

Versorgungsgesetz soll neue Freiheiten schaffen / Opposition mault: „Klientelpflege“

Reformeckpunkte kommen erstmal gut an

BERLIN – Regionale Honorarzuständigkeiten, „dritter Sektor“ für spezialärztliche Leistungen, MVZ unter ärztlicher Führung, Förderung von Ärzten in unterversorgten Gebieten usw. – die Eckpunkte der Koalition zum Versorgungsgesetz sind bei Ärzten und Klinikträgern positiv aufgenommen worden. Abgeordnete von den Grünen und der SPD wittern „Klientelpflege“.

Die Eckpunkte sind weder ein Referenten- noch ein Gesetzentwurf (letzterer soll bis zur Sommerpause auf den Weg gebracht sein). Doch sie setzen die Linie von der Koalitionsvereinbarung und diverser Positionspapiere fort. Der Tenor: Die Rahmenbedingungen werden geändert, um den Verantwortlichen vor Ort mehr Gestaltungsfreiheit zu geben.

Die KV darf Praxen kaufen und stilllegen

„Wir wollen eine Flexibilisierung der Bedarfsplanung, keine völlige Regionalisierung und keine kleinteilige Sitzplanung“, stellte BMG-Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz (CDU) das druckfrische Eckpunktepapier bei der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) in Berlin vor. Der geplante Strukturfonds der KV und deren Praxisvorkaufs- und Stilllegungsrecht seien „freiheitliche Instrumente“ zu Beeinflussung von Unter- und Überversorgung. Einen „Wettbewerb um Wirtschaftlichkeit“ erhofft sich die CDU-Politikerin von einer eigenständigen ambulanten spezialärztlichen Versorgung durch Niedergelassene und Kliniken für Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltenen Erkrankungen, hoch spezialisierten Leistungen, ambulanten Op.s und stationersetzenden Eingriffen. Eine Leistungsausweitung über das medizinisch Notwendige hinaus soll damit nicht verbunden sein.

„Ich sehe nicht, wo hier Effizienzreserven ausgeschöpft werden“, sagt die gesundheitspolitische Sprecherin von Bündnis 90/Die Grünen, Biggi Bender. Sie bezeichnet die Eckpunkte als ein „Sammelsurium von Instrumenten mit viel Klientelpflege“. Sie kritisiert, dass die „Abwrackprämie“ für Praxen erweitert, aber die im SGB V vorgesehenen Honorarabschläge in überversorgten Gebieten gestrichen werden sollen.

Dass die Länder künftig bei der Bedarfsplanung im G-BA und im Landesausschuss mitreden („bestellen“) können, ohne zahlen zu müssen, sieht Bender skeptisch. Besser wäre die Einbindung von Kommunen und Landkreisen. Sie plädiert für Ordnungsverantwortung für besonders qualifizierte Pflegekräfte und psychologische Psychotherapeuten. Sie vermisst bei der Koalition eine „Leitidee“ zur Integrierten Versorgung und ein Präventionsgesetz.

Auch die Ärztin und SPD-Parlamentarierin Dr. Marlis Volkmer befürchtet, dass es mit dem Versorgungsgesetz für die Versicherten teurer, aber nicht besser wird. Denn ohne Honorarabschläge und die zeitliche Befristung von Arztsitz-Nachbesetzungen in überversorgten Gebieten werde es bei den bisherigen Niederlassungsanreizen bleiben, nämlich dort, wo viele Privatversicherte und attraktive Bedingungen für die eigene Familie bestehen.

SPD und HÄV einig: Das Hausarzt-MVZ muss her

Einigkeit besteht zwischen Dr. Volkmer und Hausärzteverbandschef Ulrich Weigeldt in der Forderung, reine Hausarzt-MVZ zu ermöglichen. So könne aus einem jungen angestellten Arzt später ein Partner werden, sagt Weigeldt. In den jetzigen MVZ habe ein beteiligter Hausarzt die „Staubsaugerfunktion“, Patienten „reinzuziehen“.

Die Klinikträger, die mit den MVZ-Regelungen eingeschränkt werden sollen, nehmen das übriges nicht so schwer. Georg Baum, Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft, findet es zwar

„unverschämt“, wie den Krankenhäusern vorgeworfen werde, mit MVZ Gewinnmaximierung betreiben zu wollen. Doch mit den absehbaren Vorgaben „können wir leben“. Dass ein MVZ maximal als GmbH und nicht als Aktiengesellschaft betrieben werden darf, Niedergelassene ein Vorkaufsrecht auf freie Arztsitze haben und dass eine Arztsitzverlegung von Versorgungsfragen abhängig gemacht wird, ist akzeptabel.

Auf einsamem Posten kämpfte bei der GRPG-Veranstaltung Dr. Manfred Partsch, Leiter der Abteilung Ambulante Versorgung beim GKV-Spitzenverband. Zwar präsentierte er eine Folie nach der anderen, die wachsende Arztszahlen und (außer bei Hausärzten) bundesweit eine Überversorgung belegen sollten. Doch das beeindruckte die Anwesenden nicht. Ihre Gegenargumente: Die Verhältniszahlen von 1990 sind überholt; es werden heute Leistungen ambulant erbracht, die vor 20 Jahren noch Fälle für die Klinik waren; die vertragsärztliche Betreuungstiefe und -dauer bei chronisch und Schwerkranken hat zugenommen; von Überversorgung ist schon ab einem Versorgungsgrad von 110 % die Rede, von Unterversorgung aber erst ab 75 % (Hausärzte) bzw. 50 % (Fachärzte).

Doch der Ökonom bleibt dabei: „Wenn wir keinen Weg finden, die Überversorgung zurückzuführen, wird es mit dem Abbau der Unterversorgung nicht klappen.“ Er spricht sich für eine zeitliche und ggf. inhaltlich beschränkte Zulassung aus. Zulassungen dürften 20, 30 Jahre oder lebenslanglich gelten, aber nicht „unendlich fortgeschrieben“ werden.

Denn die Mittel, die in die künftige spezialärztliche Versorgung fließen werden, bringen nichts bei der Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung auf dem Land, verknotete Dr. Partsch zwei Paar Schuhe. Und für die Berücksichtigung „regionaler Besonderheiten“ gebe es für die Kassen auch keine Zuschläge aus dem Gesundheitsfonds, sodass „die Mitglieder über Zusatzbeiträge finanzieren müssen, was sich die Länder an Wohltaten ausdenken“.

Residenzpflicht ist ein Relikt aus dem 19. Jh.

Bei der Kernfrage, ob Versorgungslücken eher durch marktwirtschaftliche Anreize oder durch staatliche Lenkung geschlossen werden können, ist für GRPG-Präsident Professor Dr. Dr. Alexander Ehlers zumindest eines klar: Die Residenzpflicht muss fallen! Sie stamme aus der Zeit des frühen 19. Jahrhunderts, um bei Haftungsfragen umherziehender Ärzte habhaft werden zu können. Doch nun ist wieder Flexibilität gefragt.

Michael Reischmann

Wissenschaftspreis – verliehen von der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen, Dotation: 2 500 Euro, gestiftet von der Firma Dr. Willmar Schwabe. Der Preis ging an Marcus Vogeler, Hannover. Er erhielt die Auszeichnung für seine Dissertation „Ethikkommissionen und ihre Haftung in der medizinischen Forschung am Menschen“.