Editorial

DKG-Hauptgeschäftsführer **Georg Baum**

Leitschnur ist der Patient

Die gesundheitspolitische Gesetzgebung nimmt Fahrt auf. Nach dem Pharmapaket wird bereits an den Eckpunkten für ein Gesetz zur Sicherung der ärztlichen Versorgung gearbeitet. Inzwischen liegen viele Vorschläge aus den Parteien und den Verbänden vor und von der Politik wird Handlungsbedarf beim Ärztemangel gesehen. Mehr Medizinstudienplätze und mehr Absolventen, die auch tatsächlich als Mediziner arbeiten wollen, sollen erreicht werden. Das ist gut und wichtig, im Geflecht föderaler Bildungszuständigkeiten aber kein leichtes Unterfangen. Zur besseren Sicherstellung der Versorgung vor Ort reklamieren die Länder eine deutlich stärkere Mitsprache. Ein kompliziertes Gesetzgebungsverfahren ist zu erwarten.

Für die Krankenhäuser ist das Vorhaben mit Chancen und Risiken verbunden. Zunächst ist es erfreulich festzustellen, dass die rigide vertragsärztliche Bedarfsplanung von nahezu allen Beteiligten als hochgradig reformbedürftig angesehen wird. Aus der Koalition kam sogar der Vorschlag, die Zulassungssperren in überversorgten Gebieten gänzlich aufzuheben und die Versorgungsplanung auf die Vermeidung von Unterversorgung auszurichten. Eine Position, der man sich aus Krankenhaussicht durchaus anschließen kann. Die Bedarfsplanung, die Anfang der 90er Jahre eingeführt wurde, um Überversorgung infolge der Ärzteschwemme zu vermeiden und die rigide Budgetierungspolitik abzusichern, hat sich nicht bewährt. Moderne ambulant-verzahnte Versorgungsstrukturen wurden behindert. Ermächtigungen von Krankenhausärzten sind beliebig beschnitten bzw. ganz zurückgezogen, Nachbesetzungen von Belegärzten erschwert worden. Alle Öffnungen der Krankenhäuser für ambulante Leistungen werden regelmäßig mit dem Hinweis auf die Bedarfsplanung attackiert. Das System hat es auch nicht geschafft, in wegen Überversorgung „gesperrten" Gebieten Unterversorgung zu verhindern. Es ist nicht gelungen, Praxisstandorte und Versorgungsbedarfe innerhalb der Planregionen treffsicher zueinander zu bringen. Eine Reform der Bedarfsplanung muss deutlich mehr Flexibilität hervorbringen.

Bei diesem Gesetzgebungsverfahren werden auch die Koalitionsvereinbarungen zu § 116 b SGB V und zum Thema MVZ auf der Tagesordnung stehen. Kaum darstellbar wäre, wenn mit einem Gesetz, das die ambulante ärztliche Versorgung sicherstellen soll, die ambulanten Versorgungsmöglichkeiten der Krankenhäuser eingeschränkt würden. Ein Rückschritt wäre deshalb, wenn die jüngst bekannt gewordenen, überaus resriktiven Vorschläge der KBV und der Bundesärztekammer von der Politik aufgegriffen würden. § 116 b SGB V wurde geschaffen, damit Patienten mehr Wahlmöglichkeiten und einen leichteren Zugang zu den Spezialisten in den Krankenhäusern haben. Jeder Arzt – ob in eigener Praxis oder angestellt im Krankenhaus –, der zur Versorgung beitragen kann und will, sollte einbezogen und nicht ausgebremst werden. Fakultativ lückenfüllend und beliebig ambulant zu- und abschaltbar sind Krankenhäuser jedenfalls nicht.

Auch die MVZ-Diskussion muss vor dem Hintergrund der Versorgungssicherstellung und des Ärztemangels geführt und am besten beendet werden. Es besteht inzwischen weitgehend Einigkeit darüber, dass MVZ in der Trägerschaft von Krankenhäusern in vielen Regionen dringend notwendig sind, um die ambulante Versorgung zu sichern. MVZ gewährleisten, dass mehr der teuer ausgebildeten Ärzte und insbesondere Ärztinnen in der Patientenversorgung arbeiten können. „Wir müssen uns daran gewöhnen, dass die niedergelassene Versorgung vermehrt durch angestellte Ärzte geleistet wird", war aus der Koalition zu hören – dem ist nichts hinzuzufügen. Nicht überzeugend sind auch hier die Vorschläge von BÄK und KBV. Die Angst vor „Fremdkapital" in der ambulanten ärztlichen Versorgung ist völlig unbegründet. Jede Praxisneugründung bzw. Erweiterung, jedes neu gebaute Ärztehaus, jede Innovation in der ambulanten Medizin braucht selbstverständlich Fremdkapital. Wenn Patienten in ein Krankenhaus eingewiesen werden müssen, spielt es keine Rolle, ob das Krankenhaus Träger- oder Mitträger eines MVZ ist oder über die gesetzlich erwünschten Kooperationswege mit niedergelassenen Praxen zusammenarbeitet. Entscheidend ist, dass die Versorgung eng und kooperativ erfolgt, dass Doppelleistungen vermieden und die Qualität gefördert wird. Dies muss die Leitschnur für das nächste Gesetzespaket sein.