

Neujahrsgepräch 2013 der vdek-Landesvertretung Schleswig-Holstein am 31. Januar 2013 in Kiel

Rede von Armin Tank, Leiter der vdek-Landesvertretung

Es gilt das gesprochene Wort!

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Gäste:

Herzlich Willkommen zu unserem Neujahrsgespräch 2013. Auch am letzten Tag im Januar, möchte ich es nicht versäumen, Ihnen alles Gute, Gesundheit und Erfolg für das Jahr 2013 zu wünschen!

Seien Sie alle herzlich begrüßt und damit meine ich, dass wirklich alle Gäste uns gleich herzlich willkommen sind, weil wir Sie bewusst und gezielt eingeladen haben. Vielen Dank für Ihr Kommen!

Besonders erwähnen möchte ich jedoch einige, die in Ihrer Funktion erstmals bei uns zu Gast sind:

So begrüße ich

– Kristin Alheit, die Ministerin für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein,

– Dr. Jörg Meyers-Middendorf, den Vertreter des Vorstandes und Abteilungsleiter Politik und Selbstverwaltung des vdek aus unserer Verbandszentrale in Berlin

Wie auch

– Dr. Monika Schliffke als Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein

– Landescaritasdirektorin Angelika Berger, die am vergangenen Freitag in ihr neues Amt eingeführt wurde,

Aus dem Landtag

- Wolfgang Dudda, den sozialpolitischen Sprecher der Piraten-Fraktion

- Dr. Jutta Korte, die vor einer Woche zur neuen Vorsitzenden des Vereins Gesundheitsregion Nord gewählt wurde

Und nicht zuletzt

- den Neu-Ruheständler Prof. Fritz Beske mit seiner Frau Lore.

Auch ich selbst darf Sie heute hier begrüßen in meiner neuen Funktion und spreche zu Ihnen erstmals als Leiter der vdek-Landesvertretung Schleswig-Holstein.

Zu einem Neujahrsempfang gehört auch ein Blick zurück auf das vergangene Jahr – aber wirklich nur kurz!

2012 war ein erfolgreiches Jahr für die Ersatzkassen in Schleswig-Holstein. Im Laufe des Jahres haben die Ersatzkassen in SH mehr als 32.000 neue Mitglieder gewonnen. Die Zahl der Versicherten stieg um fast 37.000 oder 3,4 Prozent auf über 1,1 Millionen. Damit sind 47 % der gesetzlich Versicherten in Schleswig-Holstein bei den Ersatzkassen versichert.

Die Ersatzkassen haben ihre Position als Marktführer weiter ausgebaut!

Gesundheitspolitisch hat uns 2012 auf Landesebene vor allem das GKV-Versorgungsstrukturgesetz beschäftigt – unter anderem mit dem Ausführungsgesetz, das die Bildung eines Gemeinsamen Landesgremiums vorsieht.

Dann gab es natürlich das 100jährige Bestehen der Ersatzkassen, den Wahlkampf, die anschließende Landtagswahl und folglich eine neue Landesregierung, die heute durch Frau Ministerin Alheit zu unserem Thema vertreten wird.

Was bringt 2013? Ein Ausblick sei gestattet.

Zunächst einmal gibt es finanzielle Einschnitte für die Gesetzliche Krankenversicherung durch Berliner Beschlüsse:

Der Wegfall der Praxisgebühr und die Kürzung des Bundeszuschusses an den Gesundheitsfonds bedeuten Mindereinnahmen in Höhe von etwa 8,5 Milliarden Euro bis Ende 2014 – für die GKV in Schleswig-Holstein sind das etwa 250 Millionen Euro weniger.

Die derzeit noch gute finanzielle Lage muss/besser wird – nicht von Dauer sein – und die Diskussion über mögliche Zusatzbeiträge ab 2015 hat zumindest schon planerisch begonnen.

Aus Sicht der Ersatzkassen wäre eine Rückkehr zur Beitragsautonomie die bessere und konstruktivere Lösung. Vielleicht ändern sich die Rahmenbedingungen nach der Bundestagswahl im September.

Wir dürfen auf die kommenden Monate gespannt sein und werden unsere Erwartungen an die Politik formulieren!

Aber alternative Konzepte wie die Bürgerversicherung sollen jetzt nicht das Thema sein – heute geht es um die neue Bedarfsplanung und die Auswirkungen für Schleswig-Holstein!

Grundsätzlich ist anzumerken, dass die Überarbeitung der 20 Jahre alten Richtlinie überfällig war.

Wir dürfen uns erinnern: das artverwandte Gesundheitsstrukturgesetz vom Dezember 1992 brachte unter anderem

- die Steuerung der Arztzahlen durch eine Bedarfsplanung wie auch
- die Einführung der freien Krankenkassenwahl ab 1996

Da die Ziele dieses Gesetzes nicht erreicht wurden, traten bereits 1997 die GKV-Neuordnungsgesetze in Kraft. Eine dann doch lange Zeit, betrachtet man die Halbwertszeit der aktuellen Gesetzgebung!

Der neuen Bedarfsplanung liegt ein guter Ansatz zu Grunde: mit zunehmender Spezialisierung der medizinischen Versorgung wächst die Größe der Planungsregion. Dazu werden die Ärzte in 4 Gruppen eingeteilt – analog zu den 4 Gruppen gibt es 4 Versorgungsebenen (nun haben wir die Mittelbereiche, Kreise, Raumordnungsregionen und das Land selbst)

– die bisherigen 13 Planungsbereiche auf Kreisebene gelten künftig nur noch für die allgemeine fachärztliche Versorgung, unter anderem für Augenärzte, Frauenärzte, Hautärzte, usw. Diese Bereiche orientieren sich künftig an eigenen Verhältniszahlen, die den Faktor Selbstversorgung bzw. Mitversorgung der Region berücksichtigen.

– für die hausärztliche Versorgung gibt es eine kleinräumigere Gliederung mit 32 Mittelbereichen. Statt bisher 10 unterschiedlichen Verhältniszahlen gibt es nun EINEN bundesweit gültigen Wert, der das Soll definiert: 1 Hausarzt auf 1.671 Einwohner.

– für die spezialisierte fachärztliche Versorgung, zu der u. a. Anästhesisten, Radiologen sowie Kinder- und Jugendpsychiater zählen, werden in Schleswig-Holstein die 5 Raumordnungsregionen zugrunde gelegt.

– und für die gesonderte fachärztliche Versorgung – das betrifft zum Beispiel, Humangenetiker, Laborärzte oder Strahlentherapeuten – ist das ganze Land bzw. der KV-Bezirk der Planungsraum.

Damit sollen die regionalen Planungsräume so gestaltet sein, dass eine flächendeckende Versorgung gesichert werden kann.

Positiv ist aus unserer Sicht zum Beispiel, dass die Mittelbereiche Kiel und Lübeck für die hausärztliche Versorgung auch das jeweilige Umland mit einschließen und so die Versorgungsrealität an der Stadtgrenze sowie die Pendlerströme berücksichtigen. Ein Risiko könnte aber gleichzeitig entstehen, wenn ein Arztsitz aus der Probstei problemlos in die Holtenauer Straße verlegt werden könnte, wo es schon jetzt quasi mehr Arztpraxen als Wohnungen gibt!

Positiv ist auch, dass die neue Bedarfsplanung dem Landesausschuss Spielraum für Abweichungen von den bundesweiten Vorgaben gibt, um etwa regionale Besonderheiten wie Inseln angemessen zu berücksichtigen. Allerdings ist dies kein Freibrief, um aus jeder Insel einen eigenen Planungsbereich zu machen!

Ohnehin ist es wahrscheinlich noch zu früh, um zu beurteilen, wie wir mit solchen Besonderheiten umgehen, die zu möglichen Änderungen des Bedarfsplans führen können. Dazu gehören die Objektivierung von Sonderbedarfen, zusätzliche lokale Versorgungspotenziale oder auch Empfehlungen des noch nicht konstituierten Gemeinsamen Landesgremiums.

Wie wollen oder können wir die Versorgung innerhalb der Planungsbereiche steuern? Zum Beispiel für die Gruppe der Kinder- und Jugendpsychiater, die bislang nicht überplant waren, ist eine zum Teil deutliche Überversorgung in den Raumordnungsregionen Mitte bis Süd festgestellt, während in den Regionen Nord sowie Süd-West noch freie Arztsitze zu besetzen sind. Aber auch in diesen beiden Regionen sind die vorhandenen Kinder- und Jugendpsychiater ungleichmäßig verteilt. Die Stadt Flensburg, die Kreise Schleswig-Flensburg und Dithmarschen sowie der Kreis Steinburg – ☺ mit seinem Standort ausgerechnet in Wacken – und daher wahrscheinlich jahreszeitlich genau richtig!! ☺ – scheinen gut versorgt, während es im gesamten Kreis Nordfriesland bislang keinen einzigen niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater gibt. Wie können wir dieses Problem lösen? Über Psychiatrische Institutsambulanzen, über ermächtigte Ärzte, oder nur sektorenübergreifend – oder doch nur über eine bessere Zuschneidung des Planungsgebietes?
Da müssen wir schon genauer hinsehen

Das mögliche Spannungsfeld sehen wir zwischen dem Landesausschuss und dem Zulassungsausschuss. Der Landesausschuss muss aus unserer Sicht auch das Ziel verfolgen, die

in vielen Planungsbereichen bestehende Überversorgung mittel- bis langfristig abzubauen – zugunsten einer Umsteuerung in bislang nicht so gut versorgte Regionen.

Über die individuellen Anträge auf Zulassung entscheidet aber der Zulassungsausschuss.

Entscheidend ist, dass es verlässliche Regeln für den Aufkauf von Arztsitzen durch die KV gibt, wenn ein freierwerdender Arztsitz aus Versorgungsgründen nicht mehr erforderlich ist.

Als Ansatz für die spätere Diskussion, die von unserem Pressesprecher Florian Unger moderiert wird, möchte ich einige Thesen über die Auswirkungen der neuen Bedarfsplanung formulieren:

1.: Durch die Schaffung von Mittelbereichen für die Hausärztliche Versorgung wird eine entsprechende Niederlassung außerhalb der großen Städte in der Regel attraktiver, weil es künftig einen klarer definierten Einzugs- und Versorgungsbereich gibt. Der Konzentration bzw. Konkurrenz innerhalb eines Kreises wird dieses entgegenwirken.

2.: In konkreten Einzelfällen wie Kiel und Lübeck, in denen die neuen Mittelbereiche sogar größer sind als die bisherigen Planungsbereiche, wird es ohne zusätzliche Feinsteuerung jedoch zu einer weiteren Konzentration der Ärzte in vermeintlich attraktiven Stadtteilen kommen.

3.: Auch der neue Bedarfsplan allein löst nicht das Problem der ungleichen Verteilung von Arztsitzen. Einerseits fehlen effektive Instrumente zum Abbau von Praxen in bislang überversorgten Gebieten, andererseits sind zusätzlich ausgewiesene Arztsitze keine Garantie für eine Niederlassung. Wenn 10 freie Arztsitze heute schon nicht besetzt werden können, wird auch die Ausweisung von 20 freien Sitzen morgen keine verbesserte Versorgung bringen!

4.: Deshalb sind weitere Maßnahmen erforderlich – und dabei dürfen die Krankenkassen als Kostenträger und die Kassenärztliche Vereinigung mit dieser Herausforderung nicht allein gelassen werden! Auch das Land, die Kommunen und Kreise – und ggf. noch ganz andere Akteure – müssen daran mitwirken, um die Entscheidung für einen Mediziner, sich in der Fläche niederzulassen, attraktiver zu machen.

Erst kürzlich wurde die Idee des „Docmobils“ wieder ins Spiel gebracht, welches auf den ersten Blick vielversprechend wirkt. Erfahrungen aus Niedersachsen zeigen allerdings, dass dieses Konzept dort nicht angenommen wurde. Müssen wir die gleichen Fehler in Schleswig-Holstein noch einmal machen? Oder ist es möglicherweise sinnvoller und Erfolg versprechender, den Ansatz umzudrehen und stattdessen die Patienten aus schlechter versorgten Regionen zum Arzt zu bringen?

Ich freue mich jetzt auf die Ausführungen von Gesundheitsministerin Kristin Alheit, die die Positionen der Landesregierung bzw. Ihres Hauses darlegen wird, das ja an mehreren Stellen in den Prozess der Bedarfsplanung eingebunden ist und eine aktivere Rolle spielen möchte als in der Vergangenheit.