

Die Tränen des GroKo-Deals

Was Union und SPD den Ärzten verspricht

► Von Michael Reischmann

WIESBADEN. Die Gesundheitspolitik war einer der Knackpunkte, der erst am Ende der Koalitionsverhandlungen von CDU, CSU und SPD ausformuliert wurde. Beim Streitpunkt „Einheitliche Gebührenordnung!“ (SPD) versus „Keine Bürgerversicherung!“ (Union) verständigte man sich auf den bewährten Kompromiss „Wenn ich nicht mehr weiter weiß, gründe ich einen Arbeitskreis“. So geht's auch. Was vom schwarz-roten Kooperationsentwurf aus Vertragsarztsicht zu halten ist? Hier ein paar bittere, aber auch Lachtränen zum GroKo-Deal.



Gro-Ko-Deal, Krokodil – ja, das Wortspiel entstand in den Karnevalstagen. Dem einen oder andern ist aber echt zum Weinen.

Fotos: iStock/RobinOlimb; iStock/fotoslaz

Eine Gebührenordnungs-Kommission wird Vorschläge machen

EBM und GOÄ müssen reformiert werden – ein „modernes Vergütungssystem“ soll den Versorgungsbedarf und den Stand des medizinischen Fortschritts abbilden. Die Bundesregierung setzt auf Vorschlag des Bundesgesundheitsministeriums eine wissenschaftliche Kommission ein. Die soll bis Ende 2019 Vorschläge machen – unter Berücksichtigung aller



Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery
Präsident der Bundesärztekammer
Foto: BÄK

hiermit zusammenhängenden medizinischen, rechtlichen und wirtschaftlichen Fragen. „Ob diese Vorschläge umgesetzt

werden, wird danach entschieden.“ Vorschläge zur Honorierung, Kodierung, Dokumentation und vieles andere mehr in der sektorübergreifenden Versorgung liefert auch noch eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe bis 2020.

Wann wird dieses moderne Vergütungssystem Realität werden – im Jahr der Eröffnung des BER oder von Stuttgart 20plus,

beim Erreichen der Klimaziele, unter einer Regierung Nahles? Der Präsident der Bundesärztekammer, Professor Dr. Frank Ulrich Montgomery, findet es jedenfalls „vernünftig, dass in den Koalitionsverhandlungen das höchst strittige Thema des Vergütungssystems nicht mehr unter Zeitdruck entschieden worden ist“. Zeitdruck bringt nichts, das wissen BÄK und PKV-Verband von ihren eigenen Re-

formbemühungen zur GOÄ. Mit ihrem gemeinsam beauftragten „Memorandum zur Diskussion einer Einheitlichen Gebührenordnung für Ärzte“ haben sie bereits eine Menge Argumente geliefert, warum eine Vereinheitlichung von EBM- und GOÄ-System rechtlich zweifelhaft ist, nur mit Opfern durchgesetzt werden kann und dem „Ideal der Gleichheit“ auch nicht näher kommt.

Längere Öffnungszeiten bei Ärzten und Terminservicestellen

Die Terminservicestellen der KVen haben unter einer bundesweit einheitlichen Telefonnummer von 8 bis 18 Uhr erreichbar zu sein und auch haus- und kinderärztliche Termine zu vermitteln. Das Mindestsprechstundenangebot der Vertragsärzte für die Versorgung von gesetzlich versicherten Patienten wird

von 20 auf 25 Stunden erhöht. Koordinierende Leistungen, inklusive der Terminvermittlung zum Facharzt, sollen Hausärzten besser vergütet werden.

Die Terminservicestellen lösen ein Problem, das es gar nicht gibt, haben die KV-Funktionäre zur Einführung der Vermittlungs-

dienste wiederholt gesagt. Künftig müssen sie noch mehr dafür tun. Als einen „Schlag ins Gesicht der niedergelassenen Ärzte“ empfindet Dr. Dirk Heinrich, Chef des Spitzenverbandes Fachärzte, dass die Sprechzeiten für Kassenpatienten „um 25 % pro Woche“ erhöht werden sollen. Schließlich behan-



delt schon heute jeder Praxisinhaber laut Zentralinstitut der KBV in über 38 Stunden pro Woche Kassenpatienten – also weit länger als das Praxisschild suggeriert. Oder soll es für die Ärzte statt der jetzigen 50- eine 62-Stunden-Woche geben, fragt der SpiFa. Und das gar ohne Honorarausgleich?!



Dr. Dirk Heinrich
Vorstandsvorsitzender
des SpiFa
Foto: sveapietschmann

Bessere Vergütung für die Hausärzte klingt super

In wirtschaftlich schwachen und unterversorgten ländlichen Gebieten erhalten Ärzte Zuschläge. „Dazu werden die hausärztliche Versorgung und die ‚sprechende Medizin‘ besser vergütet. Der Masterplan Medizinstudium 2020 mit der Neuregelung des Studienzugs, der Stärkung der Allgemeinmedizin sowie einer Landarztquote soll

zünftig Anwendung finden. Es werden Anreize fürs Qualifizieren von Weiterbildungsbefugten durch die regionalen Kompetenzzentren für Allgemeinmedizin in Aussicht gestellt. Gesundheitsfachberufen ist mehr Verantwortung zu übertragen. Die DMP für Rückenschmerz und Depressionen sind umzusetzen. Die nationale Diabetesstrategie wird betont.

Bessere Vergütung der hausärztlichen Versorgung und derprechenden Medizin sowie Stärkung der ambulanten Versorgung in strukturschwachen bzw. ländlichen Regionen – das ist „ein richtiges und wichtiges Signal“, findet der Deutsche Hausärzteverband. Bei der „konkreten Ausgestaltung dieser wichtigen Maßnahmen“ will er der Regierung gerne behilflich sein.



Ulrich Weigeldt
Vorsitzender des
Deutschen Hausärzte-
verbandes
Foto: DHÄV

Gut findet der Verbandschef Ulrich Weigeldt auch den „Weckruf an die Länder

und Universitäten“, den Masterplan schnell und vollständig umzusetzen. Seit dem Beschluss zur Reform des Medizinstudiums im März 2017 sei wenig passiert. Ein auf 25 Stunden erhöhtes Mindestsprechstundenangebot wäre dagegen ein negatives Signal für den hausärztlichen Nachwuchs. Bitte an die Work-Life-Balance der Jungen denken!



Mehr Telematik, mehr Telemedizin



Wieland Dietrich

Vorsitzender der
Freien Ärzteschaft

Foto: privat

„Wir werden die Telematikinfrastruktur weiter ausbauen und eine elektronische

Patientenakte für alle Versicherten in dieser Legislaturperiode einführen.“ Neue Zulassungswege für digitale Anwendungen sollen geschaffen, Interoperabilität hergestellt und die digitale Sicherheit im Gesundheitswesen gestärkt werden. Die „einschränkenden Regelungen zur Fernbehandlung“ kommen auf den Prüf-



stand. Mehr Telemedizin ist erwünscht. Mit Ausnahme des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, der soll zugunsten der Apotheken vor Ort verboten werden.

Jetzt geht's looos! Mit ganz großen Schritten. Oder doch nicht? Wieland Dietrich, Vorsitzender der Freien Ärzteschaft, stellt

fest: „Der neue Medikationsplan wird fast nirgendwo genutzt. Die Tests für den aufwendigen Notfalldatensatz werden abgespeckt. Die geplante zentrale elektronische Patientenakte kann nicht wirklich geschützt werden. Ein einziger Flop ist auch die Videosprechstunde.“ Allerdings: Die Digitalisierung lässt sich nicht aufhalten. Auch bei der Fernbehandlung ohne vor-

herigen Arzt-Patienten-Kontakt wird 2018 wegweisend werden. Die Blicke richten sich insbesondere auf die Modellprojekte in Baden-Württemberg – das Bundesland, aus dem auch die vermeintlich nächste Bundesgesundheitsministerin stammt. Annette Widmann-Mauz, z.Zt. Parlamentarische Staatssekretärin im BMG, ist den Standesvertretern bestens bekannt.

Neue Möglichkeiten zur Sicherstellung der Versorgung

Die Bedarfsplanung wird „kleinräumiger, bedarfsgerechter und flexibler gestaltet“. In ländlichen oder strukturschwachen Gebieten entfallen Zulassungssperren für Neuniederlassungen. Die Länder erhalten ein Mitberatungs- und Antragsrecht in den Zulassungsausschüssen. Der Strukturfonds der KV wird erhöht und dessen



Mittelverwendung flexibler. Die KVen bekommen auch mehr Spielraum, die vertragsärztliche Versorgung durch Eigeneinrichtungen sicherzustellen.

Landeskrankenhausesgesellschaften und KVen haben in gemeinsamer Finanzierungsverantwortung die Notfallversorgung sicherzustellen. „Dazu sind Notfall-



Dr. Andreas Gassen

Vorstandsvorsitzender
der KBV

Foto: axentis.de/Lopata

leitstellen und integrierte Notfallzentren aufzubauen“.

Die KBV kauert im Startblock. „Wenn sich jetzt eine Bundesregierung bildet, stehen wir mit unserem Konzept KBV 2020 bereit, die künftigen Herausforderungen im Gesundheitswesen konstruktiv zu begleiten“, sagt der oberste aller Vertragsärzte, Dr. Andreas Gassen. Er meint: Über 25 Mrd. Euro GKV-Finanzpolster lassen Verbesserungen zu, ohne dass der ab 2019 wieder

paritätisch zu finanzierende Kassenbeitrag erhöht werden muss.

Die Krankenhausträger freut es, dass die Kliniken „gleichberechtigt in die Organisation des ambulanten Notfalldiensts einbezogen werden“. Die Notfallleistungen sollten aber nicht über ein neues Budget, sondern extrabudgetär und kostendeckend von den Kassen bezahlt werden.