

Kommission zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in Deutschland

Die Bund-Länder-Kommission zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in Deutschland hat Einigkeit über folgende Punkte erzielt:

1. Flexibilisierung der Bedarfsplanung

Zur Flexibilisierung der Bedarfsplanung entfällt die derzeitige verbindliche Vorgabe, dass die Planungsbereiche den Stadt- und Landkreisen entsprechen. Es wird vorgegeben, dass die Planungsbereiche so zu gestalten sind, dass sie einer flächendeckenden Versorgung dienen. Die Definition der Fachgruppen ist vor diesem Hintergrund zu überprüfen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) erhält die Möglichkeit, die Planungsbereiche nach hausärztlicher, fachärztlicher und spezialisierter fachärztlicher Versorgung zu differenzieren.

Die Anpassung der Verhältniszahlen soll künftig allein nach den in § 101 Abs. 2 Satz 1 SGB V genannten sachgerechten Kriterien und nicht mehr stichtagsbezogen erfolgen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wird gesetzlich verpflichtet, den zuständigen Gremien auf Landesebene generell die Möglichkeit einzuräumen, bei der Erstellung des Bedarfsplans zur Berücksichtigung eines regionalen Versorgungsbedarfs von den Regelungen der Bedarfsplanungsrichtlinie abzuweichen. Der G-BA wird nicht ermächtigt, in der Bedarfsplanungsrichtlinie die Voraussetzungen für das Vorliegen regionaler Besonderheiten zu regeln. Vielmehr erhalten die regionalen Gremien durch Gesetz den erforderlichen Gestaltungsspielraum, um die regionale Bedarfsplanung an den konkreten Versorgungsbedarf anzupassen (z.B. bei der Bestimmung der Planungsbereiche und den zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung festzulegenden Verhältniszahlen).

2. Beteiligungsrechte der Länder

Die Beteiligungsrechte der Länder gegenüber dem jeweiligen Landesausschuss werden analog den Beteiligungsrechten des Bundesministeriums für Gesundheit gegenüber dem Gemeinsamen Bundesausschuss ausgestaltet. Dies bedeutet, dass das Land die Rechtsaufsicht über den Landesausschuss erhält. Die vom Ausschuss zu treffenden Beschlüsse sind dem Land künftig vorzulegen und können innerhalb einer bestimmten Frist vom Land beanstandet werden. Die Nichtbeanstandung eines Beschlusses kann mit Auflagen verbunden und zur Erfüllung einer Auflage eine

angemessene Frist gesetzt werden. Für den Fall, dass ein für die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung erforderlicher Beschluss des Ausschusses nicht oder nicht innerhalb einer vom Land gesetzten Frist zustande kommt oder Beanstandungen des Landes nicht innerhalb einer vorher gesetzten Frist behoben werden, kann das Land den Beschluss erlassen (Ersatzvornahme).

Das Teilnahmerecht des Landes an Sitzungen des Landeausschusses wird analog der Regelung zur Beteiligung der Patientenvertreter ausgestaltet. Das Land erhält damit auch ein Mitberatungsrecht. Die Zahl der teilnehmenden Vertreter des Landes wird in das Ermessen der Länder gestellt.

Die Länder erhalten ein Mitberatungs- und Initiativrecht bei den Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Fragen der Bedarfsplanung. Das Mitberatungsrecht beinhaltet ein Rede- recht sowie ein Anwesenheitsrecht bei den Beratungen und Abstimmungen in den Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Hierzu werden Vertreter der Länder zu den Sitzungen des G-BA entsandt.

3. Beanstandungs- und Initiativrecht der Länder in Bezug auf Verträge nach den §§ 73b, 73c, 140a – 140d SGB V

Zur Genehmigung vorgelegte Verträge nach § 73b, § 73c, § 140a-d SGB V mit Auswirkungen auf das landesbezogene Versorgungsgeschehen sind unabhängig von der aufsichtsrechtlichen Zuständigkeit für die Kassen der betroffenen Landesaufsichtsbehörde vorzulegen. Die Länder haben binnen eines Monats der Aufsicht ihre Position vorzulegen. Darüber hinaus hat die zuständige Aufsichtsbehörde bei den Verträgen nach § 73b, § 73c und § 140a-d SGB V im Falle einer Beanstandung das Benehmen mit den betroffenen Aufsichtsbehörden herzustellen. Die Länder erhalten bezogen auf diese Versorgungsverträge zur Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung ein Initiativrecht.

4. Landesbevollmächtigte der Kassenarten

Alle Krankenkassen einer Kassenart mit Mitgliedern mit Wohnsitz in einem Land haben für das jeweilige Land für alle gemeinsam und einheitlich zu treffende Entscheidungen sowie für gemeinsam und einheitlich abzuschließende Verträge auf Landesebene jeweils einen gemeinsamen Bevollmächtigten mit Abschlussbefugnis gegenüber der zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des jeweiligen Landes zu benennen. Können sich die betroffenen Krankenkassen einer Kassenart nicht auf einen Bevollmächtigten einigen, bestimmt die für die Sozialversicherung zuständige

oberste Verwaltungsbehörde des jeweiligen Landes diesen gemeinsamen Bevollmächtigten. Sätze 1 und 2 gelten nicht, soweit für ein Land eine Landesvertretung einer Kassenart oder ein Landesverband besteht oder die Aufgaben eines Landesverbandes nach § 207 Absatz 4a wahrgenommen werden. In diesem Fall gelten der Landesverband oder die Landesvertretung einer Kassenart als Bevollmächtigter der Kassenart. Bestehen in einem Land gemäß § 207 SGB V mehrere Landesverbände einer Kassenart, gilt der jeweilige Landesverband in seinem Zuständigkeitsbereich als Bevollmächtigte im Sinne des Satzes 1.

5. Berücksichtigung sektorenübergreifender Aspekte

Bei der Planung von Versorgungsstrukturen ist eine sektorübergreifende Betrachtungsweise erforderlich. Ziel ist es, möglichst alle an der ambulanten Versorgung der Versicherten teilnehmenden Ärzte in der Bedarfsplanung zu erfassen.

Das BMG wird im SGB V die Rechtsgrundlage zur optionalen Bildung eines sektorübergreifenden Gremiums vorsehen, das Empfehlungen zur medizinischen Versorgung ohne Bindungswirkung aussprechen kann. Das Nähere zur Zusammensetzung und Arbeitsweise dieses Gremiums ist dann ggf. durch Landesrecht zu regeln.

6. Berücksichtigung von Demografie und Morbidität

Der G-BA wird verpflichtet, zukünftig bei der Anpassung der Verhältniszahlen die demografische Entwicklung zu berücksichtigen. Der G-BA wird gesetzlich mit der Entwicklung eines Konzeptes beauftragt, wie die Morbidität besser bei der Bedarfsplanung berücksichtigt werden kann. Der Auftrag wird mit einer Fristsetzung versehen.

7. Umverteilung von Arztsitzen

Um Überversorgung abzubauen, wird die nach § 105 Abs. 3 SGB V bestehende Möglichkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), in überversorgten Gebieten den freiwilligen Verzicht auf die Zulassung als Vertragsarzt finanziell zu fördern, erweitert. Hierzu wird die bisherige Beschränkung der Förderung auf Ärzte, die mindestens 62 Jahre alt sind, aufgehoben. Diese Maßnahmen sind wie bisher allein aus Mitteln der KVen zu finanzieren.

Die Verlegung eines Vertragsarztsitzes kann nur dann genehmigt werden, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung nicht entgegenstehen. Gleichzeitig wird die bislang für Medizinische Versorgungszentren (MVZ) geltende Ausnahmeregelung (§ 103 Abs. 4a Satz 2 SGB V) entsprechend angepasst: Auch für MVZ gilt dann, dass die Sitzverlegung eines übernommenen Vertragsarztsitzes in das MVZ nur dann möglich ist, wenn Versorgungsgesichtspunkte nicht entgegenstehen.

Da bislang bei der Entscheidung über die Nachbesetzung einer Vertragsarztpraxis Versorgungsgesichtspunkte nur eine untergeordnete Rolle spielen, erhalten die Zulassungsausschüsse künftig den Auftrag, solche Bewerber besonders zu berücksichtigen, die bereit sind, besondere Versorgungsbedarfe zu erfüllen (z.B. könnten solche Bewerber bevorzugt werden, die bereit sind, sich neben der Tätigkeit im übertersorgten Gebiet an der Versorgung in nahe gelegenen, schlecht versorgten Gebieten zu beteiligen, oder bestimmte Teile des Leistungsspektrums der betreffenden Facharztgruppe anzubieten).

Die Gleichstellung von (eingetragenen) Lebenspartnern mit Ehegatten bei der Nachbesetzung von ausgeschriebenen Vertragsarztsitzen soll vollzogen werden (§ 103 Abs. 4 SGB V).

8. Sonderbedarfzulassung

Der Auftrag an den G-BA, in der Bedarfsplanungs-Richtlinie weitere Bestimmungen über Vorgaben für die ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze zu treffen, wird erweitert. Die Umsetzung erfolgt auf der Ebene der Zulassungsausschüsse.

9. Berücksichtigung des tatsächlichen Versorgungsangebots

Ziel ist, bei der Zulassung eine größere Differenzierung als die heutige Voll- oder Teilzulassung (50 %) zu erreichen.

10. Neue Kooperationsformen

Als neue Kooperationsmöglichkeiten wird die

- Ermächtigung von Ärzten, die in Reha-Einrichtungen tätig sind, sowie die
- Ermächtigung von Krankenhäusern bei lokalem Versorgungsbedarf und die
- Ermächtigung von Ärzten in Pflegeeinrichtungen vorgesehen.

Dabei erhält die Selbstverwaltung einen ausreichenden Spielraum für die Anwendung auf regionaler Ebene.

11. Mobile Versorgungskonzepte

Bereits nach geltendem Recht besteht eine Vielzahl von Möglichkeiten, sogenannte "mobile" Versorgungskonzepte zu praktizieren (z.B. Tätigkeit an weiteren Orten/Zweigpraxen). Der Ausbau solcher Versorgungskonzepte wird unterstützt. Berufsrechtliche Einschränkungen (z.B. bei der Gründung von Zweigpraxen) sollten aufgehoben werden.

12. Lockerung der Residenzpflicht

Eine Befreiung auf Antrag soll zukünftig möglich sein, soweit Versorgungsgründe nicht entgegen stehen.

13. Eigeneinrichtungen der KVen

Die Sicherstellungsverpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 75 Abs. 1 SGB V sowie in Ausnahmefällen der Krankenkassen bleibt bestehen und wird nicht aufgeweicht. Es wird klargestellt, dass bei Eigeneinrichtungen die Finanzierung der ärztlichen Leistungen aus der Gesamtvergütung erfolgt.

In Ausnahmefällen sollen kommunale Träger Eigeneinrichtungen zur ambulanten Versorgung betreiben können. Die KV als Sicherstellungsverpflichtete hat dann die angemessenen Gründungs- und Anlaufkosten zu tragen.

14. Nichtärztliche Praxisassistenz

Die Delegationsmöglichkeiten ärztlicher Leistungen sollen in einem ersten Schritt besser genutzt und ausgebaut werden. Entsprechende Umsetzungsmöglichkeiten werden im Rahmen des GKV-Versorgungsgesetzes angestrebt. Nach Auswertung der Modellversuche sollen weitere Möglichkeiten zur weiteren Übertragung von Aufgaben und deren Honorierung geprüft werden.

15. Honorar (Sicherstellungszuschläge, Honorarzu- und -abschläge, Mengensteuerung (Regelleistungsvolumina), Aussetzung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen u. ä.)

Regionale Anreize (z.B. Ausnahmen von der Abstufung und Vereinbarung von Preiszuschlägen) sollen helfen, eine Unterversorgung zu verhindern. Weitere Steuerungsmöglichkeiten im Honorarbereich werden im Rahmen der kommenden Honorarreform geprüft.

Veränderungen im Verfahren der Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfung sollen Unsicherheiten beseitigen und damit dazu beitragen, Anreize zur Niederlassung zu schaffen.

16. Sicherstellung / vertragsärztlicher Notdienst auch im Bereich der Selektivverträge / Kooperation Rettungsdienst und vertragsärztlicher Notdienst

Die Länder verdeutlichen die bestehenden Sicherstellungsprobleme für den Fall, dass die KVen ihre Mitwirkung bei der Sicherstellung der notdienstlichen Versorgung bei Selektivverträgen verweigern. Zudem wird auf das Problem mehrerer Telefonnummern für den vertragsärztlichen Notdienst in Bezug auf unterschiedliche Verträge hingewiesen, was für Patienten nur schwer nachvollziehbar sein wird.

Eine Annäherung der Positionen von Bund und Ländern ist nicht erfolgt.

Mögliche Änderungen in diesem Regelungsbereich werden im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens geprüft.

17. Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Die Möglichkeit für Vertragsärzte und Vertragsärztinnen, sich im zeitlichen Zusammenhang mit der Geburt eines Kindes vertreten zu lassen, wird von 6 auf 12 Monate verlängert. Weiterhin wird die Möglichkeit für die Beschäftigung eines Entlastungsassistenten für die Erziehung von Kindern bis mindestens zur Vollendung des 3. Lebensjahres geschaffen. Außerdem wird dies für die Pflege von Angehörigen für in der Regel mindestens 6 Monaten geöffnet. Abweichungen nach oben und unten sind möglich. Bei der Auswahlentscheidung über die Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes in einem gesperrten Bereich werden Kindererziehungs- bzw. Pflegezeiten, durch die eine ärztliche Tätigkeit unterbrochen wurde, fiktiv berücksichtigt.

18. Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs auch in der zahnärztlichen Versorgung

Zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf kann zukünftig auch bei der vertragszahnärztlichen Versorgung festgestellt werden.

19. Erhöhung der Studienplatzzahl in der Humanmedizin

Die Erhöhung der Zahl der Studienplätze in der Humanmedizin ist ein geeignetes und im Rahmen eines Maßnahmenbündels zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung sinnvolles Instrument. Die Zahl der Studienplätze der Humanmedizin in den Ländern sehr unterschiedlich ausgeprägt. Deswegen befürworten das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und die Ländergesundheitsministerien eine befristete Beteiligung des Bundes an den Kosten des Ausbaus der Studienplatzkapazitäten.

20. Auswahlverfahren für die Zulassung zum Medizinstudium

Eine Überprüfung der Auswahlkriterien und –verfahren ist sinnvoll. In einem ersten Schritt soll die Bedeutung der Abiturnote zugunsten anderer Kriterien wie z. B. einschlägige Berufsausbildungen, Freiwilliges Soziales Jahr oder Test für medizinische Studiengänge gesenkt werden. Perspektivisch müssen Indikatoren gefunden werden, wie Eignung und Motivation für die Primärversorgung zuverlässig erfasst und bundesweit verbindlich festgelegt werden können.

21. Landarztquote im Medizinstudium

Die bereits außerhalb des allgemeinen Zulassungsverfahrens bestehende Möglichkeit einer Vorabquote für den besonderen öffentlichen Bedarf soll ausgeschöpft werden, um durch eine landesrechtlich festzulegende Quote für künftige „Landärztinnen und Landärzte“ der Unterversorgung mit Hausärztinnen und Hausärzten entgegen zu wirken. Bedingung ist, dass sich die Studienbewerberinnen und –bewerber freiwillig verpflichten, nach Abschluss ihrer Aus- und Weiterbildung in unterversorgten Gebieten ambulant tätig zu werden.

Weitere Bausteine zur Bekämpfung des Hausärztemangels sind wünschenswert.

22. Sonderstipendien

Den Kassenärztlichen Vereinigungen muss es im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages möglich sein, studienwillige zukünftige Landärztinnen und Landärzte zu begleiten und ihnen ein Stipendium zu gewähren, wenn sie sich verpflichten, für einen bestimmten Zeitraum hausärztlich tätig zu werden. Verbunden werden sollte dies mit einer Rückzahlungsverpflichtung bei abredewidrigem Verhalten. Nach Ende des Studiums sind Sicherstellungsmaßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigungen (Investitionshilfen, Anstellungen bei Kassenärztlichen Vereinigungen oder ähnliches) denkbar.

23. Stärkung der Allgemeinmedizin

Die Allgemeinmedizin in der Ausbildung muss gestärkt werden. Um Studierende vermehrt zur Tätigkeit als niedergelassene Ärztin oder niedergelassener Arzt zu motivieren, bedarf es auf Seiten der Länder der Schaffung entsprechender Strukturen (Lehrstühle für Allgemeinmedizin an allen medizinischen Fakultäten, geeignete allgemeinmedizinische Praxen, Nutzung von Weiterbildungsverbänden und Koordinierungsstellen usw.) sowie der Anpassung der ÄApprO (Festschreibung des Umfangs der Blockpraktika, Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf durch Änderung der Fehlzeitenregelungen) durch das BMG.

Zusätzlich halten es die Länder für erforderlich, die Approbationsordnung so zu reformieren,

- dass angehende Studierende vor Beginn des Studiums die Möglichkeit gegeben wird, in hausärztlichen Praxen zu hospitieren,

- dass hausärztliches Wissen im Vergleich zu fachärztlichem Spezialwissen noch stärker betont wird
- dass die Studierenden im Rahmen von Patenschaftsprogrammen der Hochschulen mit hausärztlichen Praxen frühzeitig Patientinnen und Patienten kennen lernen und
- ein Abschnitt des Praktischen Jahres verpflichtend im hausärztlichen Bereich absolviert wird.

Diese Aspekte werden im weiteren Verfahren zwischen Bund und Ländern erörtert.

24. Einbeziehung weiterer Krankenhäuser und Lehrpraxen in die Ausbildung

Künftig sollen außeruniversitäre Einrichtungen stärker in die Ausbildung einbezogen werden. Dabei sollte ermöglicht werden, das Praktische Jahr außerhalb der Universitätsklinik der Heimatuniversität und der ihr zugeordneten Lehrkrankenhäuser in möglichst vielen geeigneten Krankenhäusern zu absolvieren.

Darüber hinaus wird die KMK gebeten, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass die Blockpraktika auch an akademischen Lehrkrankenhäusern stattfinden können, ohne dass dies bei den jeweiligen medizinischen Fakultäten die Studienplatzkapazität erhöht. Eine Anpassung der Approbationsordnung für Ärzte ist erforderlich.

Der ambulante Versorgungsbereich sollte stärker als bisher in die ärztliche Ausbildung einbezogen werden. Damit soll der zunehmenden Verlagerung der Versorgung vom stationären in den ambulanten Bereich auch in der Lehre Rechnung getragen werden. Die KMK und die Hochschulen werden daher aufgefordert, die Spielräume der Approbationsordnung für Ärzte zu nutzen und nicht nur in der Allgemeinmedizin die ambulanten Strukturen verstärkt während des Praktischen Jahres einzubeziehen.

25. Erleichterungen des Berufsübergangs

Durch die Schaffung von Koordinierungsstellen und Weiterbildungsverbänden soll die Attraktivität der Weiterbildung im Bereich der Allgemeinmedizin gesteigert werden.

26. Finanzierung der Weiterbildung

Die Rahmenbedingungen der ärztlichen Weiterbildung müssen so ausgestaltet sein, dass auch zukünftig ausreichend qualifizierte Ärztinnen und Ärzte für eine bedarfsgerechte Versorgung zur Verfügung stehen.

Die Länder halten Regelungen im SGB V zur Sicherstellung der dauerhaften Förderung der Allgemeinmedizin sowie zur Anpassung des Regelleistungsvolumens von Weiterbildungspraxen für erforderlich.

27. Informations- und Imagekampagne

Die Thematik der hausärztlichen Versorgung im ländlichen Raum besitzt einen erheblichen Stellenwert in der Öffentlichkeit. Es ist erforderlich, dass sich auch die Landesärztekammern und die Kassenärztlichen Vereinigungen bemühen, in Zusammenarbeit mit Bund und Ländern das positive Image einer Landärztin/ eines Landarztes zu verstärken.