick genommen werden. Die ärztliche Aus- und Weiterbildung sollte auch an kleineren Klinikstandorten im ländlichen Raum sowie in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen sichergestellt werden. Zudem sollte die Telemedizin als ergänzendes Mittel zur ärztlichen Versorgung nutzerorientiert ausgebaut werden.

27.06.2024

Antrag**der Fraktion der CDU/CSU****Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum stärken**

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Deutschland zeichnet sich durch eine heterogene Bevölkerungsverteilung aus (<https://www.bib.bund.de/DE/Fakten/Fakt/B77-Bevoelkerungsdichte-Kreise.html>).

Dies ist insofern eine große Herausforderung für die Sicherstellung einer adäquaten flächendeckenden Gesundheitsversorgung, als dass gerade die Gewährleistung der medizinischen Versorgungssicherheit auf dem Land in Folge des Strukturwandels ein großes Problem darstellt. Dies führt zu gegensätzlichen Verhältnissen zwischen der städtischen und ländlichen Versorgung. Vor diesem Hintergrund zeigen Umfragen eindeutig, dass ein Großteil, der in ländlichen Regionen lebenden Menschen, unzufrieden mit der Erreichbarkeit von Haus- und Fachärzten ist (https://www.bib.bund.de/Permalink.html?cms_permaid=1217748).

Erschwerend kommt hinzu, dass der demographische Wandel das bestehende Problem der flächendeckenden Gesundheitsversorgung verschärft. Eine wachsende Zahl älterer und alter Menschen bedeutet unter anderem, dass Gesundheitsleistungen verstärkt in Anspruch genommen und Ansprüche an das medizinische System komplexer werden, womit die Anforderungen an eine ganzheitliche Gesundheitsversorgung steigen. Diese gesteigerten Bedürfnisse zu erfüllen, geht mit einem deutlichen Mehrbedarf an medizinischem Fachpersonal einher, was Deutschland aufgrund des akuten Fachkräftemangels in Gesundheitsberufen vor schwer zu stemmende Erwartungen stellt. Dabei schlägt sich die ungünstige Kombination von Strukturwandel und demografischen Veränderungen auf dem Land in besonders prekärer Art und Weise nieder. Der Ärztemangel trifft gerade in ländlichen Gebieten besonders viele ältere und hochbetagte Bürgerinnen und Bürger, für die der weite Weg zu den verbleibenden Arztpraxen und Krankenhäusern eine enorme Belastung darstellt (https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Faktencheck_Gesundheit_Aerztedichte_2.pdf).

Dieser demographische Trend betrifft auch die Ärzteschaft in besonderer Weise, was durch die folgenden Kennzahlen anschaulich belegt wird: Im dritten aufeinanderfolgenden Jahr sank die Anzahl deutscher Staatsangehöriger, die erstmals Mitglied einer Ärztekammer wurden, und erreichte zum 31. Dezember 2022 mit 8.608 Neumitgliedern rund fünf Prozent weniger als im Jahr 2019. Neun Prozent der

gesamten Ärzteschaft sind älter als 65 Jahre und stehen oft nicht mehr uneingeschränkt dem Arbeitsmarkt zur Verfügung oder werden zeitnah wegfallen. Außerdem erhöhte sich die Anzahl der im Ruhestand befindlichen Ärztinnen und Ärzte um 3,8 Prozent (Vergleich Vorjahr). Insgesamt stieg die Zahl der Ruheständler seit 2019 sogar um ganze 12 Prozent (<https://www.aerzteblatt.de/archiv/231119/Aerztestatistik-2022-Warten-auf-die-Wende>).

Es ist vor diesem Hintergrund unerlässlich, dieser ungünstigen Kombination von Strukturwandel, einer älter werdenden Gesamtbevölkerung und mangelnden Fachkräften entgegenzutreten. Der richtige Weg nach Ansicht der Antragssteller ist, bestehende Strukturen weiterzuentwickeln und in diese zu investieren. Dies soll sich konkret darin äußern, Kernelemente der Gesundheitsversorgung, wie niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, zu stärken. Nur so kann die Versorgungssicherheit im ländlichen Raum auf eine zielgerichtete, effiziente und wirtschaftliche Weise weiterhin gewährleistet werden. Die absoluten Zahlen der Medizinstudenten stiegen in den letzten Jahren erfreulicherweise stetig an (<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Hochschulen/Tabellen/lrbil05.html#242500>). Diesem Trend zum Trotz ist weiterhin im ländlichen Raum zu beobachten, dass niedergelassene Ärztinnen und Ärzte keine Nachfolger finden. Bisherige Initiativen die Praxisneugründungen unterstützen oder junge Ärztinnen und Ärzte für ein Niederlassen im ländlichen Raum motivieren sollen, sind und waren nach Ansicht der Antragsteller ein wichtiger erster Schritt, konnten aber - wie am aktuellen Trend erkennbar ist - keine nachhaltige Abkehr vom Trend insgesamt erwirken (https://www.kbv.de/media/sp/2016_10_05_Projektion_2030_Arztzahlentwicklung.pdf).

Nach Ansicht der Antragsteller ist hierbei neben einer Reihe von konkreten Maßnahmen auch die Digitalisierung des Gesundheitssystems von zentraler Bedeutung. Vermehrt häufen sich Berichte darüber, dass die Digitalisierung massiv stockt und auf Seite der Ärztinnen und Ärzte eher als eine Belastung als eine Entlastung im Praxisalltag empfunden wird. Beispielhaft sei hier die umfangliche Erhebung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) und des Ärztenetzwerks Berlin zu nennen: 44 Prozent der befragten Ärztinnen und Ärzte berichten, dass mehrfach im Monat Probleme bei der Telematikinfrastruktur auftreten (<https://www.zi.de/das-zi/medien/medieninformationen-und-statements/detailansicht/44-prozent-der-befragten-praxen-klagen-ueber-haeufige-software-abstuerze-auslesen-der-elektronischen-gesund>

heitskarte-besonders-stoeranfaellig-schlechte-digitalisierung-gefahrdet-patientenversorgung). Dieser Umstand wirkt besonders im ländlichen Raum mit einer insgesamt schwächeren Netzabdeckung wie ein Brennglas auf die zunehmende Mehrbelastung. Schwierigkeiten treten insbesondere beim Auslesen der elektronischen Gesundheitskarte (eGK), dem Ausstellen einer elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) oder bei E-Rezepten auf. Gerade im ländlichen Raum, in dem nur begrenzte Kapazitäten und eine angespannte Versorgungslage immer wieder attestiert werden, ist dies häufig nicht tragbar.

Darüber hinaus kämpfen auch Krankenhäuser besonders im ländlichen Raum mit Inflationskosten und den massiv gestiegenen Energiepreisen (siehe BT-Drucksache 20/8402). Um die ländliche Versorgung auch mit Blick auf die Notfallversorgung stärker in den Blick zu nehmen, ist es unerlässlich, Anfahrtswege und Erreichbarkeiten sektorenübergreifend zwischen Krankenhäusern und ambulanten Leistungserbringern mitzudenken. Weitere verstärkte Entlastungen für den stationären Krankenhaussektor wären die konsequente Umsetzung der Ambulantisierung, die Verbesserung der

Situation bei teilstationären Behandlungen und die stringente Einbeziehung von Praxiskliniken nach §122 SGB V. Der neue §115f SGB V hat hier bereits die richtigen Ansätze in Richtung einer konsequenten Ambulantisierung gelegt. In der Praxis sind jedoch viele Versorger, insbesondere Praxiskliniken, von einer unklaren Rechtslage, welche Kosten bei einer ambulanten Operation übernommen werden, betroffen. Weiterhin besteht seit kurzem die Möglichkeit, tagesstationäre Behandlungen in einem neuen Umfang durchzuführen, die jedoch besser und schneller in der Versorgung ankommen müssen (§115e SGB V). Hier sind nach Sicht der Antragssteller Verbesserungen mit erheblichem Effizienzsteigerungspotential vorhanden.

Die Union hat in einer Vielzahl an Anträgen Unterstützung für den ländlichen Raum in der Gesundheitsversorgung eingefordert. So muss dringenderweise ein Krankenhausvorschaltgesetz erarbeitet werden, um ein Kliniksterben und strukturellen Schaden besonders im ländlichen Raum abzuwenden, bis eine Krankenhausreform auf den Weg gebracht worden ist und ihre Wirkung entfaltet (BT-Drucksache 20/8402). Damit auch im ländlichen Raum ein Praktizieren des Arztes möglich bleibt, muss zum einen die Reform der Notfallversorgung endlich angegangen (BT-Drucksache 20/7194) und zum anderen die längst überfällige Novellierung der GOÄ und der GOZ auf den Weg gebracht werden (BT-Drucksache 20/7586). Weiterhin muss bei der Betrachtung des ländlichen Raumes auch der enorme Bedarf an Psychotherapie berücksichtigt und die Bedarfszahlen sachgerecht angepasst werden (BT-Drucksache 20/8860).

Nicht zuletzt muss auch angesichts der gerade im ländlichen Raum problematischen demografischen Entwicklung mehr für den Ausbau des Netzes an barrierefreien Landarztpraxen getan werden (siehe auch Positionspapier der CDU/CSU-Bundestagsfraktion „Barrieren abbauen – Bewusstsein schaffen – Teilhabe sichern“, <https://www.cducsu.de/sites/default/files/2022-11/PP%20Barrierefreiheit%20neu.pdf>, Seite 13).

- II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel auf,
1. eine schnellere Berücksichtigung von Kostensteigerungen und der Inflation bei der Finanzierung ambulanter Leistungen gesetzlich festzulegen;
 2. die angekündigte Entbudgetierung zügig umzusetzen und mit einem besonderen Fokus auf den ländlichen Raum zu prüfen, welche Maßnahmen ergriffen werden müssen, um einer Ballung von Haus- und Fachärzten in den Großstädten vorzubeugen. Hierbei soll darüber hinaus insbesondere geprüft werden, ob und unter welchen Voraussetzungen eine Entbudgetierung fachärztlicher Leistungen nur in ländlichen Regionen als Anreiz für eine dortige Niederlassung ermöglicht werden könnte;
 3. die Arztniederlassungen vor dem Hintergrund der steigenden Zahl von Absolventen in der Medizin, insbesondere im ländlichen Raum weiter gezielt zu fördern und dazu beispielsweise die Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie anzupassen sowie die Möglichkeiten zur Niederlassung im ländlichen Raum zu flexibilisieren, um den regionalen Bedürfnissen entsprechend besser gerecht werden zu können;
 4. im Rahmen der anstehenden Krankenhausstrukturreform u. a. die Notfallversorgung insbesondere mit Blick auf die schnelle Erreichbarkeit von Krankenhäusern zumindest zur Erstversorgung stärker in den Blick zu nehmen und die ärztliche Aus- und Weiterbildung auch an kleineren Klinikstandorten

im ländlichen Raum sowie in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen sicherzustellen;

5. zu prüfen, inwieweit zusammen mit den Ländern eine Anpassung der Zugangsregelungen zum Medizinstudium, z. B. durch eine Anpassung der Ärztetests, besser den Zugang zum Studium der Humanmedizin ermöglicht;
6. Anreize zu schaffen, dass zum Beispiel berentete Ärztinnen und Ärzte oder Gesundheitspersonal weiterhin zumindest im verminderten Rahmen einer Tätigkeit im Gesundheitssystem nachgehen können;
7. die bürokratischen Belastungen bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte zu verringern, damit die wachsende Zahl von Einzelfallprüfungen im Verhältnis zu den geringen tatsächlichen Regresszahlen nicht die Handlungsfähigkeit der Arztpraxen einschränkt;
8. eine Überprüfung aller Dokumentationspflichten im Hinblick auf mögliche Doppelungen sowie obsoleter Vorschriften für einen massiven Bürokratieabbau vorzunehmen, damit die behandelnde Ärztin/der Arzt mehr Zeit am Patienten verbringen kann;
9. Doppelstrukturen in der Versorgung zu vermeiden und die bislang von der Bundesregierung geplanten Doppelstrukturen an sog. Gesundheitskiosken auch tatsächlich aufzugeben;
10. den auftretenden Hürden und Problemen bei der Digitalisierung der Arztpraxen und Gesundheitsversorgung durch gezielte Maßnahmen entgegenzutreten;
11. die Telemedizin als ergänzendes Mittel zur ärztlichen Versorgung weiter nutzbringend und nutzerorientiert auszubauen, um Vertrauen in neue, digitale Prozesse zu schaffen und dabei digitale Interoperabilität zu stärken und Entscheidungshierarchien für Standards und Plattformen festzulegen;
12. die Einführung weiterer digitaler Lösungen voranzubringen, um arztentlastende Prozesse und die Delegation von ärztlichen Aufgaben an Fachkräfte u. a. im Rahmen der Akademisierung voranzutreiben und diese im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) anreizkompatibler abzubilden;
13. Modelle wie das AGnES-Konzept (Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention) als Teil eines ganzheitlichen Ansatzes flächendeckend im ländlichen Raum zu integrieren;
14. unverzüglich einen Bund-Länder-Gipfel zur Neuordnung des Ausbildungsberufs zum und zur Medizinischen Fachangestellten einzuberufen und die Berufsordnungen schnellstmöglich zu reformieren und dabei im Hinblick auf Delegationsmöglichkeiten, den Abbau bestehender Delegationshindernisse sowie Aufstiegsmöglichkeiten im Beruf und die Stärkung der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum zu fokussieren;
15. gemeinsam mit den Ländern Fördermaßnahmen für die Neugründungen von VorOrt-Apotheken in unterversorgten Gebieten zu erarbeiten, um für Neugründerinnen und -gründer eine solide Existenzgrundlage gewährleisten zu können;
16. die Umsetzung der Ambulantisierung vordringlich voranzutreiben, damit mehr ambulante statt stationärer Leistungen erbracht werden können, um unnötige Krankenhausaufenthalte zu vermeiden und langfristig Kosten zu sparen, um sich so am Standard der OECD-Länder zu orientieren;

17. zusammen mit den Ländern die ärztliche und psychotherapeutische Weiterbildung noch intensiver in den Praxen stattfinden zu lassen, um damit den ambulanten Schwerpunkt stärker zu betonen;
18. eine konsequente Berücksichtigung und Unterstützung bei der Umsetzung des § 122 SGB V für Praxiskliniken zu erreichen, um die Versorgungssituation zu verbessern;
19. zu prüfen, inwieweit Krankenkassen dazu verpflichtet werden könnten, einen kostengünstigeren „Hausarzttarif“ anbieten zu müssen, womit eine gezieltere Patientensteuerung und damit Kostenersparnisse erreicht werden könnten;
20. Elemente eines prozess-orientierten Behandlungssystems, welches stufenweise der Dringlichkeit nach erst telemedizinische, dann ambulante und zuletzt stationäre Behandlungen vorsieht, stärker im Gesundheitssystem zu verankern;
21. eine Sensibilisierung für Behandlungsmöglichkeiten innerhalb des sog. „social prescribing“- Ansatzes zu ermöglichen, um niedrigschwellig Leiden außerhalb des Gesundheitssystems zu behandeln;
22. eine gesetzliche Regelung auf den Weg zu bringen mit dem Ziel, an die lokalen Bedarfe vor Ort orientierte Leistungen durch eine auf Planung beruhende Weiterentwicklung der Pflegeinfrastruktur, insbesondere von Kurzzeit-, Langzeit-, Tages- und Nachtpflegeangeboten bundesweit zu etablieren;
23. flächendeckend den Ausbau örtlicher Pflegestützpunkte mit integrierter Pflegeberatung sowie die Einführung eines Quartiersmanagements mit integrierter Pflegeberatung, sowie den Aufbau von Netzwerken aus Ehrenamt oder Nachbarschaftshilfen im Sinne des Aufbaus von „Caring Communities“ zu fördern und dafür gegebenenfalls notwendige gesetzliche Grundlagen vorzulegen;
24. gemeinsam mit Ländern und Kassenärztlichen Vereinigungen den aktuellen Stand der barrierefreien Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum zu ermitteln und auf dieser Basis weitere Maßnahmen zu prüfen und
25. die barrierefreie Gesundheitsversorgung insbesondere im ländlichen Raum zu einem der Schwerpunkte des laut Koalitionsvertrags eigentlich schon für Ende 2022 vorgesehenen Aktionsplans für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen zu machen und dabei vorbildliche Projekte einer barrierefreien ambulanten Gesundheitsversorgung bekannter zu machen, um so Anreize für ähnliche Projekte, insbesondere in ländlichen Regionen zu setzen.

Berlin, den 25. Juni 2024

Friedrich Merz, Alexander Dobrindt und Fraktion

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt

Gesundheitsökonomische Analyse der geplanten Veränderung des Vertragsarztsystems

Prof. Dr. Thomas Drabinski (Kiel, 13.05.2024)

Einleitung

Das Vertragsarztsystem wird durch die Kassenärztlichen Vereinigungen in den Bundesländern (KVen) und durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) als ärztliche Selbstverwaltung verwaltet und bildet neben der Selbstverwaltung der Sozialversicherung (gesetzliche Krankenkassen), neben der berufsständischen Selbstverwaltung (Ärzte- und Apothekerkammern) und neben der gemeinsamen Selbstverwaltung (u.a. Gemeinsamer Bundesausschuss) die Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitssystem ab.

Verwaltungskosten des Vertragsarztsystems

Die Verwaltungskosten des Vertragsarztsystems für die zahlungspflichtigen KV-Mitglieder („Vertragsärzte“) beliefen sich im Jahr 2022 auf rund 1,818 Mrd. € (vgl. Bundesanzeiger, 2024). In den 1,818 Mrd. € sind 0,079 Mrd. € Verwaltungskostenumlage der KBV enthalten. Werden die 1,818 Mrd. € auf die 182.121 KV-Mitglieder umgelegt, so zahlt jedes KV-Mitglied im Durchschnitt 9.982 € pro Jahr für die Dienstleistungen des KV-Systems (832 € im Monat). Werden die 1,818 Mrd. € bezogen auf den in den KBV-Honorarberichten dokumentierten Honorarumsatz von 42,087 Mrd. € (2022, Q1-Q4, vgl. KBVa, 2024), so liegt der Verwaltungskostenanteil des Vertragsarztsystems bei 4,32 % des dokumentierten Honorarumsatzes.

Sinnkrise

Neben den Kosten ist der Nutzen des Vertragsarztsystems zu bestimmen: Welchen Outcome bekommen Vertragsärzte, GKV-Patienten und Krankenkassen für 1,818 Mrd. €? Betrachtet man die aktuelle Diskussion zum Vertragsarztsystem, so scheint die vertragsärztliche Versorgung in einer Sinnkrise zu stecken:

- Vertragsärzte beklagen im Allgemeinen eine zu geringe Vergütung je Behandlungsfall, zu hohe Patientenzahlen je Arzt und Praxis, eine ansteigende Morbidität ihrer Patienten und eine überbordende Bürokratielast zur Erfüllung der Vorgaben aus der Selbstverwaltung. Vertragsärzte bemängeln schlechte finanzielle Perspektiven: Honorarsteigerungen sind nicht kostendeckend, da vor allem die Kostensteigerungen der Praxis-Produktionsfaktoren (Gehälter, Mieten, Praxisbedarf, Diagnostik, Technik und Energie) nicht konsequent refinanziert werden. Willkürliche politische Änderungen wie z.B. Wegfall der Neupatientenregelung, die Einführung von Terminservicestellen (TSS) und die Erhöhung der Sprechstundenzeit stören die Vertragsärzte ebenso wie die exekutierte Anbindung der Arztpraxen an die Telematikinfrastuktur, verbunden mit technischen, nutzerbezogenen und datenschutzrechtlichen (Übermittlung von höchstsensiblen, individuellen Patientendaten ohne Zustimmung der Patienten) Problemen. Zudem führt ein Wildwuchs bei Honorarverteilung und Honorarverteilungsmaßstäben (HVM) zu Unmut bei den Vertragsärzten: Variierende Versichertenpauschalen, Punktzahlvolumen, Restpunktewerte, Vergütungsquoten, Arztgruppen mit und ohne Budgets und vieles mehr: Die vertragsärztlichen Honorarverteilungssysteme scheinen am Ende ihrer Akzeptanz angekommen zu sein – und es bestehen Zweifel daran, ob (ohne Strukturbrüche) noch effektive und effiziente Weiterentwicklungen überhaupt möglich sind.
- Kassenärztliche Vereinigungen sehen sich schwindenden Möglichkeiten zur Durchsetzung ihrer Interessen ausgesetzt, da sie weniger als gestaltender, sondern zunehmend als verhindernder Verhandlungspartner angesehen und behandelt werden. Die KBV legt in engeren zeitlichen Abschnitten Medienkampagnen auf (aktuell: „#RettetdiePraxen“ „Wir sind für Sie nah.“ mit weiteren Slogans wie „Nah am Leben.“ „Und nah am Aufgeben.“), ohne dass diese die gesundheitspolitischen Entscheidungsträger und Patienten nennenswert zu beindrucken scheinen.

- Gesetzliche Krankenkassen kritisieren lange Wartezeiten für ihre Patienten, sich verknappende Vertragsarztangebote und ein sich verschlechterndes Kosten/Nutzen-Verhältnis im Sinne von „mehr Geld bezahlen, aber weniger Leistung bekommen“.
- Digitalisierungsangebote treten in unmittelbare Konkurrenz zum personalintensiven Kernbereich der KV-Abrechnungstätigkeit.
- Dem Krankenhausbereich werden peu à peu lukrative ambulante Behandlungsstrukturen und Vergütungen geöffnet, was als Schwächung des Vertragsarztsystems verstanden wird. Zudem beklagen Krankenhäuser, dass die Notaufnahmen permanent überfüllt sind, weil zu wenige Vertragsarztangebote wahrgenommen werden (können).
- Aufsichtsbehörden sind mit negativen Rückmeldungen aus der Bevölkerung konfrontiert, z.B. wegen geschlossener Arztpraxen, und beobachten zunehmend Probleme in der ärztlichen Selbstverwaltung bei der Erfüllung ihrer Sicherstellungsaufgaben (z.B. Bereitschaftsdienst).
- Kommunen bemängeln zu wenig bzw. ein zu bürokratisches Engagement, um wegbrechende Praxisangebote für ihre Einwohner entgegenzuwirken – nicht nur im ländlichen Raum.
- Und auf Bundesebene werden gesundheitspolitische Maßnahmenpakete für das Vertragsarztsystem diskutiert – zum Teil auch schon in Gesetze und Gesetzesentwürfe überführt – die Strukturbrüche in der ambulanten Versorgungslandschaft zum Ziel haben oder zumindest billigend in Kauf nehmen. Hierzu zählen unter anderem: Abkopplung der Hausärzte aus dem KV-Budgetsystem, Versuch der Etablierung eines Primärarztsystems mit Fokus auf Hausärzte (und eventuell „grundversorgende“ Fachärzte); gleichzeitig Verdrängung spezialisierter ambulanter Fachärzte in stationäre – und zukünftig zentral zu planende – Level 1i Krankenhausstrukturen (integrierte ambulant-stationäre Versorgung).

Strukturbruch im Krankenhausbereich

Der Strukturbruch des Vertragsarztsystems wird gesundheitspolitisch parallel zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG)

diskutiert. Das KHVVG soll einen Strukturbruch im Krankenhausbereich herbeiführen, indem „systeminkonforme“ Betten- und Krankenhausstrukturen geschlossen werden. Freigesetztes Krankenhauspersonal (Ärzte, Pflege) soll zu systemkonformen Krankenhausstrukturen umverteilt werden. Die Schließungs- und Umwandlungskosten der systeminkonformen Krankenhäuser von 5 Mrd. € jährlich (summiert 50 Mrd. € in den Jahren 2026 bis 2035) sollen dem Gesundheitsfonds abgezweigt werden und stehen damit nicht mehr den Krankenkassen zur Finanzierung der Versorgung zur Verfügung. Da der geplante Strukturbruch im Krankenhausbereich mit Existenz- und Insolvenzängsten bei Anwohnern, Patienten, Krankenhäusern und deren Mitarbeitern vor Ort einhergeht, müssen letztendlich die jeweiligen Landesregierungen die Verantwortung übernehmen, wenn Krankenhäuser, Abteilungen und Betten im Landesplan alternativlos gestrichen werden.

Primärarztsystem

Das Bundesministerium für Gesundheit greift bei seinen Änderungsplänen zum Vertragsarztsystem auf Inhalte aus Gutachten (Sachverständigenrat Gesundheit) beziehungsweise auf Inhalte der eigenen Regierungskommission zurück.

In Bezug auf das Vertragsarztsystem schlägt der Sachverständigenrat Gesundheit als strukturelle Maßnahme die Einführung eines Primärarztsystems vor; vgl. SVR-G, 2024: *„Der Rat empfiehlt die flächendeckende Registrierung von Versicherten bei hausärztlichen bzw. kinderärztlichen Praxen sowie die Etablierung eines Primärarztsystems im Rahmen der Regelversorgung zur verbesserten Steuerung der Patientenwege und Vermeidung von Überversorgung. Die Einschreibung in das Primärarztsystem soll für Versicherte monetär incentiviert werden.“*

Konzeptionell soll der Primärarzt als erste und verbindliche Anlaufstelle für Patienten dienen, die akut medizinische Hilfe benötigen – und zur dauerhaften Betreuung chronisch erkrankter Patienten. Neben der Funktion als erste Anlaufstelle sollen Primärärzte als Gatekeeper die

Gesundheitsversorgung ihrer Patienten koordinieren, indem sie Behandlungspfade identifizieren, an Fachärzte (im Krankenhaus) überweisen und insgesamt die medizinische Versorgung ihrer Patienten managen. Neben der Koordination steht die Aufklärung der Patienten im Zentrum der primärärztlichen Tätigkeit, damit Patienten informiert sind und die Behandlungspfade effizient durchlaufen können. Primärarztsysteme gibt es z.B. im Vereinigten Königreich (National Health Service, NHS), in Skandinavien und in Frankreich.

Primärversorgungszentren

Um weitere Ressourcen einzusparen, empfiehlt der Sachverständigenrat Gesundheit als weitere strukturelle Maßnahme den Ausbau von Primärversorgungszentren und den faktischen Rückbau von Einzelpraxen, um mit den größeren organisatorischen Zentren Skaleneffekte durch Kostensenkung erzielen zu können. Die Primärversorgungszentren sollen mit sogenannten intersektoralen Zentren organisatorisch verflochten werden und sind vom Wesen her auch mit der ambulant-stationäre Versorgung nach Level 1i (Krankenhausreform) kompatibel. Daneben empfiehlt der Sachverständigenrat Gesundheit die Intensivierung der Nutzung von KI, digitaler Technologien und Telemedizin, um Gesundheitspersonal zu entlasten.

„Doppelte Facharztschiene“

Die Regierungskommission setzt in ihrer 10. Stellungnahme am Ausbau des Primärarztsystems an (vgl. BMG-RK, 2024), geht dann aber eigene normative Wege im Bereich der Vertragsfachärzte. Ganz selbstverständlich wird dort von einer „doppelten Facharztschiene“ gesprochen, die definiert ist als *„[...] zweifache fachärztliche Vorhaltung außerhalb der hausärztlichen Versorgung (im Sinne von § 73 SGB V) [...]“*. In diesem Zusammenhang wird weiter zu bedenken gegeben: *„[...] ob und wenn ja in welcher Weise langfristig die doppelte Facharztschiene in Deutschland überwunden werden kann mit dem Ziel, dass nicht primärärztliche Fachärztinnen und Fachärzte nur noch an oder in Kooperation mit Krankenhäusern (inkl. Level Ii) tätig sind.“* Weiter heißt

es: *„Durch eine kluge Reduktion der doppelten Facharztvorhaltung würde eine sektorenverbindende Versorgung deutlich befördert, und vorhandene Strukturen würden effizienter genutzt.“*

Die Regierungskommission hat sich beim Thema Fachärzte die Meinung von Karl Lauterbach aus dem Jahr 2007 zu Eigen gemacht, ohne die Gültigkeit dieser Meinung selbst empirisch zu überprüfen. Im Jahr 2007 ging es Karl Lauterbach in seinem Buch „Der Zweiklassenstaat“ letztendlich um die Abschaffung der PKV, als gesundheitspolitisches Instrument dazu wurde die Mono-Facharztschiene im Krankenhaus identifiziert.

Im „DER SPIEGEL“ gab Karl Lauterbach begleitend zur Buchveröffentlichung zu Protokoll (vgl. Spiegel, 2007): *„Die fachärztliche Versorgung wird in Deutschland quasi doppelt vorgehalten: durch die niedergelassenen Fachärzte und die Krankenhausfachärzte. [...] Nicht von ungefähr haben wir die höchste Fachärztdichte im europäischen Vergleich. Während die Fachärzte in einer Klinik in der Regel kooperieren, konkurrieren die niedergelassenen Fachärzte um denselben Patienten. [...] Die doppelte Facharztschiene ist wahrscheinlich die größte Quelle von Unwirtschaftlichkeit und Ungerechtigkeit im deutschen Gesundheitssystem. Dabei geht es nicht in erster Linie um die sogenannten Doppeluntersuchungen, wenn zwei Ärzte die gleiche Untersuchung machen. [...] Eine viel wichtigere Rolle spielen die überflüssigen Krankenseinweisungen und die Untersuchungen oder Behandlungen, die überhaupt nicht notwendig sind oder die in zu kurzen Abständen durchgeführt werden. [...] Warum wurde die doppelte Facharztschiene dennoch nie beseitigt? Der Hauptgrund ist, dass sie den niedergelassenen Fachärzten bei der Verteidigung eines Einkommensmonopols hilft und gleichzeitig den privat Versicherten nicht so sehr schadet. [...] Gleichzeitig sind es die niedergelassenen Fachärzte, die verhindern, dass sich gesetzlich Versicherte auch an Krankenhausspezialisten für eine ambulante Behandlung wenden können. Sie wollen das Monopol auf Patienten, die sie zum Teil nicht zu würdigen wissen und oft schlecht behandeln. [...] Der Facharzt am Starnberger See macht mit relativ leichten Fällen ein Vermögen, während*

der engagierte Arzt in Neukölln manchmal um seine Existenz kämpft. Er hat schwerere Fälle, die sich wegen begleitender sozialer oder sprachlicher Probleme nur mit mehr Aufwand behandeln lassen, erntet oft wenig Dank seiner Patienten, arbeitet länger und verdient nur die Hälfte im Vergleich zu seinen Kollegen. [...] Trotzdem muss der engagierte Arzt sich von seinen eigenen Funktionären die Leier von der Notwendigkeit der Zweiklassenmedizin anhören, weil sonst alle Arztpraxen in die Pleite gingen, während es in Wirklichkeit darum geht, dass die Kollegen mit vielen privat Versicherten gut verdienen.“

Level II-Krankenhäuser

Vor diesem Hintergrund empfiehlt die Regierungskommission zusätzlich eine umfassende Umstrukturierung in der Krankenhauslandschaft hin zu Krankenhäusern, die für eine sektorenübergreifende Versorgung (Level II) geöffnet werden; vgl. BMG (2024). Dort sollen vorrangig ambulante Behandlungen angeboten werden. Die Vergütung der Level II-Krankenhäuser soll über einen Mix aus (DRG- oder Vorhalte-) Tagespauschalen, KV-Gesamtvergütungen und selektiv verhandelter KV-Budgets erfolgen.

Perspektivisch sollen Level II-Krankenhäuser damit Primärversorgungszentren mit Bettenbestand sein, deren *„Standorte Platz bieten für vielfältige Gesundheitsangebote: Apotheken, Arztpraxen, MVZ, Gesundheitskioske, Sanitätshäuser, andere Gesundheitsberufe“*. Begleitet werden soll diese Transformation durch den Aufbau regionaler *„Gremien“* (unter politischem oder Selbstverwaltungs-Landesvorsitz), durch den *„Aufbau eines Primärarztsystems (aus Allgemeinmedizinern, Internisten, Pädiater, Gynäkologen, Psychiatern) zur Steuerung der Gesundheitsversorgung und Abbau der doppelten Facharztschiene“*, durch *„flächendeckende Versorgung durch qualifiziertes Pflegefachpersonal mit weitgehenden Kompetenzen (Einschränkung des Arztvorbehalts)“* und durch *„Vergabe von Regionalbudgets für Versorgungsaufträge für bestimmte Regionen/Bevölkerungsgruppen“*.

Diskussion

Das Vertragsarztsystem sieht sich aktuell mit existentiellen, aber noch im Planungsstadium befindlichen Strukturbrüchen aus der Gesundheitspolitik konfrontiert. Diese Strukturbrüche werden in der gesundheitspolitischen Diskussion zeitgleich mit den geplanten Strukturbrüchen im stationären Bereich vermengt, die Gesundheitsminister Lauterbach selbst als „*Revolution im Krankenhaussektor*“ bezeichnet. Revolutionen sind im Allgemeinen erfolgreich, wenn die Betroffenen (ideologisch) mobilisiert, Machtstrukturen zerstört und Transformationsrisiken finanziell kompensiert werden können.

Ob es der Gesundheitspolitik gelingt, die Machtstruktur des Vertragsarztsystems entsprechend der vorgelegten Strukturbrüche zu verändern, hängt auch von den Positionen und von den eigenen Reformideen der ärztlichen Selbstverwaltung ab – und dort insbesondere von der KBV, die auf Bundesebene das Vertragsarztsystem vertritt.

Die KBV informiert mittlerweile über die begonnenen Strukturbrüche in der ärztlichen Selbstverwaltung (vgl. KBV, 2024b): *„Es ist offenkundig, dass Teile der Politik, und zwar konkret die aktuelle Leitung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), einen kompletten Systemwechsel wollen. Karl Lauterbach sagt ja auch unverblümt, dass er das ganze Gesundheitssystem umkrempeln will.“* Und man hat in der KBV auch erkannt, dass dies ideologisch und strategisch mit dem Ziel der *„[...] Vernichtung der wohnortnahen Grundversorgung in inhabergeführten Praxen.“* erfolgt.

Keine fünf Tage später legt die KBV in der Bild (vgl. Bild, 2024) eigene Vorschläge zur Reform des Vertragsarztsystems vor: Patienten sollen sich (mit bis zu 100 € p.a. bonifiziert) bei einem Stammarzt (Primärarzt) einschreiben und ihre freie Arztwahl aufgeben. Denn: *„Es ist keine Seltenheit, dass ein Patient zu mehreren Haus- und Fachärzten geht, die ähnliche Untersuchungen durchführen. Das kostet die Praxen Zeit und die Krankenkassen Geld.“* Weiter: *„Diese Steuerung könnte verhindern, dass Patienten unnötige Termine oder ungeeignete Behandlungen selbst*

vereinbaren“. Denn: *„Wir können uns in Zukunft nicht mehr leisten, dass jeder Patient macht, was ihm persönlich nötig oder wünschenswert erscheint.“* Es bleibt zu hoffen, dass im Vertragsarztsystem bald bessere Reformansätze vorgelegt werden, da sich sonst die Sinnkrise rasch in eine Existenzkrise umwandeln kann.

Literatur

Bild (2024). Kassenärzte-Chef fordert: 100 Euro Rückzahlung für Kassenpatienten ... wenn sie Termine über EINEN Stammarzt machen (11.05.2024).

BMG (2024). Bundesministerium für Gesundheit. Presse-Information vom 03.05.2024. Regierungskommission legt Reformvorschläge für bessere Zusammenarbeit im Gesundheitssystem vor.

BMG-RK (2024). Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Zehnte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung Überwindung der Sektorengrenzen des deutschen Gesundheitssystems. 03. Mai 2024.

Bundesanzeiger (2024). Rechnungslegung/Finanzberichte der jeweiligen KV / KBV. Für Sachsen und Hessen liegen nur Werte für 2021 vor. Abgerufen am 11.05.2024.

KBV (2024a). Kassenärztliche Bundesvereinigung. Honorarberichte 2022, Quartale Q1-Q4. KBV-Mitteilung zu Honorarumsätzen: keine Selektivverträge enthalten (z.B. in Bayern und Baden-Württemberg), inklusive etwaiger Zuzahlungen, nur zugelassene und angestellte Ärzte, keine Belegärzte und andere Einschränkungen.

KBV (2024b). Kassenärztliche Bundesvereinigung. Presse-Mitteilung vom 06.05.2024. KBV-Vorstände warnen: „Teile der Politik wollen einen kompletten Systemwechsel“.

Spiegel (2007). DER SPIEGEL. GESUNDHEIT. Unsere Gegner sind die Patienten. Teuer, demütigend und aus Prinzip unsozial: der SPD-

Gesundheitsexperte Karl Lauterbach über die Zweiklassenmedizin in Deutschland. 10.06.2007, 13.00 Uhr, aus DER SPIEGEL 24/2007.

SVR-G (2024). Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege. Fachkräfte im Gesundheitswesen: Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource, Gutachten 2024.