

**Dr. Manfred Richter-Reichhelm, Beisitzer Ärzte**

**Bericht für die GRPG Mitgliederversammlung am 16.1.2010 in München:**

## **Jahres-Rückblick 2009<sup>1</sup> und Ausblick auf 2010:**

### **Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)**

In der zweiten Jahreshälfte wird deutlich, dass dem Gesundheitsfonds nach Angaben des Schätzerkreises im kommenden Jahr 7,5 Mrd. Euro fehlen werden.

Zum Jahresbeginn starten die Knappschaft und die DAK das Projekt „Elektronische Gesundheitskarte“.

Weitere Krankenkassenfusionen stehen vor der Tür: die AOK Berlin und die AOK Brandenburg z.B. werden in 2010 zusammengehen, gleiches beschließen die Barmer und Gmünder Ersatzkasse. Die Zahl der gesetzlichen Krankenkassen geht gegen Ende des Jahres 2009 auf rund 130 zurück, vor wenigen Jahren noch existierten rund 400 Kassen.

### **Krankenhäuser**

Nach wie vor ist die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung ein massiver Streitpunkt zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV).

Für die Universitätskliniken schließt der Marburger Bund im April einen Tarifvertrag für Ärzte ab, von dem auch forschende Ärzte profitieren.

### **Ärztetammern, Bundesärztekammer (BÄK)**

Zu Beginn des Jahres beschließen die Ärztekammern, die Weiterbilder und die Assistenzärzte nach der Qualität der ärztlichen Weiterbildung zu befragen.

Obwohl die Zahl der Ärzte steigt, drohen Gefahren, weil immer mehr ins Ausland abwandern. Von 320.000 Ärztinnen und Ärzten in Deutschland sind nur 292.000 kurativ in Klinik oder Praxis tätig.

In der ersten Jahreshälfte wird die Diskussion um den sinnvollen Einsatz knapper finanzieller Mittel im Gesundheitswesen eröffnet. BÄK-Präsident Hoppe sieht zur Priorisierung keine Alternative. Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt hingegen bezeichnet diese Diskussion als menschenverachtend.

---

<sup>1</sup> Quelle. Dtsch Arztebl 2009; 106(51-52): A-2542

Auf dem Deutschen Ärztetag im Mai 2009 in Mainz ist die Priorisierung im Gesundheitswesen zentrales Thema, daneben die Versorgung von Menschen mit Behinderung und die Freiberuflichkeit der Ärzte.

## **Kassenärztliche Vereinigungen: KV und KBV**

Für die kassenärztliche Honorierung stehen 2009 rund 3 Mrd. Euro mehr zur Verfügung. Dennoch gibt es große Unruhe und Unzufriedenheit unter den Kassenärzten. Grund sind die Regelleistungsvolumen (RLV), die bei manchem Zweifel erwecken, ob das Geld in den Praxen ankommt.

Im März gibt es wütende Proteste der Niedergelassenen in Stuttgart mit rund 8000 demonstrierenden Ärztinnen und Ärzten. Viele drohen mit dem Ausstieg aus dem KV-System.

Die KBV dagegen appelliert im Mai im Vorfeld des Deutschen Ärztetages an die Politik, das KV-System zu sanieren und nicht demontieren.

Im August kann die KBV die ersten Abrechnungsergebnisse nach der Honorarreform präsentieren und belegen, dass zwei Drittel der Niedergelassenen zu den Gewinnern zählen. Wie nicht anders zu erwarten, gibt es jedoch erhebliche Unterschiede zwischen den Arztgruppen und den Regionen. Dies allerdings war – in meinen Augen – Sinn und Zweck dieser Reform und den KV-Vertretern bei ihrer Zustimmung zum Honorarkonzept nicht unbekannt.

Die „Fangprämie“ schlägt im September hohe Wellen der Empörung: Niedergelassene sollen von den Krankenhäusern Gelder verlangen und erhalten, damit sie in diese Kliniken einweisen. Dieses Phänomen ist schon seit längerer Zeit bekannt und juristisch dann nicht zu beanstanden, wenn für die Zahlung der Prämie Leistungen der Praxisärzte erbracht werden wie prästationäre Diagnostik und poststationäre Behandlung oder Qualitätsberichte. Voraussetzung ist, dass von den Einweisern nicht doppelt und ein zweites Mal via KV für diese Leistungen von den Kassen kassiert wird.

In den Augen vieler Beobachter hat dieses Verfahren jedoch ein „Gschmäcke“. Neben der juristischen gebe es auch eine moralische Dimension, die nicht beachtet worden sei. Entsprechende Kommentierungen seitens der Medien und der Politik ließen nicht auf sich warten.

Im Februar schließt die AOK Bayerns einen Hausarztvertrag nach § 73b mit dem Hausärzterverband – ohne die KV Bayerns. Ein weiterer Dämpfer für KV und KBV ist der Abschluss eines weiteren Hausarztvertrages zwischen Medi/Hausärzterverband und den Betriebskrankenkassen in Baden-Württemberg im November.

### **„Schweinegrippe“, Neue Influenza**

Der Erreger dieser neuen Grippe, das Virus A/H1N1 wirbelt die Welt durcheinander. Die WHO ruft die höchste Pandemiestufe aus, die Generierung eines Impfstoffs hat oberste Priorität. Im Juli steht er zur Verfügung, zuerst sollen die Beschäftigten im Gesundheitswesen und Risikogruppen geimpft werden. Doch die Impfbereitschaft in der deutschen Bevölkerung ist und bleibt gering – auch beim medizinischen Personal –, nur 15% haben am Jahresende einen Impfschutz. Vor einer zweiten Infektionswelle im Januar 2010 wird gewarnt, der neue Bundesgesundheitsminister Rösler ruft via Deutsches Ärzteblatt die Ärzteschaft auf, die Impfung zu empfehlen.

Korruptionsvorwürfe gegen die Pharma-Industrie und Mitglieder der Ständigen Impfkommission werden laut. Die Gefahr sei groß geredet worden, um viele Impfdosen verkaufen zu können.

### **Politik**

Im Juni sieht Bundesministerin Ulla Schmidt keinen Grund für eine Verärgerung über die Gesundheitspolitik. Den Ärzten wirft sie mangelnden Veränderungswillen vor.

Kurz vor der Sommerpause werden noch vom Bundesrat wichtige Gesetze beschlossen, u.a. wird die Palliativmedizin Bestandteil des Medizinstudiums, klinische Prüfungen von Medizinprodukten müssen jetzt zuvor genehmigt werden.

Die heftige Kritik am Bachelor- und Master-Studiengang in der Medizin ebbt nicht ab.

Der Bericht zur Situation der Transplantationsmedizin zeigt, dass auch zehn Jahre nach dem Inkrafttreten des Transplantationsgesetzes vieles im Argen liegt. Insbesondere bedürfe es einer umfassenden Information der Bevölkerung.

Im Oktober wird der Wechsel im Bundesministerium für Gesundheit vollzogen: BMG Ulla Schmidt (SPD) geht, BMG Dr. Philipp Rösler (FDP) kommt. Rösler ist Arzt und steht für einen grundlegenden Wandel in der Gesundheitspolitik.

Parlamentarische Staatssekretäre werden Daniel Bahr (FDP) und Annette Widmann-Mauz (CDU), beide seit Jahren im Gesundheitswesen ausgewiesene Fachleute und der GRPG bestens bekannt, Frau Widmann-Mauz als Beisitzerin Politik des Präsidiums der GRPG.

Beamteter Staatssekretär wird - als Nachfolger von Dr. Klaus Theo Schröder - Stefan Kapferer, zuvor Niedersächsischer Staatssekretär für Wirtschaft, Arbeit und Verkehr.

### **Ausblick auf 2010**

Der Regierungswechsel stimmt die Ärzteschaft verhalten optimistisch. Dem interessierten Leser sei die Lektüre des Koalitionsvertrages von CDU, CSU und FDP<sup>2</sup> empfohlen. Der Vertrag ist allerdings, speziell im Gesundheitsbereich, sehr allgemein gehalten und interpretationsfähig und –bedürftig.

Hier einige Auszüge aus dem Koalitionsvertrag, die das Gesundheitssystem betreffen:

#### ***Gesundheitswirtschaft***

Angesichts der demographischen Entwicklung wird die Gesundheitswirtschaft erheblich an Bedeutung gewinnen. Wir wollen die Möglichkeiten ausbauen, dass auch außerhalb des gesetzlich finanzierten Bereichs **Gesundheits- und Pflegeleistungen** angeboten werden können. Dafür bedarf es einer Verbesserung der wettbewerblichen Strukturen. Außerdem wollen wir Innovationskraft und Investitionsbereitschaft der deutschen **Medizintechnik** stärken.

#### ***Weiterentwicklung der Hightech-Strategie***

Wir werden die Hightech-Strategie weiterentwickeln. Wir werden sie auf die Anwendungsfelder Klimaschutz/Energie, **Gesundheit**, Mobilität, Kommunikation und Sicherheit konzentrieren. Dabei werden wir die Förderung der Schlüsseltechnologien noch stärker auf diese gesellschaftlich relevanten Felder ausrichten. Wir werden die rechtlichen Rahmenbedingungen innovationsfreundlich gestalten.

#### ***Gesundheitsforschung***

Vorbeugen ist besser als heilen. Wir werden die **Präventionsforschung** stärken. Neue Erkenntnisse der Forschung müssen den Menschen schneller zugutekommen. Wir ebnen den Weg für eine **individualisierte Medizin** und damit für Therapien, die wirksamer und verträglicher sind. Dies muss einhergehen mit neuen Konzepten der **Versorgungs- und Gesundheitssystemforschung**. Mit „Deutschen Zentren der Gesundheitsforschung“ als langfristig angelegten, gleichberechtigten Partnerschaften von Forschungseinrichtungen, Universitäten, Universitätskliniken und Kliniken schaffen wir die Voraussetzungen, um rasch zunehmende Volkskrankheiten wirksamer bekämpfen zu können.

#### ***Stammzellforschung***

Die Stammzellforschung bietet besonders im Bereich der Gesundheit große Chancen. Wir wollen sicherstellen, dass in Deutschland diese Chancen wahrgenommen werden können. Zugleich erfolgt diese ethisch sensible Forschung auf dem Boden des geltenden Rechts und im Dialog mit allen gesellschaftlichen Akteuren. Wir prüfen die Einrichtung einer **Dialogplattform „Deutsches Stammzellnetzwerk“**.

---

<sup>2</sup> <http://www.cdu.de/doc/pdfc/091026-koalitionsvertrag-cducsu-fdp.pdf>

### ***Kinderschutz und Frühe Hilfen***

Wir wollen einen aktiven und wirksamen Kinderschutz. Hierzu werden wir ein Kinderschutzgesetz, unter Berücksichtigung eines wirksamen Schutzauftrages und insbesondere präventiver Maßnahmen (z. B. Elternbildung, Familienhebammen, Kinderschwestern und sonstiger niedrigschwelliger Angebote) auch im Bereich der **Schnittstelle zum Gesundheitssystem** unter Klarstellung der ärztlichen Schweigepflicht auf den Weg bringen.

### ***Forschung für ein selbst bestimmtes Leben im Alter***

Selbst bestimmtes Leben im Alter ist für viele Familien in Deutschland ein existentielles Thema. Mit Unterstützung der **Medizintechnik** ist hier schon heute sehr viel möglich. Deshalb fördern wir die Entwicklung von altersgerechten Assistenzsystemen und altersgerechten innovativen Wohnmodellen. Wir bauen die **medizinische, technische und sozialwissenschaftliche Forschung** für ein selbst bestimmtes Leben im Alter aus, auch im europäischen Rahmen. Wir starten eine Innovationspartnerschaft „**Gesundheit im Alter**“.

### ***Gesundheit und Pflege***

Wir werden das **deutsche Gesundheitswesen innovationsfreundlich, leistungsgerecht und demographiefest** gestalten. Wir benötigen eine zukunftsfeste Finanzierung, Planbarkeit und Verlässlichkeit sowie Solidarität und Eigenverantwortung. Wir brauchen eine Kultur des Vertrauens anstelle überzogener bürokratischer Vorschriften.

**Gesundheit** hat für die Menschen in unserem Land eine hohe Bedeutung. Sie müssen sicher sein können, dass sie im **Krankheits- und Pflegefall** gut versorgt sind. Die **Qualität der Versorgung** und ihre **flächendeckende Bereitstellung** sind uns ein zentrales Anliegen. Eine hochwertige Gesundheitsversorgung muss vom Menschen her gedacht werden. Dafür ist ein Umdenken erforderlich. Die in den Gesundheits- und Pflegeberufen Tätigen leisten einen wichtigen Beitrag für unser Gemeinwesen. Sie verdienen unseren Respekt und Anerkennung. Die **Attraktivität dieser Berufe** muss auch im Hinblick auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf verbessert werden.

Das **Gesundheitswesen** ist gerade in einer älter werdenden Gesellschaft die **Zukunftsbranche** mit bereits jetzt über 4 Millionen Beschäftigten. Es ist der Bereich mit der **höchsten Innovationsrate** und einem geradezu explosionsartig zunehmenden Wissen. Wir wollen den Rahmen so setzen, dass sich der Wettbewerb der Ideen im ständigen Bemühen um eine Verbesserung der Qualität der Versorgung entfalten kann.

### ***Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes***

Wir wollen, dass auch in Zukunft alle Menschen in Deutschland unabhängig von Einkommen, Alter, sozialer Herkunft und gesundheitlichem Risiko weiterhin die **notwendige medizinische Versorgung** qualitativ hochwertig und wohnortnah erhalten und alle am **medizinischen Fortschritt** teilhaben können.

Der Weg in die **Einheitskasse** und ein staatlich **zentralistisches Gesundheitssystem** sind der **falsche Weg**, um die zukünftigen Herausforderungen bürgernah zu bewältigen.

Die **Finanzierbarkeit** muss auch mittel- und langfristig gewährleistet sein. Der **Gesundheitsmarkt** ist der wichtigste Wachstums- und Beschäftigungs-sektor in Deutschland.

Beitrag und Leistung müssen in einem adäquaten Verhältnis stehen. Es braucht zudem Anreize für **kosten- und gesundheitsbewusstes Verhalten**. Die Versicherten sollen auf der **Basis des bestehenden Leistungskatalogs** soweit wie möglich ihren **Krankenversicherungsschutz selbst gestalten** können. Wir wollen einen Einstieg in ein gerechteres, transparenteres Finanzierungssystem.

Der **Morbi-RSA** wird auf das notwendige Maß reduziert, vereinfacht sowie unbürokratisch und unanfällig für Manipulationen gestaltet. Die derzeitige Situation ist gekennzeichnet durch ein **prognostiziertes Defizit**, das sich sowohl aus krisenbedingten Beitragsausfällen als auch gesundheits-systemimmanenten Ausgabensteigerungen (Demographie, Innovationskosten, Fehlwirkungen) zusammensetzt.

Langfristig wird das bestehende Ausgleichssystem überführt in eine **Ordnung mit mehr Beitragsautonomie, regionalen Differenzierungsmöglichkeiten** und **einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeiträgen**, die **sozial ausgeglichen** werden. Weil wir eine weitgehende **Entkoppelung der Gesundheitskosten von den Lohnzusatzkosten** wollen, bleibt der Arbeitgeberanteil fest. Zu Beginn der Legislaturperiode wird eine Regierungskommission eingesetzt, die die notwendigen Schritte dazu festlegt.

### ***Ärztliche Versorgung und freier Arztberuf***

Die **Freiberuflichkeit der ärztlichen Tätigkeit** ist ein tragendes Prinzip unsere Gesundheitsversorgung und sichert die **Therapiefreiheit**. Die **freie Arztwahl** durch die Patientinnen und Patienten ist dabei Ausdruck eines freiheitlichen Gesundheitswesens und die Basis für das notwendige Vertrauensverhältnis zwischen Ärztin und Arzt und Patientin und Patient. Diese Struktur der ambulanten Versorgung wollen wir aufrechterhalten. Die Besonderheiten einer **wohnortnahen Versorgung in ländlichen Bereichen** werden dabei Berücksichtigung finden.

**Medizinische Versorgungszentren (MVZ)** sollen nur unter bestimmten Voraussetzungen zugelassen werden. Geschäftsanteile können nur von zugelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Krankenhäusern gehalten werden. Wesentlich ist dabei vor allem, dass die Mehrheit der Geschäftsanteile und Stimmrechte Ärztinnen und Ärzten zusteht und das MVZ von Ärztinnen und Ärzten verantwortlich geführt wird. Für den Bereich unterversorgter Gebiete soll eine Öffnungsklausel für Krankenhäuser vorgesehen werden, wenn keine Interessenten aus dem Bereich der Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung stehen.

Die Ärztinnen und Ärzte brauchen einen gesicherten Rahmen für ihre Arbeit. Eine Grundvoraussetzung ist ein **einfaches, verständliches Vergütungssystem**, das die Leistungen adäquat abbildet. Dabei werden regionale Besonderheiten Berücksichtigung finden. Nach kritischer Überprüfung wird die **Honorarreform** unter dieser Zielsetzung zusammen mit den Beteiligten den erforderlichen Kurskorrekturen unterzogen.

Wir wollen die **Transparenz** für Ärztinnen und Ärzte sowie Versicherte erhöhen. Deshalb wollen wir die Möglichkeiten der **Kostenerstattung** ausweiten. Es dürfen dem Versicherten durch die Wahl der Kostenerstattung keine zusätzlichen Kosten entstehen.

Die **Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)** wird an den aktuellen Stand der Wissenschaft angepasst. Dabei sind Kostenentwicklungen zu berücksichtigen. Angesichts der vielfältigen Steuerungsinstrumente werden wir überprüfen, ob weiterhin eine Notwendigkeit für Richtgrößen für ärztliche Verordnungen besteht. Wir wollen die Zahlung der Praxisgebühr in ein unbürokratisches Erhebungsverfahren überführen.

Wir werden nach drei Jahren feststellen, wie viele **Hausarztverträge** deutschlandweit abgeschlossen worden sind.

### ***Flächendeckende und bedarfsgerechte Versorgung***

Die **Sicherstellung** der flächendeckenden und bedarfsgerechten medizinischen Versorgung ist uns ein zentrales gesundheitspolitisches Anliegen, das im Hinblick auf die demographische und gesellschaftliche Entwicklung noch an Bedeutung gewinnt.

Der in manchen Regionen sich abzeichnenden **Unterversorgung** durch Ärztemangel und zunehmend längeren Wartezeiten muss wirksam begegnet werden. Dazu werden wir die Voraussetzungen schaffen, damit die **Gemeinsame Selbstverwaltung** die **Bedarfsplanung** zielgerichtet weiter entwickeln kann.

Um der gemeinsamen Verantwortung für regionale Bedürfnisse und Strukturen besser gerecht zu werden, wollen wir fachliche Einwirkungsmöglichkeiten für die Länder prüfen.

Dem in den nächsten Jahren drohenden Ärztemangel ist durch **Abbau von Bürokratie** und eine **leistungsgerechte Vergütung** wirksam auch durch folgende Maßnahmen zu begegnen:

- gezielte **Nachwuchsgewinnung** und Förderung von Medizinstudierenden und **Stärkung der Allgemeinmedizin** in der Ausbildung,
- Ausbau der Anreize und Mobilitätshilfen bei der **Niederlassung** von Ärztinnen und Ärzten **in unterversorgten** Gebieten und
- Erweiterung der **Delegationsmöglichkeiten** ärztlicher und anderer Tätigkeiten zur Entlastung von Ärztinnen und Ärzten.

Die Zeit wird zeigen, ob diese zu begrüßenden Vorhaben Worthülsen bleiben oder mit Leben erfüllt und umgesetzt werden.