



Foto: Martin Biedenbender/ pixelio.de

Von Prognosen zur Wirklichkeit

Von Maria Michalk, MdB

Auf der „Kritischen Webseite Gesundheitspolitik“ stieß ich neulich auf einen Artikel aus dem Jahr 2008, in dem die Frage „Was geschieht bis 2020 mit den niedergelassenen Ärzten in Deutschland?“ aufgeworfen wurde. Die Antwort kam prompt: Sie sterben aus! Als Ursache wurde die schlechte Honorierung im ambulanten Sektor ausgemacht. Ebenso das Risiko der Selbstständigkeit mit einem Regress- und Haftungsausmaß, dem sich junge Mediziner nicht mehr aussetzen wollen. Alle Gesundheitsreformen der letzten Jahre hätten nur ein Ziel, nämlich die gesamten Leistungserbringer in finanzielle Misslage zu bringen.

Kein Wort zur demografischen Entwicklung und kein Wort zu steigen-

den Gesundheitskosten und dem Erfordernis, unser hochqualifiziertes, modernes Gesundheitswesen bei veränderten versorgungsrelevanten Konstellationen ausgeglichen und innovativ zu gestalten.

Inzwischen sind acht Jahre vergangen und bis 2020 sind es noch vier. Wenn also die Prognose damals stimmig war, müsste der Prozess des Aussterbens niedergelassener Ärzte den Zenith bereits überschritten haben. Dem ist nicht so! Das belegen viele Fakten.

Berufswunsch Mediziner

Noch nie wollten so viele junge Menschen ein Medizinstudium beginnen. Bund und Länder beraten derzeit die Weiterentwicklung des Medizinstu-

diums. Die einen wollen die Studienplätze erweitern, die anderen nicht. Manche sprechen sich für die Landarztquote aus, andere lehnen diese ab. Einigkeit besteht darin, die Allgemeinmedizin als Prüfungsfach zu etablieren, um so mehr Interesse für die Berufsausübung als Hausarzt zu wecken. Und Hausärzte sind in der Regel nach wie vor niedergelassene Ärzte.

Form Medizinischer Versorgungszentren

In mehreren Stufen wurde das Gründen und Betreiben von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) aus Versorgungsgründen gesetzlich vorangetrieben. Einerseits kann die Anstellung eines jungen Mediziners im MVZ den Übergang in die Nieder-

lassung erleichtern, und zwar wirtschaftlich und fachlich. Andererseits haben Patienten kürzere Wege bzw. in ländlichen Räumen überhaupt eine Versorgung.

Unerlaubt ist nach wie vor der Besitz von MVZ in Händen von privaten Konzernen. Die Zulassung facharztgruppengleicher MVZ macht vor allem in großen unterversorgten Bedarfsplanungsregionen Sinn.

Wenn sich allerdings ausgerechnet in überversorgten Ballungszentren mehrere Zahnärzte, die keiner Bedarfsplanung unterworfen sind, zu einem Zahnarzt-MVZ zusammenschließen und jungen Zahnärzten durch lukrative Anstellungsverträge den Schritt in die Niederlassung im ländlichen Raum vergraulen, ist das politisch zu hinterfragen.

Die Diskussion um MVZ trägt kaum noch der Differenzierung zwischen Freiberuflichkeit und Selbständigkeit Rechnung. Das Wesen des freien Berufes Arzt ist stärker herauszustellen, denn sie ist ein Grundprinzip der ärztlichen Berufsausübung, gleich ob im MVZ oder in der eigenen Praxis.

Gebührenordnung

Für jeden freien Beruf ist eine eigenständige Gebührenordnung unerlässlich. Seit über 20 Jahren ist diese für Ärzte nicht mehr angepasst worden, obwohl sich gerade im medizinischen Bereich komplexe Behandlungsoptionen entwickelt haben. Deshalb muss deren Abbildung in der Gebührenordnung angepasst werden, statt mit nicht nachvollziehbaren Analog-Ziffern weiter zu arbeiten. Es wäre ein echter Fortschritt, wenn die Selbstverwaltung es aktuell schafft, die für das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient notwendige Transparenz in Vergütungsfragen zu beschließen.

Ambulant vor stationär

Dieser Grundsatz setzt sich mehr und mehr sowohl in der medizinischen Versorgung als auch in der

Pflege durch. Notwendige Operationen, erst recht nach Einführung der Zweitmeinungsverfahren, werden nicht nur in Krankenhäusern durchgeführt. Bundesweit zählen wir bereits rund 6 Millionen ambulante Operationen. Grundlage ist ein nach § 115 b Abs. 1 SGB V zwischen dem GKV-Spitzenverband, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinbarung vereinbarter Katalog. Er regelt die ambulant durchführbaren Operationen und sonstigen stationärsersetzenden Eingriffe und die damit einhergehenden einheitlichen Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte. So werden nicht nur Operationskapazitäten optimal genutzt, sondern auch für Patienten Vorteile sichtbar. Das Infektionsrisiko reduziert sich, der Zeitgewinn für alle Beteiligten ist erheblich und es kann immer auf die individuelle Situation Rücksicht genommen werden.

Immer stehen der behandelnde ambulante Arzt und die jeweilige Krankenkasse beratend zur Seite. Auch gibt es Online-Angebote als Navigator zur optimalen Entscheidung. Nicht zu unterschätzen sind veröffentlichte Befragungen zur Patientenzufriedenheit für die Abwägung in der jeweils persönlichen Situation.

Qualitätsnachweise sind sowohl im stationären, als auch im ambulanten Bereich erforderlich. Allerdings sind die Qualitätsberichte der Krankenhäuser viel bekannter und damit transparenter, als die der ambulanten Operationen. Deshalb setzen Versicherte u. a. auf Empfehlungen ihres Arztes. Nur darf für diese Empfehlung in keinem Fall irgendeine Gegenleistung fließen. Das ist nicht nur berufsrechtlich bedenklich, sondern wird nun auch durch das im Gesetzgebungsverfahren befindliche Gesetz zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen direkt adressiert. Dieses Beispiel zeigt, wie eng das Spannungsfeld zwischen notwendiger optimaler medizinischer Versorgung und dem Verdacht einer zu en-

gen Kooperationsbeziehung zwischen den Leistungserbringern ist.

Vor 30 Jahren war für die Operation des Grauen Stars noch eine Woche Krankenhausaufenthalt erforderlich. Heute wird das in aller Regel an einem Tag ambulant gemacht. Allein dieses Beispiel verdeutlicht den medizinischen Fortschritt und seine Chancen. Er bedeutet nicht zwangsweise immer nur mehr und zusätzliche Ausgaben durch ambulantes Operieren, sondern Effizienzvorteile für alle Beteiligten.

Fazit

Politik hat Zukunftsszenarien permanent im Blick. Rechtzeitig Vorkehrungen zu treffen, damit medizinische Versorgung unter gesellschaftlich veränderten Bedingungen weiterhin auf hohem Niveau erfolgen kann, ist und bleibt Tagesaufgabe. Die Zunahme an chronischen und Mehrfacherkrankungen bekräftigt die Notwendigkeit einer besseren Versorgungsforschung. Es geht in erster Linie immer um den Versicherten, bzw. den Patienten. Deshalb macht es Sinn, wenn Leistungserbringer gemeinsam die Potentiale des von 2016 bis 2019 aufgelegten Innovationsfonds nutzen und für die Zukunft neue Sektor übergreifende Versorgungsformen erproben. Das objektiviert Prognosen!

MARIA MICHALK, MdB



Maria Michalk ist Vorsitzende der Arbeitsgruppe Gesundheit der CDU/ CSU-Bundstagsfraktion und vertritt den Wahlkreis Bautzen in Berlin