

# Wer bestimmt eigentlich den Bedarf?

Wer weiß, wie viele Vertragsärzte gebraucht werden, um den Bedarf zu decken? Wer bestimmt eigentlich den Bedarf? Die Politik hat soeben versucht, auf die Fragen eine Antwort zu geben. Dabei ist sie möglichen Konflikten aus dem Weg gegangen und hat nur halbherzig eine laue Lösung in ihrem Versorgungsstärkungsgesetz geschaffen. Mit den Stimmen der Koalitionsfraktionen beschloss der Deutsche Bundestag am 11. Juni das Versorgungsstärkungsgesetz für die Gesetzliche Krankenversicherung. Die Fraktion Die Linke enthielt sich bei der Abstimmung, die Abgeordneten von Bündnis 90/Die Grünen stimmten gegen die Vorlage.

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) sprach in der Parlamentsdebatte von „wichtigen Weichen, um die Gesundheitsversorgung fit für die Zukunft zu machen“. Ziel sei es, bestehende regionale Versorgungsunterschiede abzubauen. Das Gesetz setze an vielen Stellschrauben gleichzeitig an, um die Versorgung zu verbessern, betonte der SPD-Gesundheitsexperte Professor Dr. Karl Lauterbach. Die beiden Politiker übten sich in Koalitionsdisziplin, als handle es sich bei der Regierungsvereinbarung um die Zehn Gebote. Allen Änderungsversuchen der Betroffenen leisteten sie beharrlich Widerstand. Auch ein sachkundiger Politiker wie Karl Lauterbach räumte im internen Gespräch mit ärztlichen Berufspolitikern die Schwächen des Gesetzes ein, beharrte aber auf der Umsetzung: Es gehe in erster Linie darum, Druck aufzubauen. Wohl gemerkt, auf die Ärzte.

Zu den wichtigsten Neuregelungen gehört die Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen, Termin-Servicestellen einzurichten – ein neues bürokratisches Ungetüm. Versicherte mit einer Überweisung zu einem Facharzt können sich an sie wenden und müssen innerhalb von vier Wochen einen Termin vermittelt bekommen. Ist dies nicht möglich, können sie ein Krankenhaus aufsuchen, auf Kosten der vertragsärztlichen Gesamtvergütung. Sie bekommen ihren Wunschtermin nicht bei ihrem Wunscharzt, sondern irgendeinen Termin bei irgendeinem Arzt – ein klarer Bruch mit dem Prinzip der freien Arztwahl.

Wo es in überversorgten Regionen zu viele Ärzte einer Fachrichtung gibt, sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen frei werdende Arztsitze aufkaufen und nicht wieder besetzen, und zwar, wenn für bestimmte Arztgruppen und Planungsbereiche ein Versorgungsgrad von 140 Prozent erreicht ist (vorher 110 Prozent). Aber wenn 110 schon falsch war, dann ist 140 auch nicht besser. Es bleibt bei einer Verletzung des Eigentumsrechts der „entsorgten“ Ärzte. Von der Freiberuflichkeit wird Stück für Stück abgebrochen.

Das Gesetz wird von vielen eher als ein „Krankenhausstärkungsgesetz“ empfunden. Beispiele für die Bevorzugung der Kliniken sind die umfassenden Möglichkeiten der Ermächtigung von Hochschulambulanzen und die verpflichtende Öffnung von Krankenhäusern. Auch um die Zusammenarbeit zwischen stationärer und ambulanter Versorgung zu verbessern, dürfen Kliniken mehr ambulante Leistungen übernehmen. Damit wird vom bewährten und effizienten Prinzip „ambulant vor stationär“ abgewichen.

Planung allein sichert noch keinen Erfolg. Ob sich auch nur ein einziger Arzt in einer ländlichen Region niederlässt, wird nicht durch Planzahlen bestimmt. Dazu gehört mehr: Wichtig sind Anreize und Fördermaßnahmen, wobei Geld selbstverständlich eine entscheidende Rolle spielt, aber nicht alles ist. Möglichkeiten der Vereinbarkeit von Familie und Beruf, die Jobsituation des Partners, Entwicklungsmöglichkeiten für Kinder, eine effiziente Bereitschaftsdienstorganisation und nicht zuletzt die (kommunale) Unterstützung vor Ort spielen eine große Rolle. Ob das ausreicht, junge Kollegen für die Tätigkeit in ländlichen Gebieten zu gewinnen, bleibt abzuwarten. In Baden-Württemberg veranstaltet die Techniker Krankenkasse sogar Hausarzt-Touren durchs Ländle, um den Medizinstudenten die Schönheit ihrer Heimat näher zu bringen. Dem Vernehmen nach hat das schon einige zur Niederlassung auf dem Lande bewogen. Bayern versucht es mit großzügigen finanziellen Fördermaßnahmen.

Die Mängel der Statistik in der Bedarfsplanung zeigt das Beispiel Berlin: Obwohl der Versorgungsgrad für Hausärzte hier mit 116,6 Prozent ausgewiesen ist, kann von Überversorgung keine Rede sein. In der Statistik ist nicht erfasst, dass ein großer Teil dieser Ärztinnen und Ärzte gar nicht hausärztlich tätig ist. Würde man diese Sitze aus der Bedarfsanalyse herausrechnen, käme man auf einen Versorgungsgrad von unter 100 Prozent. Ähnliches hat auch die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns für den Freistaat offengelegt.

Das zeigt, dass nachweisbar viele ausgewiesene Hausarztsitze nicht in der hausärztlichen Versorgung arbeiten, die Bedarfszahlen also falsch sind, und dass andererseits die Umsetzung der Intention des Gesetzgebers den schon bestehenden Mangel verschärfen würde. Die gleichen Probleme gibt es im fachärztlichen Bereich. Trotz rechnerischer Überversorgung beklagen viele Patienten die teils langen Wartezeiten und zu vollen Praxen bei den Spezialisten. Fit für die Zukunft ist die Gesundheitsversorgung mit diesem Gesetz jedenfalls nicht.

*Anmerkung der Redaktion: Gastkommentare geben die Meinung des Autors und nicht grundsätzlich die Meinung der Redaktion oder der Bayerischen Landesärztekammer wieder.*

## Autor



*Klaus Schmidt,  
freier Journalist,  
82152 Planegg*