

BMVZ-Forderungspapier für das geplante Versorgungsgesetz

In Hinblick auf das von der Bundesregierung geplante Versorgungsgesetz hat der BMVZ eigene Überlegungen angestellt und Forderungen formuliert, die auf den folgenden vier Seiten zusammengefasst dargestellt sind. Dabei geht es um Maßnahmen, mit denen aus Sicht des BMVZ – unter Anderem mit Hilfe der MVZ - auch künftig flächendeckend die ambulantärztliche Versorgung bezahlbar sichergestellt werden kann.

Übersicht

- 1) *Grundlegende Überlegungen*
- 2) *Konsequenzen & Forderungen*
- 3) *konkrete Lösungsansätze*

Grundlegende Überlegungen

Alle Lösungen müssen an den zugrunde liegenden Ursachen des drohenden Ärztemangels in den ländlichen Regionen ansetzen!

MVZ können dabei Ausgangspunkt dezentraler Versorgungsnetzwerke, die in solchen Regionen die Versorgung sicherstellen, sein!

Kernproblem der bestehenden Bedarfsplanung ist die räumliche Fehlverteilung der ambulant tätigen Ärzte mit einer drohenden Unterversorgung in ländlichen Regionen bei gleichzeitig bestehender Überversorgung in städtischen Gebieten. Über- und Unterversorgung sind dabei verschiedene Problemkreise und haben unterschiedliche Ursachen. Entsprechend hat ein Abbau der Überversorgung in Ballungsregionen kaum verbessernde Wirkungen auf die Versorgungssituation strukturschwacher Regionen.

Die direkte gedankliche und tatsächliche Verknüpfung beider Problemkreise behindert daher die konstruktive Abwehr des (drohenden) Ärztemangels in ländlichen Regionen. Dessen Ursachen sind vielfältig. Sie reichen von subjektiver Überforderung in der ärztlichen Präsenz, der mangelhaften Perspektive für die Ausbildung der Kinder, der allgemein schwachen soziokulturellen Infrastruktur dieser Regionen bis hin zu den finanziellen Problemen einer ländlichen Praxis, die sich aus den aktuellen Honorarbedingungen ergeben.

Hier könnten die neuen größeren und trägerbezogenen MVZ – z. B. auch im Verbund mit regionalen Kliniken - einen stabilen Organisationsrahmen der medizinischen Versorgung bieten. Das eher romantische Festhalten am Leitbild des einzeln tätigen Landarztes muss dabei angesichts der realen Lage überwunden werden.

Auch die Veränderungen in den Berufserwartungen der Ärzte erfordern - ebenso wie die Veränderungen in den Versorgungsansprüchen und -bedürfnissen der Bevölkerung - nachgerade flexible Versorgungskonzepte, die über die Vorstellung vom 'klassischen Landarzt' hinausgehen.

Wir brauchen in ländlichen Regionen daher eine bewusste Entscheidung für größere Organisationsformen in Versorgungsnetzwerken aus MVZ, Ärztenetzen, Gemeinschaftspraxen und festen Kooperationen mit regionalen Kliniken. Deren Bildung wird derzeit aber durch die bestehende Rechtslage, die immer noch die Einzelpraxis in den Mittelpunkt stellt, behindert.

Viele Vorgaben der geltenden Ärztezulassungsverordnung entspringen einem Weltbild der Abschottung und Wettbewerbsvermeidung zwischen den Praxen. Dazu gehören insbesondere alle Regelungen, die ein flexibles Angebot an unterschiedlichen Versorgungsformen behindern oder untersagen.

In Zeiten aber, in der die drohende oder bereits bestehende Unterversorgung im ländlichen Raum nicht mehr akzeptabel ist, verhindert dieser Ansatz eine adäquate Reaktion auf die unausweichlich kommende Versorgungslücke. Die starke zulassungsrechtliche Einengung von Zweigpraxen ist hier ein besonderes Hindernis, das durch gesetzliche Klarstellungen beseitigt werden muss.

In unterversorgten Regionen müssen zudem Konzepte der 'mobilen Arztpraxis' mit fachübergreifender Nutzung ermöglicht werden. Für solche notwendigerweise flexiblen Versorgungsformen ist die Einzelpraxis ungeeignet. Sie ist die Organisationsform für einen Standort, nicht aber für eine dezentral agierende, aber zentral organisierte Versorgung.

Dagegen sind MVZ und Ärztenetze schon eher in der Lage, diese Herausforderungen anzunehmen und die dabei anstehenden Managementanforderungen zu bewältigen. Die Rahmenbedingungen sollten daher gezielt für solche leistungsfähigen Anbieter weiterentwickelt und nicht etwa im Falle der MVZ durch Trägereingrenzung behindert werden.

Dazu bedarf es allerdings teils erheblicher Reformen der Zulassungsvorgaben und der Vergütungsstrukturen.

Daraus lassen sich die folgenden Konsequenzen ziehen ...

Konsequenzen & Forderungen – Teil I

- 1) Versorgungspässe im ländlichen Raum können nicht durch eine noch weiter gesteigerte 'Überplanung' beseitigt werden - insbesondere nicht, wenn diese wegen zu kleinräumiger Betrachtung die Bildung interlokaler Kooperationen verhindert - sondern müssen durch eine langfristige Neuausrichtung der Anreizsysteme behoben werden.
- 2) Die Versorgungslandschaft muss daher zwar kleinräumig betrachtet, darf aber nicht kleinräumig geplant werden. Eine künftige Bedarfsplanung muss konsequenterweise vor allem ebenso lokale wie flexible Möglichkeiten der Ausgestaltung der Versorgungssteuerung vorsehen und entsprechend eher mit Gestaltungsfreiheit denn mit Zentralismus gegen Ärztemangel vorgehen.
- 3) Daneben werden langfristig verlässliche Lösungen bei der Anreizsetzung gebraucht, da die große Unbeständigkeit der Rahmenbedingungen ärztlicher Versorgung, wie sie aktuell besteht, bereits als solche ein großes Niederlassungs- bzw. MVZ-Gründungshemmnis darstellt.
- 4) Mit der bloßen Konservierung der bestehenden Strukturen können die anstehenden Probleme nicht gelöst werden. Die Betrachtung muss sich folglich von der Perspektive des Einzelarztes aus Ausgangspunkt lösen und künftig einem mehr systemischen, mehr flächenorientiertem Ansatz folgen.
- 5) MVZ-Strukturen dürfen nicht als nachrangige Lückenbüßer betrachtet werden. Sie sind, im Gegenteil, sowohl in städtischen als auch in ländlichen Gebieten in der Lage, einen eigenständigen und kreativen Versorgungsbeitrag bei gleichzeitig hoher Unternehmensstabilität zu leisten.
- 6) Die Sicherstellung der ärztlichen Entscheidungsfreiheit in allen medizinischen Fragen der konkreten Versorgung der Versicherten sowie die rechtliche und tatsächliche Absicherung des besonderen Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient muss bei allen Überlegungen prioritär berücksichtigt werden. Die wirtschaftliche oder gesellschaftsrechtliche Unabhängigkeit der behandelnden Ärzte, bzw. dessen gesellschaftsrechtliche Stellung ist dafür jedoch nicht das maßgebliche Kriterium.

Im Ergebnis schlagen wir konkret die folgenden Lösungsansätze vor ...

Konsequenzen & Forderungen – Teil II

- 1) Ermöglichung regional individueller Versorgungslösungen unter Berücksichtigung der bereits bestehenden Träger- und Strukturvielfalt durch Schaffung entsprechender Rechtssicherheit bei den finanziellen und organisatorischen Rahmenbedingungen.
- 2) Beendigung der Debatte über die Trägerschaftseingrenzung für MVZ. Stattdessen Initiierung eines konstruktiven Diskurses über die Aufgaben- und Kompetenzabgrenzung zwischen ärztlicher und kaufmännischer Leitung in medizinischen Einrichtungen.
etwa durch ...
Einfügung eines Absatzes 1a in § 95 SGB V
'Ärztliche Leitung im MVZ'
- 3) Abbau von Negativreizen bei der Etablierung moderner Versorgungsstrukturen durch Nachbesserungen im Zulassungsrecht und im SGB V. Dadurch Ermöglichung trägerbasierter Versorgungslösungen in Form von Ärztenetzwerken und/oder MVZ-Strukturen, die von einem (klein-)städtischen Zentrum aus durch Filialisierung Versorgungsnetze für unterversorgte Regionen organisieren.
etwa durch ...
Einfügung eines Absatzes 4c in § 103 SGB V
'bedarfsplanungsneutraler Wechsel angestellter Ärzte in den Vertragsarztstatus'
Änderung § 24 Absatz 3 Ärzte-ZV
'Klarstellung zur Nicht-Erfordernis der Fachidentität bei Zweigpraxen'
Änderung § 103 Absatz 4 SGB V
'Klarstellung zur Ausschreibungsfähigkeit einzelner Zentrumssitze'
- 4) Dauerhafte Aufhebung der Fallzahlbegrenzungen in strukturschwachen Regionen und entsprechende Anpassung der Plausibilitätsrichtlinien.
- 5) Erweiterung der Delegationsmöglichkeiten ärztlicher Leistungen im ländlichen Raum. Lockerung der Vorschriften zur ärztlichen Residenzpflicht.
- 6) Anpassung des ärztlichen Berufsrechtes an bestehendes Arbeitnehmerrecht durch Korrektur dazu im Widerspruch stehender zulassungs- und berufsrechtlicher Vorgaben
etwa durch ...
Änderung § 95 Absatz 6 SGB V
'Klarstellung zu Länge der Nachbesetzungsfristen'
Änderung § 32 Absatz 1 Ärzte-ZV
'Klarstellung zu den Vertretungsmöglichkeiten von angestellten Ärzten'
- 7) Beseitigung der Mauern in der Leistungshonorierung zwischen den Sektoren: Fairer Wettbewerb zwischen Klinik und Praxis durch gleichartige Budgets und der Abschaffung einseitiger Budgetdeckelungen.