

Versorgungsstärkungsgesetz 2015 – ein palliatives Gesetz?

Das Versorgungsstärkungsgesetz (VSG) ist vom Bundestag beschlossen. Es dürfte damit ab dem 01. Januar 2016 in Kraft treten. Damit folgt innerhalb von vier Jahren ein zweites Gesetz, das dem demografischen Wandel Einhalt gebieten will. Schon das Versorgungsstrukturgesetz (VStG) aus dem Jahr 2012 hatte sich in erster Linie darauf konzentriert, den entstehenden Mangel an Ärzten in bestimmten Regionen aufzuhalten.

Das VSG greift den Steuerungsansatz des VStG auf, nach dem die Regionen definiert werden, die als über- und unterversorgt gelten. Dies ist nicht ganz einfach, da auch eine Unterscheidung nach Fachgebieten erforderlich ist. Eigentlich müsste auch die Erreichbarkeit, d. h. die Entfernung von Praxisort und Wohnort, ebenso wie die Inzidenz und Prävalenz von Erkrankungen pro 1.000 Einwohner mit einbezogen werden. Darauf wird zurzeit verzichtet. Die erste Festlegung, dass Überversorgung bereits bei 110 % der durchschnittlichen Versorgungsdichte besteht, ist mehr oder weniger willkürlich gezogen. Dies sieht man auch daran, dass jetzt diese Größe auf 140 % erhöht wurde, ab der dann der Druck, die Zulassung zu stoppen bzw. Arztsitze aufzukaufen, zwingender wird. Auch wenn Letzteres nur eine Sollvorschrift ist, steht zu befürchten, dass bei einem Folgegesetz daraus eine Mussvorschrift wird.

Strittige Verteilung von Arztsitzen

Nach wie vor bleibt ungelöst, wie denn die verschiedenen Ärzteguppen definiert und abgegrenzt werden. Bislang gilt, dass, wenn eine Fachgruppe nicht eine Mindestzahl von absolut 1.000 deutschlandweit erreicht, für sie keine eigene Bedarfsziffer entwickelt wird. Dies erscheint willkürlich, weil insbesondere hoch spezialisierte Arztpraxen, wie die Rheumatologen, regional besser verteilt sein müssen, als weniger spezialisierte und zahlreichere Arztsitze, die zudem auch leichter von Nachbardisziplinen ergänzt werden können. Dass die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) für die regionale Umverteilung von Arztsitzen zuständig sind, macht die Sache nicht leichter. Schließlich sind KVen auch gewählte Vertreter gerade jener Ärztinnen und Ärzte, denen sie nun mit Zulassungsverbot bzw. Zulassungssteuerung ein Stück Niederlassungsfreiheit nehmen.

Insgesamt können wir feststellen, dass diese regionale, dirigistische Form der Verteilung von Arztsitzen ein Instrument aus dem Kasten der Planwirtschaft darstellt. Und wir wissen, dass es Planwirtschaften



Univ.-Prof. Dr. rer. pol. Günter Neubauer

bislang nur in der Theorie geschafft haben ihre Ziele zu erreichen. In der Realität gehen Planwirtschaften stets an dem Wollen und Handeln der Betroffenen vorbei und kämpfen somit einen vergeblichen Kampf. In letzter Konsequenz müssten Arztsitze verstaatlicht werden, d. h. Ärzte zu Angestellten des Staates oder der Krankenkassen werden, damit eine entsprechende stringente Planung auch durchgesetzt werden kann. Freilich gäbe es auch dann wieder eine Reihe von Ausweichstrategien, nicht zuletzt derart, dass die Zahl der Privatärzte entsprechend zunehmen würde und der Staat bzw. die Krankenkassen gezwungen wären, auch mit Privatärzten Verträge abzuschließen, da sonst die Versorgung auch in überversorgten Gebieten nicht sichergestellt werden könnte. In der Logik der Interventionsspirale müssten dann auch die Privatärzte der Planung unterworfen werden.

Facharzttermine, Zweitmeinung und Weiterbildung

Eine ähnliche planwirtschaftliche Maßnahme stellt das Gebot dar, den Versicherten bzw. Patienten innerhalb →

von vier Wochen einen Facharzttermin zu garantieren. Losgelöst von der Tatsache, dass schon heute in dringenden Fällen diese 4-Wochenfrist nicht nur eingehalten, sondern deutlich unterboten wird, bleibt die Vorstellung, dass damit die Ärzteversorgung besser werden könnte, Utopie. Es ist aber zu vermuten, dass sich dahinter Gruppen darauf vorbereiten, die vermeintlich bevorzugte Behandlung von Privatpatienten dadurch zu beseitigen, dass die Wartezeiten für beide Gruppen von Patienten pro Arzt egalisiert werden. Im Wahlkampf wird man hierzu sicherlich noch mehr hören.

Anderer Meinung kann man beim Zweitmeinungsverfahren sein. Zweitmeinungen sind zwar schon heute möglich, sind den Patienten aber zu wenig bekannt und werden folglich auch nur selten in Anspruch genommen. Hier wäre ein strukturiertes Verfahren, nach dem die Zweitmeinungen ablaufen sollten, hilfreich. Es ist zu erwarten, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) noch entsprechende Vorgaben machen wird.

Die Förderung von Weiterbildungsstellen für Allgemeinärzte sowie auch für weitere Primärärzte stellt zwar ebenfalls eine staatliche Direktive dar, doch hat der Staat, der ja Eigentümer der Universitätsklinika ist, durchaus das Recht hier entsprechend vorzugehen. Begrenzt wird das staatliche Eingriffsrecht durch die verfassungsrechtlich geschützte Freiheit von Lehre und Forschung. Freilich wird auch hier unterstellt, dass die staatliche Planung die Entwicklung richtig trifft und somit auch die richtigen Maßnahmen ergriffen werden.

Neu im VSG ist die Zusammenfassung der Selektivverträge zu Verträgen für besondere Versorgung. Diese Zusammenfassung und vor allen Dingen auch die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren (MVZ) für eine Fachrichtung ist ein Stück Flexibilisierung der Versorgung und ist von daher zu begrüßen.

Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung

Die ambulante-spezialfachärztliche Versorgung (ASV) hingegen, die thematisch auch hier einzuordnen ist – auch wenn sie im Gesetz an anderem Ort geregelt ist – hat sich bislang als wenig attraktiv erwiesen.

Freilich dürfte sich die Bedeutung der ASV für die beiden Fachrichtungen Onkologie und Rheumatologie unterscheiden. Für die Rheumatologie, die über eine deutlich geringere Versorgungsdichte als die Onkologie verfügt, ist die verstärkt koordinierte und auch kooperative Versorgung sicherlich sinnvoll. Insbeson-

dere die Einbeziehung von Labors, die vor dem Hintergrund der modernen Biologika hier wichtige Diagnosehinweise geben, ist hierbei eine Besonderheit. Doch bleibt die Frage, wie hoch die Hürden für eine ASV gelegt werden. Je höher die organisatorischen Ansprüche an das Ärzteteam, an abzuhaltende Kooperationsgespräche und auch an die Dokumentation gestellt werden, um so mehr verliert die ASV an Attraktivität.

Die positive Möglichkeit, ASV-Leistungen ohne Budget abzurechnen, gewinnt nur dort an Bedeutung, wo Ärzte heute ihr Regelleistungsvolumen (RLV) bereits voll ausschöpfen. Dies dürfte für die Mehrzahl der Rheumatologen der Fall sein. Dadurch bringt die ASV ökonomische Vorteile für die meisten Rheumatologen. Wenn auf der anderen Seite die Mehrvergütung für die ASV von den nicht teilnehmenden Fachärzten zu finanzieren ist, stört dies zumindest das Betriebsklima innerhalb der KVen. Da mit keinem großen Ausgabenvolumen zu rechnen ist, ist diese enge Gegenfinanzierung weder notwendig noch zielführend. Zumindest für eine Initiativphase hätte man hier eine großzügige Finanzierung gewünscht, zumal aus den Reserven des Gesundheitsfonds dies auf mittlere Sicht gut möglich wäre. ○

Zusammengefasst muss das VSG als ein Gesetz eingeordnet werden, das dem Trend der Zeit folgt und das Gesundheitssystem mehr und mehr durch Gebote und Verbote zu steuern versucht. Der Gegenentwurf, das Richtige attraktiv zu machen, indem bürokratische Hürden abgebaut und die Finanzierung über Boni entsprechend steuernd eingesetzt werden, tritt mehr und mehr in den Hintergrund. Wir wissen aber, dass Menschen, die durch staatliche Gebote und Verbote gelenkt werden, stetig nach Auswegen suchen. Letzten Endes ist das Erfindungspotenzial von Tausenden Betroffenen immer dem Gesetzgeber überlegen. Von daher kann man jetzt schon voraussagen, dass der Gesetzgeber in der nächsten Legislaturperiode genügend Anlässe haben wird, um das VSG nachzubessern.

Univ.-Prof. Dr. rer. pol. Günter Neubauer
IfG Institut für Gesundheitsökonomik
Nixenweg 2b
81739 München