

# Versorgungsgesetz – der große Durchbruch?

In einem viel beachteten 14-Punkte-Papier hat die Arbeitsgruppe Gesundheit der Unionsfraktion im Bundestag zahlreiche Vorschläge für eine Neujustierung der medizinischen Versorgung in Deutschland im Gesetzgebungsprozess des geplanten „Versorgungsgesetzes“, das 2012 kommen soll, gemacht. Ob dies der große Durchbruch in der Gesundheitspolitik ist, werden der weitere politische Weg und die damit verbundene konkrete Ausgestaltung der unterbreiteten Reformvorschläge zeigen. Hierzu eine Kurzanalyse der „14 Vorschläge für eine Reform der medizinischen Versorgung in Deutschland“.

## Versorgungsplanung

Die Union macht in ihrem Papier deutlich, wir hätten eigentlich ausreichend Ärzte in Deutschland, aber ihre Verteilung sei unzureichend. Ursache dieses Problems sei in erste Linie der veraltete Ansatz der Bedarfsplanung, der auf einer einfach fortgeschriebenen Vorgabe der Arzt-Einwohner-Relation beruhe, die die notwendige Versorgungsrealität in den einzelnen Regionen Deutschlands längst nicht mehr abbilde. Diese soll künftig durch eine neu zu schaffende Versorgungsplanung ersetzt werden. Auf regionaler Ebene agierende Ausschüsse zur ärztlichen Versorgungsplanung sollen nach den jeweiligen Versorgungsstufen (Primärversorgung, allgemeine fachärztliche Versorgung und spezialisierte Versorgung) mit flexibleren, sektorübergreifenden Bezügen planen. So ist das Vorhaben, für die künftige Bedarfsplanung sektorübergreifende regionale Versorgungsausschüsse auf Landesebene zu gründen, denen dann auch die Landesärztekammern angehören, begrüßenswert. Wichtig ist es, dem Ärztemangel mit einer neuen Versorgungsplanung zu begegnen, die auch die Versorgungsansprüche vor Ort berücksichtigt. Auch finanziellen Anreizen für die Niederlassung in unterversorgten Gebieten gehört die Zukunft. Dies könnte der geplante Strukturfonds mittels Investitionskostenzuschüssen oder Vergütungszuschlägen leisten. Zu hinterfragen ist jedoch dessen Finanzierung und welche Strukturmaßnahmen gefördert werden. Es kann nicht sein, dass wir mit unserem Honorar zum Beispiel die Studienförderung bezahlen! Eine zeitlich befristete Zulassung

als Vertragsarzt wäre eine Lizenzvergabe auf Zeit und sicherlich auch kein Lösungsansatz.

## Sektorübergreifende Versorgung

Die Union schlägt die Schaffung gleicher Rahmenbedingungen für die Bereiche vor, in denen Vertragsärzte und Krankenhäuser ambulant tätig sind. Es geht hier also insbesondere um die spezialärztliche Versorgung und deren Qualitätssicherungsmaßnahmen und Vergütung. Hierzu gehört auch die Stärkung des Belegarztwesens als Paradebeispiel für eine sektorübergreifende Versorgung. Ebenso wichtig ist eine Verbesserung des Entlassungsmanagements nach einer Krankenhausbehandlung. Hier ist die Kooperation Krankenhaus – Hausarzt zu stärken, extrabudgetär honoriert zum Beispiel durch einen Selektivvertrag. Die Krankenhäuser hier durch Sanktionen in die Pflicht zu nehmen, ist jedoch der falsche Ansatz. Ein weiteres Beispiel für eine sinnvolle sektorübergreifende Versorgung ist die im Papier angeregte sektorübergreifende Zentralisierung des Notdienstangebots mit einer Neuorganisation der Notdienstbezirke durch den Versorgungsausschuss, mit dem Ziel der Bildung großer Bezirke, sodass sich für einen einzelnen Arzt die Zahl der Bereitschaftsdienste reduziert – ein Stück mehr Lebensqualität im ländlichen Raum!

## Nachwuchsförderung

Grundsätzlich positiv einzuschätzen ist die Positionierung zu neuen Kooperationsformen und hier zum Medizinischen Versorgungszentrum, dessen Rechtsform auf Personengesellschaften und GmbH beschränkt wird. Sicherzustellen ist jedoch, dass die Mehrheit der Geschäfts- und Stimmanteile uns Ärzten zusteht, wie im Gesetzgebungsvorschlag von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung gefordert. Mobile Arztstationen dürften jedoch weniger realisierbar sein. Der Aktionsplan „Mehr Ärzte braucht das Land“ ist grundsätzlich positiv einzuschätzen, wenn auch die Einführung einer „Landarztquote“ bei Erhöhung der Zahl der Studienplätze für Medizin wohl nicht zu dem erwarteten Erfolg führen wird. Die weiteren Vorschläge zur Nachwuchsförderung

wie die Berücksichtigung von Berufs- und Ausbildungserfahrung in anderen Gesundheitsberufen, Stärkung der Lehre an den Universitäten, finanzielle Unterstützung der Weiterbildungsverbände, familienfreundlicher Arbeitsplatz am Krankenhaus, Abbau von Hierarchie und Förderung kollegialer Teamstrukturen am Krankenhaus sind durchaus positive Signale.

Als Beitrag zur Förderung der Attraktivität des Arztberufes wird insbesondere überlegt, die Regressangst zu nehmen, durch Abschaffung der Richtgrößenprüfung und der Mengensteuerung in unterversorgten Gebieten. Die Gedanken zur Honorarreform, Umbau der Kassenärztlichen Vereinigung und zur Delegation ärztlicher Leistungen bedürfen einer vertieften Diskussion, wenn auch die Ansätze in die richtige Richtung gehen. Noch vor Ende April sollen daraus Eckpunkte für die nächste Gesundheitsreform der Koalition abgeleitet werden. Dreh- und Angelpunkt in dem Papier ist die künftige Bedarfsplanung. Nach unseren Hochrechnungen wird es im Jahr 2020 knapp 1.400 Hausärzte in Bayern weniger geben als heute, stellt man der Zahl der Abgänge, zirka 4.600 bayerische Hausärzte, die voraussichtlichen Zugänge, zirka 3.200 Hausärzte, bis zum Jahr 2020 gegenüber. Die Frage, ob in ganz Bayern deshalb ein Ärztemangel droht, ist umstritten, dass es künftig Versorgungsengpässe auf dem Land geben wird, sowohl auf hausärztlicher als auch fachärztlicher Versorgungsebene ist allerdings unstrittig. Klar ist, dass die medizinische Versorgung eine „gesamtgesellschaftliche Aufgabe“ ist. Das Positionspapier stimmt mich durchaus positiv, jetzt liegt es an uns, einen kritischen konstruktiven Dialog zu führen. Die Bayerische Landesärztekammer ist dabei.

## Autor



Dr. Max Kaplan,  
Präsident der  
Bayerischen Landesärztekammer