

AOK:

Mit Stilllegungsprämien gegen den Ärztemangel – Kritik am "Privateigentum Arztsitz"

Die AOK spricht nach wie vor von „Verteilungsproblemen“, wenn es um das Thema Ärztemangel geht. Karl-Heinz Schönbach, Geschäftsführer Versorgung des AOK-Bundesverbandes, ist sogar überzeugt: „Das Schwadronieren von einem allgemeinen Ärztemangel soll davon ablenken und weitere Einkommenszuwächse für diese Berufsgruppe politisch hoffähig machen.“

Schönbach betont in einer ausführlichen Stellungnahme, dass von einem allgemeinen Ärztemangel keine Rede sein könne. „Sprachen die Beteiligten bereits in den 90er Jahren von einer Ärzteschwemme, hat sich die Zahl der Mediziner inzwischen allein von 1998 bis 2008 noch einmal um elf Prozent erhöht. Der Wissenschaftsrat belegt, dass sich die Absolventenzahlen in der Medizin auf hohem Niveau stabil entwickeln. Es gibt aber zunehmend ein „Verteilungsproblem“, erläutert er im AOK-Magazin „Gesundheit + Gesellschaft“.

In einigen ländlichen Räumen würden daher langfristig Sicherstellungsfragen zu lösen sein, wenn dort entstehende Infrastrukturprobleme auf den Gesundheitssektor übergriffen. „Wo Bäcker und Bank für immer schließen, besteht auch für Ärzte wenig Anreiz sich niederzulassen. Selbst in Ballungsräumen vermissen einkommensschwache Bezirke lokale Arztsitze. Kinderärzte fehlen gerade dort, wo sie am meisten benötigt werden. Einer sich verfestigenden Überversorgung in den Städten stehen lokale Versorgungsprobleme in strukturschwachen Gebieten gegenüber. Die heutige Bedarfsplanung „versagt“, resümiert der Geschäftsführer.

Es würden derzeit weder der Bedarf noch die Versorgung geplant, sondern vorübergehend punktuell Niederlassungsrechte verwehrt. Das Ergebnis seien beträchtliche regionale Versorgungsunterschiede. „Ärzte aber dorthin zu bringen, wo sie dringend gebraucht werden, wird nicht gelingen, solange frei werdende Arztsitze in überversorgten Gebieten immer wieder besetzt werden können. Daran wird sich auch kaum so schnell etwas ändern lassen, denn Arztsitze werden heute als Privateigentum angesehen. Obwohl ihr Wert erst durch die öffentlich-rechtliche Planung entsteht, können Ärzte sie privat verkaufen“.

Daher wehrten sie sich mit Händen und Füßen dagegen, dass überzählige Sitze planungsrechtlich gestrichen werden. Dort seien gesetzliche Neuregelungen erforderlich. Schönbach: „Verfassungsrechtler sehen keine Hindernisse für das Bundesrecht, diese Frage im Sinne des Gemeinwohls zu gestalten. Als ersten Schritt könnten die Kassenärztlichen Vereinigungen in überversorgten Bezirken Stilllegungsprämien aus dem Vorwegabzug für Sicherstellungsaufgaben finanzieren, wenn mit dem Zulassungsausschuss dazu Einvernehmen erzielt wurde“.

Blitzinformation

Bis heute fehlten Instrumente, die Versorgung nach dem Bedarf der Versicherten planvoll zu beeinflussen, von vereinzelt Sicherstellungszuschlägen und Sonderbedarfszulassungen als Notmaßnahmen abgesehen. Und die eingeleitete Steuerung über Zuschläge bei Unterversorgung setze das neue GKV-Finanzierungsgesetz gerade aus. Die AOK plädiere für eine flexible Raumplanung. „Konzeptionell übereinstimmend mit dem GKV-Spitzenverband und ähnlich dem DKG-Modell unterscheidet der AOK-Bundesverband eine auf den ambulanten Sektor gründende haus- und fachärztliche Grundversorgung von einer sektorenübergreifenden, spezialärztlichen ambulanten Versorgung. Gefordert wird eine nicht allein am historischen Arzt-Einwohner-Verhältnis in starr festgelegten Bezirken orientierte Bedarfsplanung“, erklärt Schönbach.

Die derzeit bundesweit 395 zentral vorgegebenen Planungsbereiche müssten nach AOK-Vorstellungen durch eine intelligente Raumplanung abgelöst werden. Ein sinnvoller äußerer Planungsraum sei die Region einer Kassenärztlichen Vereinigung. „Innerhalb des Planungsraums sollen die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen genügend Spielraum erhalten, um darin jeweils bedarfsgerechte Planungsbereiche anforderungsgerecht zu bestimmen und flexibel auf lokale Unterschiede und Bedarfe zu reagieren“, skizziert der AOK-Mitarbeiter.

Diese flexible Raumplanung müsse – so die Überlegungen des AOK-Bundesverbandes – nach Versorgungsstufen gemäß Patientenzugang und Leistungsspektrum erfolgen: die ärztliche Primärversorgung, die allgemeine fachärztliche Versorgung und die spezialisierte fachärztliche Versorgung beziehungsweise „spezialisierte Leistungen“. Zur ersten Versorgungsstufe zählten hausärztlich tätige Mediziner (Allgemeinmediziner, Internisten, praktische Ärzte und Kinderärzte sowie Augenärzte und Frauenärzte). Zur zweiten Versorgungsstufe würden Facharztgruppen wie Hautärzte, Hals-Nasen-Ohren-Ärzte, Urologen, Orthopäden, Psychiater und Psychotherapeuten, aber auch Chirurgen, Neurologen und Radiologen gerechnet. Die dritte Versorgungsstufe umfasse sowohl fachärztliche ambulante Leistungen als auch die ambulante Behandlung im Krankenhaus.

Jeder Versorgungsstufe seien dann geeignete Planungsparameter zuzuordnen, die für die Raumplanung auf Landesebene ausschlaggebend sind. „Für die primärärztliche Versorgung gelten kleine Planungsräume, kurze Wegezeiten, gute Anbindung an den Nahverkehr und das Alter der zu versorgenden Bevölkerung als relevante Kriterien. Die Planungsparameter für die allgemeine fachärztliche Versorgung sollten sich an der Häufigkeit der Inanspruchnahme und dem Versorgungsbedarf orientieren, die Planungsräume sind weiter zu fassen als bei der Primärversorgung. Die fachärztliche Versorgung ist in allen Versorgungsstufen sektorenübergreifend zu planen.“ Die Arzt-Einwohner-Verhältniszahlen müssten neu und mit einem demografischen Faktor bestimmt werden. „Eine abstrakte Bestimmung von Erkrankungs-raten ohne Kenntnis des tatsächlichen Behandlungsbedarfs ist aus Sicht der AOK nicht zielführend.“

Blitzinformation

Gerade bei lokaler Unterversorgung stößt die Planung laut Schönbach aber an ihre Grenzen. Unterversorgung ergebe sich meist, weil infrastrukturelle Defizite in einigen Regionen auf das Gesundheitswesen übergriffen. „Diese Infrastrukturmängel lassen sich nicht wegplanen. Hier ist regionale Förderung gefragt. Nach Auffassung der AOK eignen sich dafür Niederlassungsanreize unterschiedlicher Art. In diesem Zusammenhang wird beispielsweise eine Studienförderung mit anschließender Landarztzeit diskutiert. Weitere Instrumente sind: Eine Entlastung der Ärzte durch bessere Zusammenarbeit mit nichtärztlichen Berufen, die telemedizinische Verknüpfung mit Spezialisten, der Einbezug der Krankenhäuser in die ambulante Versorgung und eine Differenzierung bei der Vergütung zwischen unter- und überversorgten Gebieten.“

Quelle: eilmeldung_bounce@facharzt.de – 17.1.2011