

Versorgungsstrukturgesetz

„Nicht, weil es schwer ist, wagen wir es nicht, sondern weil wir es nicht wagen, ist es schwer“ (Seneca, römischer Dichter und Philosoph)

Wie oft wurde in den letzten Jahren der Begriff „Ärztmangel“ zur Diskussion gestellt? Vehement demotiert, ja geradezu geleugnet von den Krankenkassen, zunächst müde belächelt von der Politik und gebetsmühlenartig vorgetragen von der Ständespolitik. Nachdem aber erste erhebliche „Ärzte-Verteilungsmängel“ sichtbar und ausgemacht wurden, vor allem in den Peripherien der Flächenstaaten, und man der – eigentlich schon lange bekannten – demografischen Entwicklung endlich Beachtung schenkte, konnte auch die Politik dieses Thema nicht länger auf die lange Bank schieben. Angestoßen durch Forderungen und Diskussionen in der Gesundheitsministerkonferenz der Bundesländer formulierte die AG Gesundheit der CDU/CSU Anfang des Jahres ein Eckpunktetpapier, das am 3. August 2011 in einem Kabinettsbeschluss für ein Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) mündete. War schon der Weg dorthin mit vielen Steinen gesäumt – immer wieder bemängelten die Bundesländer die ihres Erachtens zu geringen Beteiligungsrechte; die Anmerkungen des Bundesministeriums für Finanzen zu den finanziellen Auswirkungen des Gesetzes wurden per gezielter Indiskretion an die Öffentlichkeit „durchgestochen“ – boten die ersten Anhörungen im Bundestag und in den Gesundheitsausschüssen von Bundestag und Bundesrat mit über 140 Änderungsanträgen einen Vorgeschmack auf die Sachverständigenanhörungen.

Wirft man einen Blick auf die Inhalte, so ist es zunächst als positiv zu bewerten, dass auch die Politik nunmehr offen von einem „insbesondere in den ländlichen Regionen drohenden Mangel an Haus- und Fachärzten“ spricht. Der erste Schritt zur Behebung eines offensichtlichen Defizits ist das analytische Erkennen

desselben. So verwundert es nicht, dass die Sicherstellung einer flächendeckenden bedarfsgerechten und wohnortnahen medizinischen Versorgung der Bevölkerung (auf einmal) ein zentrales gesundheitspolitisches Anliegen darstellt. So ganz nebenbei das deutsche Gesundheitswesen als eines der besten der Welt qualifizierend zielen die geplanten Regelungen darauf ab, auch „künftig eine flächendeckende wohnortnahe medizinische Versorgung zu sichern, das System der vertragsärztlichen Vergütung durch Zurücknahme zentraler Vorgaben zu flexibilisieren und zu regionalisieren, die Verzahnung der Leistungssektoren zu verbessern, einen schnellen Zugang zu Innovationen sicherzustellen und mit einer Stärkung wettbewerblicher Instrumente die Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung weiter zu erhöhen.“

Aber wo Licht ist, ist auch Schatten: „Verantwortlich ist man nicht nur für das, was man tut, sondern auch für das, was man unterlässt“. Entsprechend der Laotse-Philosophie ist es höchst bedauerlich, dass der Gesetzgeber es (bislang) versäumt hat, die Ärztekammern stärker in die geplanten Neuregelungen einzubinden. So sind die Ärztekammern weder unmittelbar als Beteiligte im neu zu errichtenden gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V genannt, noch werden der Bundesärztekammer weitergehende Beteiligungs- (und Stimm-)rechte im Gemeinsamen Bundesausschuss eingeräumt. Dies damit zu begründen, dass es an der unmittelbaren Versorgungsverantwortung im Regelungsbereich des SGB V fehle, greift wesentlich zu kurz. Man denke nur daran, dass die Ärztekammern sektorenübergreifend über die Definitionskompetenz der ärztlichen Weiterbildungsinhalte verfügen und hierüber maßgeblich das Versorgungsangebot mitsteuern oder aber an ihre sektorenübergreifende Zuständigkeit für die Qualitätssicherung. Kritisch sehen wir auch die zunehmende Kompetenzerweiterung des Gemeinsamen Bundesausschusses. So soll er die Möglichkeit erhalten, Methoden mit noch nicht belegtem Nutzen, aber dem „Potenzial einer

erforderlichen Behandlungsalternative“ erproben zu lassen und seine Bewertung auf diese Weise auszusetzen. Ferner soll er das Nähere zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V in einer Richtlinie regeln. Diese Aufgaben- und Zuständigkeitsbündelung konterkariert zudem die eigentliche Absicht, die der Gesetzgeber mit dem Gesetz verfolgt, nämlich die stärkere Regionalisierung.

Apropos ambulante spezialärztliche Versorgung: nach dem Motto „wer kann, der darf“ soll damit ein sektorenverbindender Versorgungsbereich eingeführt werden, der, außerhalb der Bedarfsplanung und ohne Budgetbegrenzung, unter Umständen zu einem Wettbewerbswildwuchs führen kann. Zumindest ein rechtlicher Angriffspunkt wurde bereits ausgemacht. Laut Gesetzesbegründung sind besondere medizinische Kenntnisse und Erfahrungen erforderlich, die deutlich über allgemeine Facharztqualifikationen hinausgehen. Damit wird in das ärztliche Berufs- und Weiterbildungsrecht eingegriffen, da die fachliche Qualifikation von Ärzten umfänglich in der Weiterbildungsordnung dargelegt und verbindlich geregelt ist.

Die Tatsache, dass die Partner der Bundesmantelverträge für die ambulante Versorgung beispielhaft festlegen sollen, bei welchen Tätigkeiten auch Medizinische Fachangestellte ärztliche Leistungen erbringen können und welche Anforderungen an die Erbringung zu stellen sind (ein weiteres Beispiel für gut gedacht, aber schlecht gemacht) – mithin ein weiterer Schritt zur Aushöhlung des Prinzips der persönlichen Leistungserbringung – wird bei den vielen Diskussionen über die Beteiligungsrechte und -möglichkeiten beinahe übersehen. Fakt ist, dass kein einziger Satz im Gesetz eine unmittelbare Wirkung auf die medizinische Versorgung hat und es abzuwarten bleibt, ob zukünftig Bewegungsströme von Ärzten in die unterversorgten Regionen zu verzeichnen sind. Zu wünschen bliebe es!