

# Der Teufel steckt im Detail

Grundsätzliche Zustimmung und viel Detailkritik übten Vertreter von Ärzten und Krankenkassen auf einem Kongress zur Versorgungsforschung am geplanten GKV-Versorgungsstrukturgesetz.

von Jürgen Brenn



**Bernd Zimmer**,  
Vizepräsident der  
Ärztelkammer  
Nordrhein: Bedenken  
gegen „ungesteuertes  
Leistungssegment“.  
Foto: Erdmenger/  
ÄkNo

Das *GKV-Versorgungsstrukturgesetz* ist auf dem parlamentarischen Weg. Anfang September verabschiedete das Bundeskabinett den Entwurf von Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr. Am 23. September fand die erste Lesung im Bundestag statt. Derzeit beraten die Ausschüsse über den Entwurf, bevor voraussichtlich am 11. November der Bundestag und am 16. Dezember der Bundesrat darüber abstimmen. Das neue Gesetz soll zum 1. Januar 2012 in Kraft treten.

Der Gesetzentwurf der schwarz-gelben Koalition war das beherrschende Thema des 9. Rheinischen Kongresses für Versorgungsforschung in Düsseldorf. Das Institut für Medizin-Ökonomie und Medizinische Versorgungsforschung der Rheinischen Fachhochschule Köln hatte Referenten der Ärzte und der Krankenkassen eingeladen, einen kritischen Blick auf die bis dato vorliegenden Gesetzesvorlage zu werfen.

## Endlich keine Kostendämpfung

„Hier geht es endlich nicht um Kostendämpfung“, stellte Dr. Axel Neumann aus München fest. Der Präsident des Bundesverbandes für ambulantes Operieren attestierte dem *GKV-Versorgungsstrukturgesetz*: „Das ist wirklich ein Strukturgesetz.“ Er warnte davor, alles zu zerreden und appellierte, die Vorgaben aktiv und kreativ zu nutzen.

Auch die übrigen Referenten sahen im 181 Seiten umfassenden Gesetzentwurf gute Ansätze, wobei doch zu vielen Details Bedenken und Kritik geäußert wurde. Günter van Aalst, Leiter der Landesvertretung NRW der Techniker Krankenkasse, konstatierte, dass die vorgeschlagenen Maßnahmen zur Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung beitragen werden, aber einige Stellen des Gesetzes „Nachbesserungsbe-

darf“ hätten. So zweifelte er an, ob die vorgesehenen finanziellen Anreize, mit denen mehr Ärztinnen und Ärzte auf das Land gebracht werden sollen, den gewünschten Effekt entfalten werden. Das Gesetz sieht Preiszuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen oder Leistungsgebiete vor. Die Frage sei, wer über die Bedingungen und die Definition des Bedarfs bestimmen solle, so van Aalst. Auch der geplante Strukturfonds zur Förderung von Niederlassungen in unterversorgten Gebieten wird nach Ansicht des Krankenkassenvertreters zu kontroversen Diskussionen über die gerechte Verteilung des Geldes führen.

Viel grundsätzlichere Probleme sieht Bernd Zimmer, Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein. Auch wenn der Gesetzentwurf aus dem Gesundheitsministerium von einer „flächendeckenden, bedarfsgerechten und wohnortnahen medizinischen Versorgung der Bevölkerung“ als zentralem gesundheitspolitischem Anliegen spreche, so sei nicht klar, wer die Definitionsmacht über diese Begriffe habe, kritisierte Zimmer. Das Engagement der Koalition zur Sicherung und Verbesserung der ärztlichen Versorgung in Flächenregionen sowie die Steigerung der Attraktivität der ärztlichen Berufsausübung auf dem Land sind für ihn positive Aspekte des Gesetzentwurfs. Allerdings vermisst Zimmer konkrete Regelungen zur Behebung des Ärztemangels. Die Pläne für die sogenannte spezialärztliche ambulante Versorgung bezeichnete der Kammer-Vize als „ineffektiv und teuer“. Er befürchtet, dass sich dieser Bereich als ein „ungesteuertes Leistungssegment“ etablieren könnte, da keine Bedarfsplanung für die spezialärztliche Versorgung vorgesehen sei. Ebenfalls sieht Zimmer die Gefahr einer „Überregulierung“ der sektorübergreifenden Verzah-

nung. Der Gesetzgeber weist dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) die Ausgestaltung von Richtlinien zu, was in „unzulässiger Weise in bestehende, gesetzliche Regelungskompetenzen der Ärztekammer eingreift“, so Zimmer.

## Neue Arztsitze ohne Ärzte?

Bernd Brautmeier, Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein, dämpfte zu hohe Erwartungen bezüglich der in Aussicht gestellten neuen Instrumente bei der Bedarfsplanung. Zwar sei der Grundsatz begrüßenswert, die Bedarfsplanung den heutigen Bedürfnissen anzupassen, aber es falle auf, „dass die einzelnen Akteure mit den Plänen der Politik völlig unterschiedliche Erwartungen verbinden“. Politiker und Patienten erhofften sich eine bessere Verteilung der Praxen in der Fläche. Die Krankenkassen wünschten sich den Abbau einer von ihnen ausgemachten Überversorgung. Auch wenn die Abkehr von starren Strukturen und großen Planungsbereichen zu begrüßen sei, berge eine kleinräumige Planung auch die Gefahr, dass eine hohe Zahl von Arztsitzen in der Fläche generiert würde, die nicht besetzt werden könnten.

Das Mehr an Flexibilität, wozu auch das Instrument der regionalen Besonderheiten zählt, könne rasch zu Beliebigkeit führen, warnte der KV-Vorstand. Die „regionalen Besonderheiten würden es künftig erlauben, von den ohnehin weichen Kriterien der Bedarfsplanung abzuweichen“, sagte Brautmeier. Sie würden als Türöffner fungieren, um „nahezu jeden von Kommunalpolitikern und Bürgern gewünschten Praxisstandort planungsrechtlich irgendwie zu begründen“. Ob diese Arztsitze dann auch besetzt werden können, bezweifelte Brautmeier, denn Ärztinnen und Ärzte können nicht gezwungen werden, sich mit ihren Familien dort niederzulassen, von wo sich „die Sparkassenfiliale, die Post und zuletzt der Bäcker längst verabschiedet haben“. Deshalb sollte man nach Ansicht von Brautmeier die Sicherstellung der Versorgung „nicht mit der Illusion einer vollkommenen Gleichverteilung aller Praxen über die gesamte Fläche unserer Landes“ überfrachten.