

GKV-VStG: Zum großen Wurf fehlte der Mut

Das seit Monaten diskutierte Versorgungsgesetz (GKV-VStG) soll im Januar 2012 in Kraft treten und dem Ärztemangel langfristig entgegenwirken. Doch der Weg bis dahin ist beschwerlich, liegen aktuell 140 Änderungsanträge verschiedener Bundesländer und – kaum zu glauben – aus dem Bundesgesundheitsministerium selbst auf dem Tisch, die eine umfassende Überarbeitung des Gesetzes fordern. Zwar hat die Politik den Ärztemangel endlich erkannt – was mit die wichtigste Voraussetzung ist – aber bei der Lösung des Problems tut man sich offensichtlich schwer, denn zum großen Wurf fehlte der Mut. Deshalb die vielen Baustellen, einige möchte ich herausgreifen:

- » **Ambulante Spezialärztliche Versorgung (ASV):** Viele Bundesländer sehen massive handwerkliche Mängel, sodass der Bundesrat ein Einzelgesetz für den 1. Januar 2013 fordert.
- » **Einführung eines indikationsbezogenen Medikationskatalogs auf Wirkstoffbasis in Modellregionen – keine Positivliste.**
- » **Angleichung des Behandlungsbedarfs:** Eine Konvergenzregelung wird von den Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe gefordert, von Bayern abgelehnt.
- » **Ambulante Kodierrichtlinien (AKR):** Die Streichung dieser soll wieder aufgehoben werden. Hamburg will jetzt doch die AKR, der Deutsche Hausärzteverband will die Internationale Codierung für Primärversorgung (ICPC).
- » **Hinterfragt wird die Stärkung der ärztlichen Rolle in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ),** gefordert die Errichtung von Hausarzt-MVZ sowie die bessere Vernetzung der Gesundheitsberufe.

Nach einem Konsens sieht dies bislang nicht aus. Der Kabinettsentwurf ist noch lange kein Gesetz. Drei zentrale Punkte möchte ich näher beleuchten.

Wer kann, der darf?

Diese Frage stellen sich Ärztinnen und Ärzte zwangsläufig, sollten die bisherigen Pläne zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung beibehalten werden. Auch ich betrachte diesen Passus kritisch, jedoch

ist langfristig eine bessere Verzahnung der verschiedenen Sektoren sinnvoll, aber keine zusätzliche Versorgungssäule. Wir wollen keinen Verdrängungswettbewerb, der gerade in ländlichen Regionen die wohnortnahe Patientenversorgung gefährden könnte. Gewisse Kriterien müssen erfüllt sein: Überweisungsvorbehalt, einheitliche Qualitätsstandards und eine enge Indikationsstellung unter Berücksichtigung regionaler Versorgungsstrukturen. Zugleich fordert der Gesundheitsausschuss einen Ausbau der nicht-ärztlichen Praxisassistenten. Hierbei gilt weiterhin: „Delegation statt Substitution“. Gewisse Management- und Beratungsleistungen oder die Besuche chronisch Kranker sind an qualifizierte Mitarbeiter delegierbar. Die Heilkundeübertragung für Krankheitsbilder, wie Demenz, Hypertonie oder Diabetes ist abzulehnen.

Flexiblere Bedarfsplanung

Bei der geforderten Regionalisierung bleibt der Gesetzesentwurf bislang hinter unseren Erwartungen zurück. Um Ärztinnen und Ärzten bessere Arbeitsbedingungen auf dem Land zu ermöglichen, brauchen wir eine flexiblere Bedarfsplanung. Die Länder müssen mehr Mitspracherecht erhalten und die Planungsbereiche mitgestalten können. Insbesondere fordern wir die Aufnahme der Landesärztekammern (LÄK) in das gemeinsame Landesgremium gemäß § 90 des Sozialgesetzbuches V (SGB V). Die LÄK müssen bei der Regionalbedarfsplanung beteiligt werden, schaffen sie durch Weiter- und Fortbildung doch die Strukturqualität, die unmittelbar auf die Patientenversorgung einwirkt. Außerdem fordern wir eine direkte Beteiligung der Bundesärztekammer (BÄK) im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), erhält diese doch durch das GKV-VStG einen noch höheren Stellenwert sowohl bei der Versorgungsplanung, als auch bei der Qualitätssicherung.

Einheitliche Qualifikation

Ferner appellieren wir an den Gesetzgeber, die Definitionskompetenz bei der Bestimmung der Qualifikationsnachweise nach § 135 SGB V der BÄK zu übertragen. Um ein einheitliches Qualifikationsniveau

bestimmen zu können, ist es notwendig, die sozialrechtlich geprägten Qualifikationsvoraussetzungen der Fachkunde aus den sozialrechtlichen Definitionskompetenzen der Vertragspartner zur BÄK zu verlagern. Bei der Neueinführung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sind Übergangsregelungen nötig, die auch berufsbegleitend erwerbbar sind.

Einladung zum 70. Bayerischen Ärztetag

Die vielen „Baustellen“ in der Gesundheitspolitik werden uns auch auf dem 70. Bayerischen Ärztetag beschäftigen. Dieser findet vom 14. bis 16. Oktober 2011 in München statt, zu dem ich Sie als Präsident der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) herzlich einlade. Der Bayerische Ärztetag bietet allen Delegierten die Gelegenheit, ihre Themen – auch zu medizinethischen Themen, wie Organspende, Gendiagnostikgesetz oder Präimplantationsdiagnostik – zu diskutieren und Entschließungsanträge zu formulieren. An der Ärztetagseröffnung wird Gesundheitsminister Dr. Markus Söder ein Grußwort sprechen. In einer moderierten Gesprächsrunde, unter Einbeziehung von Podium und Publikum, wird über das Thema „Heilkunde – wie viel Arzt muss sein?“ diskutiert.

Ich freue mich auf den Bayerischen Ärztetag in München, auf Ihre rege Teilnahme, konstruktive Diskussionen und Beschlüsse.

Autor



Dr. Max Kaplan,
Präsident
der BLÄK