

SPD-Bundestagsfraktion Arbeitsgruppe Gesundheit

„Entscheidend ist die Patientenperspektive“ - Positionspapier zu einem Versorgungsgesetz

Die Herausforderungen, vor denen unser Gesundheitswesen steht, sind gut bekannt und häufig beschrieben. Der Anteil älterer und hochbetagter Menschen in der Bevölkerung wird erfreulicherweise weiter zunehmen. Damit einher geht eine Zunahme an chronisch-degenerativen Erkrankungen und Behinderungen. Gleichzeitig wird die Zahl der ein-Personen-Haushalte steigen, was neue Aufgaben insbesondere im Bereich der professionellen pflegerischen und hausärztlichen Versorgung bedeutet. Der medizinisch-technische Fortschritt wird die Entwicklung von zum Teil hochteuren neuen Technologien für Diagnostik und Therapie ermöglichen.

Die SPD Bundestagsfraktion reagiert auf diese Entwicklungen, die auch die Qualität und Leistungsfähigkeit unserer gesundheitlichen Versorgung belegen. Gleichwohl bedarf es einer Reihe von Weiterentwicklungen im Bereich der gesundheitlichen Versorgung, um diese Herausforderungen meistern zu können. Die SPD Bundestagsfraktion sieht ein gut entwickeltes und leistungsfähiges System der Gesundheitsversorgung als wichtigen Teil einer öffentlichen Infrastruktur und Daseinsfürsorge. Gerade für ländliche und strukturschwache Regionen, die besonders unter Abwanderung und damit einer Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung leiden, ist eine umfassende medizinische Versorgung ein zentraler Faktor für die Lebensqualität. Die alleinige Betrachtung von Gesundheitsausgaben als Kostenfaktor, der eine Belastung der Lohnnebenkosten darstellt, ist überkommen und wird einer Perspektive nicht gerecht, bei der die Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt stehen.

Aus allen im Bundestag vertretenen Parteien, den Gewerkschaften aus dem Gesundheitsministerium und auch aus den wichtigen Verbänden und Institutionen sind Vorschläge gemacht worden, welche Bestandteile ein Versorgungsgesetz haben sollte. Darin sind zum Teil gute Ansätze und Ideen enthalten, die weiter verfolgt werden können.

Die SPD Bundestagsfraktion misst alle Vorschläge und Ideen vor allen Dingen daran, welchen Nutzen sie für die Patientinnen und Patienten haben. Es darf bei der Diskussion über den Abbau von Unterversorgung im ländlichen Raum oder den Abbau von Überversorgung in Ballungsregionen nicht um Besitzstände von Kassenärztlichen Vereinigungen, niedergelassenen Ärzten oder Krankenhäusern gehen. Wichtigster Prüfstein für alle vorgeschlagenen Maßnahmen ist die Frage, ob sie geeignet sind, die Menschen vor Ort umfassend und mit einer guten Qualität medizinisch und pflegerisch zu versorgen. Auch für die Bewertung und die Entscheidung, ob Innovationen von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt werden, muss danach gefragt werden, welchen Vorteil sie für die Patientinnen und Patienten bringen. Innovation als Selbstzweck liegt nicht im Interesse von Patientinnen und Patienten. Um hier besser entscheiden zu können, brauchen wir mehr und qualitativ höherwertige Versorgungsforschung, deren Ergebnisse zügiger umgesetzt werden. Hierzu bedarf es der Entwicklung eines evidenzbasierten Vorgehens, mehr interdisziplinäre Koopera-

tionskulturen im Gesundheitswesen und ein abgestimmtes interprofessionelles Zusammenarbeiten mit anderen Politikbereichen wie z.B. der Eingliederungshilfe.

Dabei muss sich die medizinische Versorgung besonders orientieren an den spezifischen Versorgungsbedarfen

- in den Lebensphasen und den Übergängen z.B. vom Kindes- und Jugendalter zum Erwachsenenalter aber auch vom aktiven Erwerbsleben ins Rentenalter
- der Geschlechter
- in den unterschiedlichen Regionen, z.B. in den Metropolen und Ballungsgebieten ebenso wie in den dünn besiedelten strukturschwachen Randregionen
- von Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen
- von Menschen mit psychischen Erkrankungen
- besonders schwer zu erreichenden Gruppen, wie z.B. Migrantinnen und Migranten oder Flüchtlinge, Menschen in sozial prekären Lebenssituationen.

Überkommene Sektorabgrenzungen, ungeeignete Planungsgrundlagen, historisch gewachsene Zuständigkeiten, Honoraranteile oder Aufgabenzuweisungen müssen dem Primat der Patientenversorgung untergeordnet und ggf. geändert werden, damit notwendige Veränderungen im Sinne aller Patientinnen und Patienten durchgesetzt werden können.

Die SPD-Bundestagsfraktion sieht für eine teilhabeorientierte Gesundheitsversorgung für alle einen Handlungsbedarf vor allem in den folgenden Bereichen:

1. Bedarfsplanung und sektorübergreifende Versorgung
2. Vertragsarztrecht
3. Hausärztliche Versorgung
4. Einheitliche Vergütung von Leistungen
5. Mediziner Ausbildung und Weiterbildung
6. Vereinbarkeit von Beruf und Familie
7. Weiterentwicklung des RSA

1. Bedarfsplanung und sektorübergreifende Versorgung

Die Versorgungssituation wird sich in den kommenden Jahren und Jahrzehnten kontinuierlich verändern. Es werden zunehmend ältere Menschen sowie Menschen mit Behinderungen und chronischen Krankheiten medizinisch und pflegerisch zu versorgen sein. Gleichzeitig steigt das durchschnittliche Alter der Ärztinnen und Ärzte und des Pflegepersonals. Und die Spezialisierung der Medizin nimmt zu.

Auf diese Entwicklungen muss das medizinische, pflegerische und rehabilitative Versorgungssystem reagieren können. Entscheidend ist, dass Patientinnen und Patienten unabhängig davon, wo sie leben, wie alt sie sind oder wie schwer der Grad ihrer Erkrankung ist, in zumutbarer Weise die für sie notwendigen medizinischen und pflegerischen Versorgungsleistungen in Anspruch nehmen können. Das Versorgungssystem muss sich den Patientinnen und Patienten anpassen, nicht umgekehrt.

Der geteilte Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung auf der einen und die stationäre Versorgung auf der anderen Seite baut Hürden auf, die kurzfristig nicht überwunden werden können. Nicht alle Fehlallokationen können zudem durch eine bessere Bedarfsplanung korrigiert werden. Ein Versorgungsgesetz 2011 muss die Versorgungsplanung innerhalb der bestehenden Strukturen dort, wo das dem Bund gesetzgeberisch möglich ist, weiterentwickeln. Vor allem die Länder müssen stärker in die Verantwortung genommen werden. Auf Bundesebene sind die notwendigen Voraussetzungen dafür zu schaffen.

Deshalb fordert die SPD-Bundestagsfraktion:

- Eine **an der Morbiditätsentwicklung ausgerichtete, flexible und kleinräumige Versorgungsplanung**, die an der Erreichbarkeit von medizinischen und pflegerischen Versorgungsleistungen für Patientinnen und Patienten ausgerichtet ist. Ein Hausarzt oder ein Kinderarzt in der ärztlichen Grundversorgung muss in der Regel in 30 min mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar sein. Eine umfassende teilhabeorientierte Gesundheitsversorgung ist auch für Menschen mit Behinderungen zu gewährleisten. Den für die Versorgungsplanung zuständigen gemeinsamen Landesausschüssen muss es möglich sein, das Raumkonzept flexibel zu gestalten.
- Die ambulante **Versorgungsplanung erfolgt nach Versorgungsstufen**. Diese bilden die ärztliche Grundversorgung, die fachärztliche Versorgung und die spezialisierte fachärztliche Versorgung. Teamstrukturen in der haus- und fachärztlichen Versorgung, wie beispielsweise Ärzteteams oder Ärztenetze, werden unterstützt.
- Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Versorgungsplanung sind entsprechend neu auszurichten. Die **Länder erhalten in ihrer Gesamtverantwortung für die gesundheitliche Daseinsvorsorge das Recht, an den Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Versorgungsplanung teilzunehmen**. Dieses Mitberatungsrecht schließt die Anwesenheit bei der Beschlussfassung und das Recht, Anträge zu stellen, ein. Die GMK bestimmt eine Ländervertreterin oder einen Ländervertreter zur einheitlichen Ausübung dieses Rechts.
- Die von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen gemäß § 90 SGB V gebildeten **Landesausschüsse werden zu Gemeinsamen Landesausschüssen weiterentwickelt**. Die **Krankenhausgesellschaften sind an den Gemeinsamen Landesausschüssen zu beteiligen**. Die **Länder erhalten ein Teilnahme- und Mitberatungsrecht**. Aufgabe der Gemeinsamen Landesausschüsse ist es, die sektorübergreifende Versorgungsplanung voranzutreiben.
- Die Befugnisse der Länder gegenüber den Gemeinsamen Landesausschüssen entsprechen denen des Bundesgesundheitsministeriums gegenüber dem Gemeinsamen Bundesausschuss. Die **Länder führen die Rechtsaufsicht über die Gemeinsamen Landesausschüsse, erhalten ein Beanstandungsrecht und das Recht zur Ersatzvornahme**.

- Um auf besondere lokale Versorgungsanforderungen flexibel reagieren zu können, **erhalten die gemeinsamen Landesausschüsse die Möglichkeit, sektorübergreifende regionale Versorgungskonferenzen zu bilden**. In diese regionalen Versorgungskonferenzen sollen Kommunen und Krankenhäuser einbezogen werden, damit deren Infrastruktur- und Versorgungsangebote zugunsten einer optimalen Versorgung der Patientinnen und Patienten besser nutzbar gemacht werden können.
- In unterversorgten Gebieten – z.B. auch in unterversorgten Stadtteilen von insgesamt überversorgten Großstädten oder Ballungsgebieten - gibt es nicht zu viele Patientinnen und Patienten, sondern zu wenig Ärztinnen und Ärzte. Eine deutlich höhere Patientenzahl muss hier behandelt und versorgt werden. Budgetäre Restriktionen durch Regelleitungsvolumina und eine Abstufung von Punktwerten dürfen nicht zu Lasten der notwendigen medizinischen Versorgung der Patientinnen und Patienten gehen. **Bei festgestellter Unterversorgung werden ärztliche Leistungen deshalb aus den Mitteln der Kassenärztlichen Vereinigungen immer zum vollen Preis vergütet**.
- Um die sektorübergreifende Versorgungsplanung gemeinsam mit den Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen voranbringen zu können, müssen die Länder das landesbezogene Versorgungsgeschehen kennen. Das schließt die Kenntnis von Selektivverträgen ein. **Vereinbarungen und Verträge** der Krankenkassen mit den Leistungserbringern **sind den Ländern**, in deren Planungsbereichen sie wirksam werden, deshalb **vorzulegen**. Die Länder haben auch das Recht, konkrete Vereinbarungen vorzuschlagen, die der bedarfsgerechten und der patientennahen Versorgung dienen.
- Patientinnen und Patienten erhalten einen notfalls auch gerichtlich durchsetzbaren **gesetzlichen Leistungsanspruch auf Entlassungsmanagement gegen ihre Krankenkasse**. Verantwortlich für die Gewährung der Leistung sind die Krankenhäuser. Es wird eine gesetzlich Verpflichtung aufgenommen, wonach Krankenkassen mit Krankenhäusern Verträge über das Entlassungsmanagement zu schließen haben. Grundlage für die Verträge bildet eine vom GBA zu erstellende Richtlinie, in der Umfang und Mindeststandards des Entlassungsmanagements geregelt werden. Bereits bei Aufnahme ins Krankenhaus muss das Entlassungsmanagement beginnen. Spätestens drei Tage vor der Entlassung muss klar sein, ob und ggf. welche Leistungen im Anschluss benötigt werden (z.B. Arzneimittel, Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege, Rehabilitation, Pflege, hauswirtschaftliche Versorgung). Ggf. erforderliche Anträge (z.B. Reha, häusliche Krankenpflege) müssen gestellt sein. Es muss darüber hinaus gewährleistet sein, dass die Leistungen tatsächlich erbracht werden können. Der Anspruch ist für die Patienten einklagbar und kann bei Nichterfüllung durch das Krankenhaus auf die Krankenkasse übertragen werden. Die Krankenkasse sorgt dann – gegen Erstattung der entstehenden Kosten durch das Krankenhaus - ersatzweise dafür, dass die benötigten Leistungen bereitgestellt werden. Vordringliches Ziel ist, dass die Patienten versorgt werden. Ungeklärte Kostenträgerschaft darf kein Grund für verspätete oder verweigerte Leistungsgewährung sein und wird von den Beteiligten (Kassen, KH, Pflegedienste, Heime) intern und ggf. später geklärt. Im Rahmen der Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung soll gewährleistet werden, dass bereits vor der Einweisung ins Krankenhaus gemeinsam mit dem Hausarzt die weitere Be-

handlung geplant wird. Die Krankenkassen und ihre Vertragspartner sollen die Verträge nach § 73 b SGB V entsprechend anpassen.

2. Vertragsarztrecht

Die gesetzlich Versicherten haben Anspruch auf eine flächendeckende medizinische Versorgung auf hohem Niveau in allen Regionen der Republik. Ihr Hauptaugenmerk richten sie zunächst auf die primärärztliche Versorgung durch Hausärztinnen und Hausärzte. Der persönliche Kontakt und das erläuternde Fachgespräch zwischen Hausärzten und Patientinnen und Patienten bilden jene Vertrauensbasis, die für eine anschließende allgemeine und spezialisierte fachärztliche Versorgung unerlässlich sind. Der Hausarzt nimmt jene Schlüssel- und Lotsenfunktion ein, die für die Patienten zwingend zur Verfügung stehen muss. Dies gilt auch für die allgemeine fachärztliche Versorgung, die die Zweige Innere Medizin, Augenheilkunde, Frauenheilkunde, Hals-Nasen-Ohren, Dermatologie, Orthopädie, Radiologie, Urologie, Neurologie und Psychiatrie umfasst. Die SPD Bundestagsfraktion fordert eine lokale Verfügbarkeit für die Primärversorgung und für die allgemeine fachärztliche Versorgung. In einigen Planungsregionen existiert in bestimmten besonders attraktiven Gebieten eine Überversorgung neben einer Unterversorgung in dünn besiedelten Randgebieten oder weniger attraktiven städtischen Regionen. Dies macht deutlich, dass die Unterversorgung nur beseitigt werden kann, wenn gleichzeitig auch die ebenfalls bestehende Überversorgung bekämpft wird.

Um dies zu erreichen fordert die SPD Bundestagsfraktion:

- Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen in Gebieten mit festgestellter Überversorgung freiwerdende Arztsitze aus eigenen Mitteln aufkaufen und schließen. Die wirtschaftlichen Interessen des ausscheidenden Vertragsarztes oder seiner Erben sind angemessen zu berücksichtigen. Der **Aufkauf von Arztsitzen aus Mitteln der Kassenärztlichen Vereinigungen ist zu fördern.**
- Bestehende wie neue Niederlassungsverhältnisse in unterversorgten Gebieten sind mit **arbeitsentlastenden Maßnahmen für die betroffenen Ärztinnen und Ärzte** zu flankieren. Ziel ist die flächendeckende Etablierung der Delegation ärztlicher Leistungen auf speziell geschultes nichtärztliches medizinisches Fachpersonal. Hierzu gehört die Möglichkeit der geförderten **Anstellung von derartigen Praxismitarbeiterinnen und Mitarbeitern** insbesondere bei Hausärzten, die in der Praxiserprobung nachweislich zu einer deutlichen Entlastung der Mediziner beigetragen¹ hat. Das unterstützende Fachpersonal entlastet die Medizinerinnen und Mediziner nicht nur in ihrer Praxis, sondern sorgen auch für mehr Mobilität medizinischer Versorgung und damit für die Erhöhung des Umfangs aufsuchender Medizin. Die Weiterentwicklung der bisherigen ergänzenden Ausbildungsinhalte, ist mit Blick auf eine zu erwartende Ausweitung der Vielfalt von Betätigungsfelder voranzutreiben. Ein flächendeckender Einsatz derartigen Fachpersonals ist unverzüglich mittels G-BA-Richtlinie zu gewährleisten. Um schnell genug

¹ Modellprojekte **AGnES** – (Arztentlastende, Gemeinde-nahe, E-Health gestützte, Systemische Intervention) in den neuen Bundesländern bzw. agnes zwei in Brandenburg.

eine ausreichende Anzahl an entsprechend qualifiziertem Personal zu bekommen, soll die Aus- bzw. Weiterbildung öffentlich gefördert werden. Damit durch die Entlastung der ärztlichen Tätigkeit auch zusätzliche Patientinnen und Patienten versorgt werden können, sollen in unterversorgten Regionen die Regelleistungsvolumina zur Förderung der Delegation ärztlicher Leistungen entfallen, so dass auch delegierte ärztliche Leistungen bei festgestellter Unterversorgung immer zum vollen Preis bezahlt werden.

- Zusätzlich sind den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten erweiterte Möglichkeiten zur **Anstellung von Entlastungs- und Dauerassistentinnen und Assistenten** (nach §§ 32 und 32b ZV) einzuräumen. Auch in diesen Fällen sollen die Regelleistungsvolumina bei festgestellter Unterversorgung außer Kraft gesetzt werden. Eine Anstellung nur aufgrund von Aus- oder Weiterbildung sowie der unmittelbaren Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung ist zu eng gefasst.
- **Kann ein Arztsitz nicht erneut regulär besetzt werden, so ist der Arztsitz im Interesse der Sicherung der Versorgung im Kreise der beteiligten Akteure grundsätzlich auszuschreiben.** Betreiber sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 105 SGB V), Krankenkassen (Erweiterung des § 140 SGB V), Medizinische Versorgungszentren (§ 95 SGB V), die Kommune oder die Träger von Krankenhäusern sein.
- Insbesondere für viele Hausärzte stellt die Pflicht zum Notfalldienst an Wochenenden und Abenden eine besondere Belastung dar. Aufgrund der sich verändernden Bevölkerungsstruktur haben in einigen Versorgungsregionen bereits jetzt Strukturanpassungen der Notfalldienste durch die hiesigen Kassenärztlichen Vereinigungen stattgefunden. Es sind hier mitunter bereits jetzt schon deutliche Zentralisierungstendenzen in Regionen mit tendenzieller Unterversorgung identifizierbar, die zukünftig gezielt aufgegriffen werden müssen. Es ist vor Ort zu prüfen, ob der **medizinische Notfalldienst** in derartigen Gebieten im Einvernehmen mit den betroffenen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten an professionelle **mobile Notfallversorgungseinheiten** delegiert werden kann, wie dies bereits in Teilen der Schweiz² erfolgreich praktiziert wird. Derartige Versorgungsmodelle sind auszuschreiben und aus der Gesamtvergütung aller Vertragsärztinnen und Vertragsärzte einer KV-Region solidarisch zu bestreiten.
- Eigeneinrichtungen oder Arztsitze, die durch andere Betreiber geführt werden, sollen zukünftig auch mit **wechselnder ärztlicher Besetzung** (Allgemeinmedizin und allgemeine fachärztliche Versorgung) betrieben werden können. Der Betreiber mehrerer Eigeneinrichtung oder Arztsitze soll nach dem **Praxis-Sharing-Prinzip** dafür Sorge tragen, dass in zu definierenden zeitlichen Abständen die abwechselnde Präsenz primärärztlicher und allgemein-fachärztlicher Versorgung gewährleistet ist. Dies muss als Teil eines derartigen Versorgungsmodells festgeschrieben werden. Kooperationen, bei denen beispielsweise Praxisräumen durch die Kommune zur Verfügung gestellt werden oder die dort praktizierenden Ärztinnen und Ärzte bei der Kassenärztlichen Vereinigungen angestellt werden, sind zu ermöglichen.

² Delegation des Notfalldienstes von Hausärzten am Beispiel des Kantons Zürich und im Raum Basel.

- Findet sich trotz aller Bemühungen kein Betreiber, der Ärztinnen und Ärzten vor Ort anstellt, sind mobile Versorgungsverträge auszuschreiben. Beispielhaft sind sogenannte **Mobile Untersuchungseinheiten**.³ Hier handelt es sich um rollende und vollständig ausgestattete Praxen, die je nach Bedarf wechselnd mit Hausärzten, aber auch allgemeinen Fachärzten, zu besetzen sind und die an zentralen Plätzen in ländlichen Regionen die Patientinnen und Patienten empfangen.
- Auch die Erreichbarkeit der speziellen fachärztlichen Versorgung ist sicherzustellen. Dies gilt auch für die spezialisierte Versorgung für erwachsene Menschen mit Behinderungen. Die notwendige Infrastruktur für die Mobilität von Patientinnen und Patienten ist auszubauen bzw. zu schaffen. Auch hier kommt den Kommunen in unterversorgten Regionen eine Schlüsselrolle zu, denn sie bestimmen den Umfang des öffentlichen Personennahverkehrs. Daneben sind es aber auch die niedergelassenen speziellen Fachärzte, die ein hohes Interesse an der Erreichbarkeit ihrer Praxen durch die Patientinnen und Patienten haben. Es finden sich vielfache Beispiele, in denen niedergelassene Ärztinnen und Ärzte bereits sogenannte **Patienten-Shuttles**⁴ eingerichtet haben, um ihren Patientinnen und Patienten den Weg in die Praxis zu erleichtern. Auf diese Weise wird für eine hohe Bindung an die Praxis gesorgt. Derartige Projekte zur Erhöhung der Mobilität von Patientinnen und Patienten sind vor Ort zu fördern.
- Die Residenzpflicht gilt bereits nach heutiger Rechtslage in unterversorgten Gebieten nicht mehr. In allen anderen Regionen, ist die Weitergeltung der Residenzpflicht aber völlig bedeutungs- und wirkungslos. Für die Patientinnen und Patienten ist alleine bedeutsam, dass die medizinische Versorgung, auch im Notdienst, sichergestellt ist. Darüber hinausgehende Vorschriften über den Wohnort der Ärztinnen und Ärzte sind entbehrlich. Wir fordern daher **die komplette Aufhebung der Residenzpflicht in allen Regionen**.
- Die **Nachbesetzung** (nach § 103 Abs. 4 SGB V) **eines Arztsitzes ist in überversorgten Regionen zukünftig zeitlich zu befristen**, um auf diese Weise flexibler auf den tatsächlichen Bedarf eingehen zu können. Der Grad der Überversorgung kann, die Bedeutung der Praxis (Inventar/Kartei) als Altersrücklage muss bei der zeitlichen Befristung von Zulassungen berücksichtigt werden.

³ Beispielsweise betreibt die Berufsgenossenschaft Bau bereits seit rund 40 Jahren derartig rollende Praxen, um die medizinische Begutachtung vor Ort am jeweiligen Arbeitsplatz direkt durchzuführen. Dahingehende Überlegungen werden beispielsweise bereits von beiden Kassenärztlichen Vereinigungen in Nordrhein-Westfalen diskutiert.

⁴ Beispielhaft sind die Patienten-Shuttle-Projekte von zusammengeschlossenen Praxen oder kleinerer Kliniken im Osten der Republik. Es lassen sich auch Beispiele von Zahnärztinnen und Zahnärzten oder Zahntechnikerlabors finden.

3. Hausärztliche Versorgung

In Deutschland nimmt die Zahl der Hausärzte jedes Jahr weiter ab. Es entscheiden sich immer weniger Medizinstudenten für den Hausarztberuf. Dies geht auch auf die deutlich schlechtere Honorierung von Hausärzten im Vergleich zu Fachärzten zurück. Das ist eine besonders teure Fehlentwicklung, weil die Hausärzte diejenigen wären, die verstärkt die Vorbeugemedizin anbieten könnten, weil sie oft ihre Patienten über lange Zeiträume hinweg versorgen. Über 95 % unserer Gesundheitsausgaben gehen in die rein kurative Versorgung. Dabei ist es mittlerweile wissenschaftlich gesichert, dass rd. 80% aller Krankheitsfälle durch eine bessere Vorbeugung vermieden, aufgeschoben oder gelindert werden können. Nur durch eine **Stärkung der Hausärzte** lässt sich die Wirtschaftlichkeit und Qualität unseres Gesundheitssystems langfristig sichern.

Zur Stärkung der Hausärzte und damit der Prävention sind folgende strukturelle Maßnahmen notwendig:

- **Wegfall des Zwangs zur Fachübergreifung in MVZ für Hausärzte.** Möglichkeit zur Errichtung Hausärztlicher Versorgungszentren (HVZ). Dabei soll die Ausrichtung auf chronische Erkrankungen verstärkt werden. Dementsprechend ist die Organisation der Praxen und die Aus- und Weiterbildung der Ärzte und nichtärztlichen Mitarbeiter auszurichten (räumliche Ausstattung, IT-Infrastruktur, Case-Management). Das Honorarsystem muss entsprechend angepasst werden, z.B. müssen auch delegierte Leistungen angemessen vergütet werden.
- **Rückkehr zum Rechtszustand von vor dem 22.9.2010 bei der Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V.** Ausbau und Förderung weiterer selektivvertraglicher Optionen, insbesondere zur Überwindung der Sektorengrenze im Rahmen der Integrierten Versorgung, an der Schnittstelle zur Pflegeversicherung und zur Stärkung der Vorbeugemedizin.
- Zur Stärkung der Hausärzte im System erhält der Deutsche Hausärzteverband **umfassende Beteiligungsrechte** in den ärztlichen und den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung

4. Einheitliche Vergütung von Leistungen

- Die unterschiedliche **Vergütung für die ambulante Versorgung von gesetzlich und privat Krankenversicherten** erzeugt Fehlanreize und wirkt zum Teil einer gleichmäßigen flächendeckenden Versorgung entgegen, wie z.B. durch die verstärkte Ansiedlung von Haus- und Fachärzten in Regionen mit einem hohen Anteil an privat versicherten Patientinnen und Patienten. **Hier brauchen wir dringend eine einheitliche Honorarordnung.** Die SPD tritt für eine einheitliche Honorarordnung ein, damit Patientinnen und Patienten keine längeren Wartezeiten oder weitere Nachteile bei der medizinischen Behandlung hinnehmen müssen, nur weil sie u.U. gesetzlich krankenversichert sind. Für die Ärzte soll die einheitliche Honorarordnung insgesamt einnahmeneutral und ohne finanzielle Einbußen eingeführt werden. Dabei werden die Honorare für die gesetzlich Versicherten erhöht, das Niveau wird aber zwischen privater und gesetzlicher Versicherung ver-

einheitlich. Wir wollen eine Honorarordnung mit mehr Transparenz und ohne überflüssige Bürokratie.

- Das Institut zur Unterstützung des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 3b Satz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) wird beauftragt, die notwendigen Vorarbeiten zur Angleichung der Vergütungssysteme zu leisten.
- Auch die unterschiedliche Vergütung im Bereich der ambulanten und der stationären Versorgung behindert auf Dauer eine Überwindung der starren Sektorengrenzen. Ein echter Wettbewerb zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten um die bestmögliche Versorgung der Patientinnen und Patienten setzt auch **einheitliche Preise für die gleiche Leistung für Krankenhäuser und niedergelassene Ärztinnen und Ärzte** voraus.

5. Mediziner Ausbildung und Weiterbildung

Obwohl die derzeitige Situation nicht durch einen generellen Mangel an Ärztinnen und Ärzten sondern vielmehr durch zum Teil erhebliche Ungleichheiten bei der regionalen Verteilung geprägt ist, müssen wir schon jetzt auf erkennbare und wachsende Probleme bei der Gewinnung des ärztlichen Nachwuchses reagieren. Vor allem bei der hausärztlichen Versorgung reicht die Zahl der Absolventen nicht aus, um die aus Altersgründen ausscheidenden Hausärzte zu ersetzen. Ein in Zukunft steigender Bedarf an Hausärzten kann vor diesem Hintergrund nicht gedeckt werden.

Zur Lösung dieser Probleme schlagen wir die folgenden Maßnahmen vor:

- **Mehr Studienplätze im Bereich Humanmedizin und Zahnmedizin** durch eine Beteiligung des Bundes an der Finanzierung.
- **Mehr Lehrstühle für Allgemeinmedizin** und einen **größeren Stellenwert des Fachs in der Ausbildung**. Es braucht nicht nur immer speziellere Lehrstühle, die dem Renommee der Universität und der Lehrstuhlinhaber, aber weniger der Qualität der Versorgung in der Fläche dienen, sondern auch neue Lehrstühle für praktische Medizin, Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung, interkulturelle Medizin, Gender-Medizin, hausärztliche Versorgung, Telemedizin, Krankenhaushygiene oder andere versorgungsrelevante Fächer.
- **Mehr Lehrstühle für das Fach Geriatrie**. Angesichts der wachsenden Zahl an älteren und hochbetagten Patientinnen und Patienten steigt die Bedeutung und der Stellenwert der Behandlung dieser Gruppe in den Krankenhäusern. Um den besonderen Anforderungen an die Behandlung geriatrischer Patientinnen und Patienten gerecht werden zu können, brauchen wir in Zukunft mehr qualifiziertes ärztliches Personal. Deshalb soll auch die **ärztliche Aus- und Fortbildung im Bereich Geriatrie gestärkt** werden.
- **Studieninhalte dem Studienziel des Mediziners in der Versorgung annähern**. Mehr praktische Erfahrung mit haus- oder landärztlicher Versorgung bereits im Studium. Die Selbstverwaltung soll Studenten bereits im Studium begleiten können, auf die spätere Arbeit in der allgemeinmedizinischen Versorgung vorbereiten können und sie in allen Phasen finanziell unterstützen dürfen.

- **Chance zur Neuausrichtung der Mediziner Ausbildung nutzen.** Die Auswahl der Studenten, des Lehrkörpers, der Studieninhalte und des Studienablaufs soll deutlicher auf die Versorgung ausgerichtet werden. Der Kooperative Ansatz der medizinischen Versorgung soll in den Vordergrund gehoben werden: Erfolgreiche und effiziente Versorgung durch **Zusammenarbeit aller Heilberufe.**
- **Ausbau der Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin** (Ansätze der individuelle Förderung und Verbundweiterbildung verstärken und unterstützen).
- **Schaffung geeigneter Zugangskriterien** für das Medizinstudium neben der Abiturnote. Insbesondere Berufserfahrung in einer nicht-ärztlichen Versorgungstätigkeit soll belohnt werden.
- Besondere Förderungen, um Studentinnen und Studenten für eine hausärztliche **Tätigkeit in unterversorgten Regionen** zu gewinnen, z.B. bei Studienplatzvergabe, Stipendien, Berufseinstieg oder Investitionshilfen.
- Öffnung des **Medizinstudiums** für Erwerbstätige aus der medizinischen Versorgung **mit entsprechender Berufserfahrung aber ohne Abitur.** Studenten mit einem beruflichen Hintergrund in der Versorgung (Pflegerberufe, Heilberufe, MTA, e.a.) haben häufig eine höhere Bereitschaft, nach Abschluss des Studiums dorthin zurück zu kehren. Das steigert die Attraktivität des Pflegeberufs, erhöht die Durchlässigkeit des Bildungssystems und durchbricht die soziale Segregation des Arztberufs.

6. Vereinbarkeit von Beruf und Familie

Finanzielle Anreize zur Steuerung der ärztlichen Niederlassung in unterversorgten Gebieten zeigen nur begrenzte Wirksamkeit. Die neue Generation von Ärztinnen und Ärzten hat andere Anforderungen an ein ausgewogenes Verhältnis von Arbeit und Privatleben (Work-Life-Balance) als ihre Vorgängergenerationen. Dies hat wenig mit der viel beschriebenen Feminisierung des Arztberufs zu tun. Umfragen unter Medizinstudenten zeigen, dass sich Frauen wie Männer seltener auf dem Land niederlassen wollten. Die Attraktivität der Niederlassung als Hausarzt in ländlichen Regionen ist damit insgesamt sehr niedrig. Geschlechterunabhängig steht bei Medizinstudenten der Wunsch nach familienfreundlichen Arbeitsbedingungen und Arbeitszeiten im Vordergrund. Die künftigen Ärzte sind offensichtlich immer weniger bereit, das hergebrachte Modell der freiberuflichen ärztlichen Niederlassung mit einer hohen Arbeitsbelastung und einem enormen finanziellen Risiko in Kauf zu nehmen. Gleiches gilt für die Akzeptanz der stark hierarchisch geprägten Strukturen in Krankenhäusern. Hohe Arbeitsbelastung, lange Arbeitszeiten, Bereitschaftsdienste und beschränkte Aufstiegschancen werden von immer weniger Absolventen als selbstverständliche Rahmenbedingungen ihres Berufs akzeptiert.

Um die Attraktivität des Arztberufs zu steigern und deutlich mehr Absolventen der medizinischen Fakultäten den Übergang in die ärztliche Versorgung zu ermöglichen, bedarf es eines umfassenden Lösungsansatzes. Dafür müssen organisatorische, berufsständische und finanzielle Rahmenbedingungen daraufhin überprüft werden, ob sie den Herausforderungen an eine moderne Versorgungslandschaft gewachsen

sind. Nur wenn diese Fragen für die künftigen Ärzte zufriedenstellend gelöst sind, macht es Sinn zusätzliche finanzielle Anreize zur Niederlassung in ländlichen Gebieten zu setzen oder "Landarztquoten" zu diskutieren. Davon unberührt steigt die Attraktivität einer Landarztpraxis mit einem guten Angebot an lokaler Infrastruktur. Es spielt eine große Rolle, ob es ein Arbeitsplatzangebot für den Partner gibt, ob Kinderbetreuungsmöglichkeiten vorhanden sind oder welches schulische Angebot es in der Region gibt. Die Konzeption von Versorgungsstrukturen muss daher auch diese Bedürfnisse berücksichtigen.

Die SPD Bundestagsfraktion fordert deshalb:

- Im Zusammenhang mit Geburt, Kindererziehung und Pflege von Angehörigen müssen niedergelassene Ärzte für die gleichen Zeiten eine **Vertretung oder einen Entlastungsassistenten** anstellen können, wie Angestellte Anspruch auf **Mutterschutz, Elternzeit oder Pflegezeit** haben.
- Fertig ausgebildete Ärztinnen und Ärzte, die nach dem Studium zunächst in anderen Berufsfeldern arbeiten oder ihre Arzttätigkeit für längere Zeit wegen Kindererziehung, Auslandsaufenthalten oder anderen Gründen unterbrechen, müssen beim Wiedereinstieg in die Versorgung unterstützt werden. Wer mehrere Jahre nicht am Patienten gearbeitet hat oder in einem anderen Berufsfeld tätig war, dem stehen erhebliche bürokratische, aber auch fachliche und praktische Hürden im Weg, will er sich wieder niederlassen. Vor dem Hintergrund eines steigenden Versorgungsbedarfs dürfen diese Ärztinnen und Ärzte nicht für die Versorgung abgeschrieben werden. Die Landesorganisationen und die Selbstverwaltung müssen auf das veränderte Berufsbild der neuen Generation von Ärztinnen und Ärzten reagieren. Auslandsaufenthalte, Stationen in anderen Berufsfeldern oder Familiengründungen dürfen kein Hinderungsgrund sein, sich im weiteren Leben als Arzt niederzulassen. Daher sollen die Selbstverwaltung und die Kammern **Werbungs-, Schulungs- und Weiterbildungsprogramme für Wiedereinsteiger** auflegen, mit dem Ziel, einen möglichst großen Anteil der Absolventen der medizinischen Fakultäten für die Versorgung zu gewinnen.
- Das gleiche gilt für Ärztinnen und Ärzte mit **Studienabschlüssen aus nicht EU-Ländern**, mit dem Ziel, die die Abschlüsse **möglichst schnell anerkannt** werden, damit diese Ärztinnen und Ärzte in Deutschland praktizieren können.
- Die **Regelungen, nach denen die Länder Studienabschlüsse** von Ärztinnen und Ärzten aus nicht EU-Ländern **anerkennen**, bzw. die Anforderungen und Auflagen, die zur Anerkennung erfüllt werden müssen, sollen **angeglichen** werden.
- **Beratungs- und Betreuungsangebote bei Niederlassungen in ländlichen Gebieten** (Organisation der Kinderbetreuung, Beratung bei der Wohnungs- und Schulsuche, Beschäftigungsangebote für (Ehe)partner).

7. Weiterentwicklung des RSA

Die seinerzeit von der Union durchgesetzte Beschränkung des RSA auf 50 bis 80 Krankheiten belässt weiterhin Anreize zur Risikoselektion auf Seiten der Krankenkassen. Die SPD Bundestagsfraktion fordert deshalb **die Abschaffung dieser will-**

Willkürlich Begrenzung auf 50 bis 80 Krankheiten. Insbesondere Patientinnen und Patienten mit seltenen aber hochteuren Erkrankungen, die nicht zum Katalog der 80 ausgleichsfähigen Krankheiten zählen, sind gefährdet, zum Opfer von Selektionsstrategien zu werden. Die willkürliche Begrenzung auf 80 Krankheiten schafft außerdem zusätzlichen und vermeidbaren Verwaltungsaufwand. Da die 80 Krankheiten vom Bundesversicherungsamt jedes Jahr neu bestimmt werden müssen, wird laufend das gesamte Morbiditätsgeschehen der gesetzlichen Krankenversicherung erfasst und ermittelt. Zudem besteht für viele Kassen durch die jährliche Neubestimmung der 80 Krankheiten eine erhebliche Unsicherheit, ob der zu erwartenden Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Durch den Wegfall der willkürlichen Begrenzung auf 80 Krankheiten wird die Verwaltung des RSA durch das Bundesversicherungsamt unbürokratischer, die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds werden transparenter und planbarer und die Versorgung wird für die Patientinnen und Patienten verlässlicher.