

## **Konsequenzen fürs Honorar**

Der demografische Wandel und wachsende Multimorbidität erfordern nach Auffassung der KBV eine intensivere Koordination der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen. Gefragt ist aber vor allem der Gesetzgeber: Er soll verschiedene Versicherungstarife etablieren:

- Tarif A: eine hausärztliche Patientenkoordination mit Einschreibung und der Verpflichtung zur Erstinanspruchnahme des Hausarztes.

- Tarif B: eine hausärztliche Patientenkoordination ohne Einschreibung; die Überweisung an den Facharzt wegen einer chronischen Krankheit bindet bis zu vier Quartale, wobei die krankheitsbezogene Koordinierung durch den Facharzt erfolgt.

- Freier Zugang zu allen Fachärzten, was gegenwärtig Versorgungsstandard ist.

Neue Tarife müssen aus Sicht der KBV Konsequenzen für die Vergütung haben: Bei vom Hausarzt koordinierter Versorgung müsse die Budgetierung der Facharzt-Honorare entfallen. Bei Hausärzten dürfe es keine fallzahlabhängige Abstufung mehr geben. Um mehr Flexibilität vor Ort zu haben, sollte dereguliert werden; dabei müssten kassenartenspezifische Gesamtverträge wieder möglich werden.

Zur Sicherstellung der Versorgung wird eine bessere Kooperation mit Kommunen und Ländern bei der Infrastrukturplanung angestrebt. Unter Verweis auf Überkapazitäten und vermeidbare Krankenhausfälle mit einem Kostenvolumen von 7,2 Milliarden Euro müsse ein Teil der Kliniken in ambulante Einrichtungen umgewandelt und frei werdende Mittel dem ambulanten Versorgungsbereich – sprich den KVen – zugeordnet werden. Die gemeinsame Sicherstellung des Not- und Bereitschaftsdienstes sei eine zu prüfende Option. Die Vergütung müsse extrabudgetär erfolgen.

## **Mehr Förderung der Weiterbildung**

Konkrete Fortschritte gibt es bei der Förderung der Weiterbildung. Laut KBV-Vorstand Regina Feldmann haben sich KBV, GKV-Spitzenverband und Deutsche Krankenhausgesellschaft darauf geeinigt, 7500 Stellen für die allgemeinärztliche und weitere 1000 Stellen für die fachärztliche Weiterbildung ab dem 1. Juli mit monatlich 4800 Euro zu fördern; bei bestehender Unterversorgung kommen 500 Euro, bei drohender Unterversorgung 250 Euro hinzu. Welche Facharztgruppen gefördert werden sollen, können Kassen und KVen auf regionaler Ebene nach Bedarfslage vereinbaren. Offen bleibt aber, ob angestrebt wird, das Ausmaß der Förderung an Vollzeitstellen zu orientieren. Die derzeit geförderten knapp 5000 Stellen entsprechen weniger als 2500 Vollzeitäquivalenten, weil viele Ärzte Teilzeit arbeiten. Nachdrücklich plädierte Feldmann dafür, im Masterplan Medizinstudium 2020, der derzeit vorbereitet wird, die Allgemeinmedizin zu stärken und auch im PJ als Pflichtfach zu verankern.