VERGÜTUNG 01.02.2012

Honorarsteuerung reicht nicht aus

Mit dem kommenden Versorgungsstrukturgesetz soll auch die Bedarfsplanung neu geregelt werden. Warum das notwendig ist und welche Fragen speziell für Orthopäden und Unfallchirurgen geklärt werden müssen, erläutert Dr. Rainer Hess im OU-Interview.

OU: *Herr Dr. Hess, die Bedarfsplanung funktioniert nicht mehr. Woran liegt das?*

Hess: Die geltenden Arzt-Patienten-Verhältniszahlen basieren auf dem Jahr 1990, als die Bedarfsplanung eingeführt wurde. Die Menschen werden immer älter, und auch die Versorgungsstrukturen sind andere als vor 20 Jahren. Es gibt neue, differenziertere Arztgruppen. Die starren Verhältniszahlen stimmen also mit dem tatsächlichen Versorgungsbedarf nicht mehr überein. Sie sollen ja den Versorgungsgrad definieren, sowohl bezogen auf die einzelnen Arztgruppen als auch auf die einzelnen regionalen Planungsbereiche.

Es gibt Stimmen, die die Abschaffung der Bedarfsplanung fordern. Würde es der freie Markt nicht allein regeln, wo die Ärzte sich niederlassen? Und könnte man sich damit nicht viel Bürokratie ersparen?

Als das Bundesverfassungsgericht die Verhältniszahlen 1961 für verfassungswidrig erklärte, hat es auch angenommen, dass der Markt das Niederlassungsverhalten der Ärzte regelt. Das hat zu erheblichen Verwerfungen innerhalb der Verteilung der Ärzte auf Stadt- und Landbereiche, aber auch innerhalb der Arztgruppen geführt. Daraufhin hat der Gesetzgeber die Verhältniszahlen wieder eingeführt. Ich glaube, dass genau das Gleiche wieder passieren würde, wenn wir die Bedarfsplanung jetzt abschaffen würden. Nur über Honorarsteuerung allein wird die starke Verdichtung von Ärzten in Großstädten nicht verhindert werden können. Es gibt ein Verteilungsproblem, da macht Bedarfsplanung durchaus Sinn und ist aus meiner Sicht auch notwendig.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat nun ein Konzept für eine neue Bedarfsplanung vorgelegt. Unter anderem sollen die Versorgungsplanungsbereiche reduziert werden und sich an bestehenden regionalen Strukturkonzepten, sprich an den Stadt- und Landkreisgrenzen, orientieren. Die Einteilung der Arztgruppen soll überarbeitet, Pendlerbewegungen sollen berücksichtigt werden. Wie beurteilen Sie dieses Konzept?

Ich begrüße es, dass die KBV dieses Konzept in die konkrete Diskussion um eine neue Bedarfsplanungsrichtlinie einbringt. Wir haben sehr lange um ein Konzept gerungen, und die KBV hatte ursprünglich völlig andere Vorstellungen. Sie wollte über den Gesetzgeber Versorgungssitze ausweisen, die dann nur noch für die Zulassung zur Verfügung stehen. Das ist mit dem Versorgungsstrukturgesetz nicht umsetzbar. Die KBV greift dessen Vorgaben nun auf. Ich gehe davon aus, dass wir auf dieser Grundlage über eine neue Bedarfsplanung verhandeln können.

Im Versorgungsstrukturgesetz ist die Rede von einer sektorenübergreifenden Bedarfsplanung, die Krankenhäuser sollen also dabei berücksichtigt werden. Geht das überhaupt?

Das geht jedenfalls nicht über die Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA und auch nicht über die Bundesgesetzgebung. Die Krankenhausplanung obliegt verfassungsrechtlich den Ländern. Sie müssten also die Verfassung ändern, wenn die Krankenhausplanung mit der Planung der ambulanten Versorgung vereinheitlicht werden sollte. Das ist nicht realisierbar. Die Krankenhausplanung wird weiterhin Sache der Länder bleiben, die vertragsärztliche Bedarfsplanung muss sich dann um die Krankenhäuser herum ausrichten. Sektorenübergreifend kann dann nur bedeuten, dass das Angebot der Krankenhäuser in die vertragsärztliche Bedarfsplanung eingebracht werden muss. Es gibt Vorstellungen, einen Planungsbeirat auf Landesebene zu

bilden, der die Strukturen für eine solche stärkere Verzahnung der ambulanten und der stationären Versorgung auch in der Bedarfsplanung verhandelt.

Würde dieser Planungsbeirat berücksichtigen, ob die Krankenhäuser überhaupt in der Lage sind, zusätzliche ambulante Aufgaben zu übernehmen?

Ich gehe davon aus, dass in einem solchen Planungsbeirat die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Ärztekammern vertreten sind, die das problematisieren. Es ist hinlänglich bekannt, dass die Krankenhäuser an einer Facharztknappheit leiden und zusätzliche ambulante Versorgungsaufgaben in der Breite gar nicht übernehmen könnten. Es wird also nur wenige Bereiche geben, wo niedergelassene Fachärzte nicht zur Verfügung stehen, aber die Krankenhäuser die dadurch entstehende Lücke füllen können.

In der Vergangenheit waren Sonderbedarfszulassungen ein Riesenproblem. Sollte man diese ganz weglassen?

Ich glaube, wir müssen jetzt mehr über die Regionalisierung der Planung reden als über einen bundeseinheitlich gesteuerten Sonderbedarf. Die KBV hat die kleinräumige Bedarfsplanung entwickelt, ein Instrument, mit dem die Versorgung vor Ort analysiert werden kann. So kann man ganz konkret entscheiden, ob man an einem bestimmten Ort eine bestimmte Qualifikation eines Arztes braucht. Das muss man stärker den Regionen überlassen, der G-BA sollte in seiner Richtlinie die Kriterien dafür vorgeben. Der Sonderbedarf wäre dann als lokaler Versorgungsbedarf definiert und fiele in die Verantwortung des Landesausschusses oder des Zulassungsausschusses.

Welche Änderungen werden speziell auf die Fachgruppe der Orthopäden und Unfallchirurgen zukommen?

Das zentrale Problem ist zunächst die Erfassung der Arztgruppe in der Bedarfsplanungsrichtlinie. Wir sind in der Bedarfsplanungsrichtlinie bisher davon ausgegangen, dass es die Arztgruppe der Orthopäden gibt, in die dann das neue Fachgebiet Orthopädie und Unfallchirurgie aufgenommen wird. Aus den chirurgischen Arztgruppen hingegen werden die Orthopäden jedoch herausgenommen. Bei der Weiterbildungsordnung wurde genau der umgekehrte Weg beschritten. Dort wurde das Fachgebiet Orthopädie aufgelöst und innerhalb der Chirurgie ein Fachgebiet Orthopädie und Unfallchirurgie geschaffen. Soll diese abweichende Regelung in der Bedarfsplanungsrichtlinie beibehalten werden oder sollte nicht zumindest langfristig das Ganze wieder an die Weiterbildungsordnung angepasst werden? Solange wir noch zugelassene Orthopäden und zugelassene Unfallchirurgen haben, gibt es gute Gründe, das Ganze so zu belassen, wie es jetzt in der Bedarfsplanungsrichtlinie steht. Aber irgendwann gibt es möglicherweise nur noch Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie.

Wie steht es um die rheumatologisch ausgerichteten Orthopäden?

Die Rheumatologie ist sowohl den Internisten als auch den Orthopäden zugerechnet. Die Frage ist, wie reagieren wir darauf, dass der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie als solcher ja gar keine rheumatologische Qualifikation mehr zu haben braucht. Das ist ein Problem für die Bedarfsplanung. Wir werden überwiegend mit der Zusatzbezeichnung arbeiten müssen. Sie sehen, es gibt eine Fülle von Aufgaben, die speziell für das Fachgebiet Orthopädie und Unfallchirurgie zu lösen sind.

Heißt das, man sollte die Weiterbildungsordnung wieder überarbeiten?

Auf die Weiterbildungsordnung hat der G-BA keinen Einfluss. Ich glaube nicht, dass der Deutsche Ärztetag nun, nachdem er diesen Kraftakt geschultert hat, alles wieder rückgängig macht. Ich gehe davon aus, dass die Weiterbildungsordnung so bleibt, wie sie ist, und langfristig die Bedarfsplanung daran angepasst wird. Innerhalb des Bundesausschusses muss diskutiert werden, wie langfristig die Weiterbildungsordnung für die Bedarfsplanung nutzbar gemacht werden kann.

Wann ist mit einer neuen Bedarfsplanungsrichtlinie zu rechnen?

Spätestens zum 1. Januar 2013, weil dann die gesetzliche Frist für die Festlegung neuer Planungsbereiche abläuft. Es ist der Wille des Gesetzgebers, die Planungsbereiche zu flexibilisieren. Dies muss mit der Überlegung gekoppelt werden, mit welchen Arztgruppen welcher Bedarf gedeckt werden und welches Planungsniveau für die einzelnen Arztgruppen eingeführt werden soll – auf der Stadt- und Landkreisebene wie bisher oder großräumig bis hin auf die KV-Ebene? Auch die Verhältniszahlen, die der Bedarfsplanung zugrunde gelegt werden, müssen überarbeitet werden. Diese drei großen Blöcke – Planungsbereiche, Arztgruppen, Verhältniszahlen – müssen im Laufe des nächsten Jahres neu gestaltet werden. Das wird bis in die zweite Jahreshälfte oder bis zum dritten Quartal dauern.

Vielen Dank für das Gespräch.

Quelle: Orthopädie und Unfallschirurgie Mitteilungen und Nachrichten, Dezember 2011

Dr. Rainer Hess ist seit 2004 unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses. Zuvor war die „graue Eminenz der gemeinsamen Selbstverwaltung“ 15 Jahre lang, von 1988 bis 2003, Hauptgeschäftsführer der kassenärztlichen Bundesvereinigung. 1999 erhielt der Jurist den Deutschen Arzt-Recht-Preis.

Dr. Rainer Hess
Unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses

Interview und Kontakt:
Jana Ehrhardt-Joswig
Redaktion Orthopädie und Unfallchirurgie Mitteilungen und Nachrichten

---

Ehrhardt-Joswig J. Honorarsteuerung reicht nicht aus. Passion Chirurgie. 2012 Februar; 2(02): Artikel 02_03.