



12. Berliner Gespräche zum Gesundheitswesen

4. November 2011, Auditorium Friedrichstrasse

Tagungsbericht

Versorgungsstrukturgesetz auf dem Prüfstand

Berlin, 4. November 2011 – Der Illusion, dass mit dem Inkrafttreten des Versorgungsstrukturgesetzes am 1. Januar 2012 die anstehenden Probleme der medizinischen Versorgung in der Bundesrepublik nachhaltig gelöst werden, gab sich anlässlich der 12. Berliner Gesundheitsgespräche kaum jemand hin. Vielmehr wurde der Wunsch laut, der Gesetzgeber möge die Kritik als Anregung für die weitere Ausarbeitung nutzen. Gleichwohl war es den Anwesenden bewusst, dass Nachbesserungen in der verbleibenden knappen Zeit kaum zu einem großen Wurf führen können. Als besonders strittige Punkte des Gesetzgebungsvorhabens hatte die Tagungsagenda die ambulante spezialärztliche Versorgung nach § 116 b SGB V und die Neuorganisation der Medizinischen Versorgungszentren aufgegriffen. Die kontroverse Diskussion der beabsichtigten Regelungen durch die einschlägigen und prominenten Referenten, aber auch die in großen Teilen konstruktiven Rückfragen aus dem Publikum lassen vermuten, dass das letzte Wort zu diesen Themen lange noch nicht gesprochen ist.

Der Initiator der Veranstaltung Dr. Peter Wigge, Fachanwalt für Medizinrecht, Rechtsanwälte Wigge, Münster freute sich in seiner Begrüßung über das große Interesse, welches sich in dem vollbesetzten Sitzungssaal des Auditoriums Friedrichsstraße niederschlug. Mitbegründend sei gewiss die aktuelle Brisanz des Themas. Auch Co-Moderator Prof. Dr. Stefan Huster vom Lehrstuhl für Staats- und Verwaltungsrecht mit besonderer Berücksichtigung des Sozialrechts von der Ruhr-Universität Bochum, hob darauf ab, dass der Zeitpunkt der Veranstaltung mit der heißen Phase der Diskussion des Gesetzentwurfs zusammenfällt. Seiner Einschätzung nach würde das Versorgungsstrukturgesetz aufgrund des sich abzeichnenden Diskussionsbedarfs gleich für mehrere Veranstaltungen reichen.

Vom „Landarztgesetz“ zum Vorhaben mit zukunftsweisenden Akzenten

Den inhaltlichen Überblick des Gesetzentwurfs zum GKV-VStG lieferte Ministerialrat Joachim Becker, Unterabteilungsleiter Krankenversicherung des Bundesministeriums für Gesundheit, Bonn. Seiner Ansicht nach setzt das Vorhaben neue, zukunftsorientierte Akzente. Als solche seien aus dem Koalitionsvertrag der derzeitigen Bundesregierung abgeleitet die

Flexibilisierung der Bedarfsplanung, die Neuregelungen zu Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), die Spezialärztliche Versorgung sowie die Behandlung der Bereiche Innovation, Vergütung und Wettbewerb. Becker erläuterte die auf Philipp Rösler fußende und als „Landarztgesetz“ publik gewordene Idee, Anreize für die Niederlassung in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebieten zu schaffen. Zudem ging er auf die Kritik der Länder ein, dass eine Anpassung an die reale Versorgungssituation mittels Aufkauf von Kassenarztsitzen durch die KV vorgesehen ist. In den vorgesehenen Änderungen im Zusammenhang mit Medizinischen Versorgungszentren sieht Becker eine Stärkung der Freiberuflichkeit von Ärzten, welche im Wesentlichen durch die Beschränkung der Gründungsberechtigung, die Regelung der Vorkaufsrechte für Vertragsärzte und den Bestandsschutz bedingt sei. Entgegen laut gewordenen Bedenken gegenüber den Neuregelungen, beurteilte Becker diese als durchführbar und verfassungsrechtlich haltbar. Mehr Verständnis für heiße und kontroverse Diskussionen brachte Becker im Zusammenhang für Änderungen im Zusammenhang mit § 116 b auf. Er betonte, dass es ihm hier um die „Spezialfachärztliche Versorgung“ ginge und zwar mit der Betonung auf „fach“ - auch wenn dies so nicht ausdrücklich im Gesetz stehe. Den Gesetzentwurf wollte er zudem nicht als fertiges Konzept verstanden wissen, sondern als eines das die ambulante spezialärztliche Versorgung durch Lösung der Schnittstellenproblematik niedergelassener Arzt/Krankenhaus und Förderung sektorenübergreifender Strukturen stufenweise verankert. Unter anderen nannte er dazu als mögliche Maßnahmen die Konkretisierung und Ergänzung dieses Versorgungsbereiches durch den G-BA im Rahmen gesetzlicher Vorgaben durch Richtlinien sowie die kontrovers diskutierten Kooperationsverpflichtungen, die helfen könnten, dass sich die Akteure der ambulanten spezialärztlichen Versorgung nicht gegenseitig Steine in den Weg legen. Trotz der angedeuteten offenen Punkte war Becker zuversichtlich, dass der Zeitplan des Inkrafttretens eingehalten würde. Noch zu bewältigende Schritte seien bis dahin der Abschluss am 30. November 2011 im Gesundheitsausschuss des Bundestags und die Sitzung des Bundesrats am 16. Dezember 2011.

Schaffung eines neuen Versorgungsbereichs

Perspektiven für die zukunftsweisende Ausgestaltung der Spezialärztlichen Versorgung zeigte der kurzfristig ins Programm aufgenommene Vortrag „Spezialärztliche Versorgung - Plädoyer für einen neuen Versorgungsbereich“ von Dr. Wulf-Dietrich Leber, GKV-Spitzenverband, Abteilung Krankenhäuser. In seiner Ausgangsthese stellte er fest, dass in der Bundesrepublik kein Hausärztemangel vorherrsche, sondern eine Fehlverteilung aufgrund falscher Anreize bestehe. Insofern müsse die Gesetzgebung an zwei Stellen agieren. Einerseits sei der bislang nicht berücksichtigte Abbau der Überversorgung anzugehen und andererseits die Stärkung der unterversorgten Gebiete durch ein Maßnahmenbündel zu leisten, das mehr regelt als allein das Landarztproblem. Bezüglich der Spezialärztlichen Versorgung beklagte er vornehmlich den inkonsistenten Ordnungsrahmen der aktuell dazu führe, dass „zwei Dutzend verschiedene Rechtsformen, die spezialärztliche Versorgung übernommen haben“. Leber forderte, dass der neue § 116 b dieses „Durcheinander“ ordnen und eine Dreiteilung der ambulanten Versorgung bewerkstelligen möge, so dass ambulante Leistungen durch niedergelassene Ärzte, durch Krankenhäuser und spezialärztliche Einrichtungen gleichermaßen erbracht werden könnten. Jedoch nannte er im Zusammenhang mit § 116 b auch Wirtschaftlichkeitsproblemen, wie etwa den Anstieg von Arzneimittelausgaben, denen zu begegnen sei. Den künftig beabsichtigten Zulassungsanspruch im Sinne eines „Wer kann der

darf“ wertete er als eine Reaktion auf das Länderversagen in der Handhabung des Zulassungsverfahrens und empfahl hinsichtlich der Bewertung von Innovationen, diese in Expertenhand zu belassen. Grundsätzlich warnte er vor der Gefahr, dass die spezialärztliche Versorgung ohne Mengensteuerung zu erheblichen Ausgabensteigerungen führen könne. Um dem zu entgehen, unterbreitete Leber den Vorschlag entweder eine spezialärztliche Bedarfsplanung vorzusehen oder Direktverträge der Kassen mit Ausschreibung für gekennzeichnete Leistungen zu ermöglichen. In besonderem Maße betonte er jedoch, dass der GKV-Spitzenverband keine Verdoppelung der Überversorgung in der spezialärztlichen Versorgung wolle. Es sei nicht vertretbar, so Leber, die bestehende Überversorgung in Ballungsräumen zu zementieren und kranke Menschen in ländlichen Raum ohne ärztliche Versorgung dahinsiechen zu lassen, während in den Ballungsräumen die Gesunden operiert würden. Zudem sei nicht akzeptabel, dass „jeder der kann auch darf“. Seine abschließende Forderung an die Neuregelung von § 116 b waren ein separates Zulassungssystem und die Zulassung spezialärztlicher Versorgung auf Zeit.

Unkonventionelle Wege anstelle gesetzlicher Regelungen

Ministerialdirigent Dr. Gerhard Knorr, Abteilungsleiter Krankenhausversorgung, Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit, der zu Beginn seines Vortrages den Hinweis darauf gab, er befinde sich bekanntermaßen im argumentativen Streit mit seinem Vorredner, ließ mit Spannung erwarten wie er die spezialärztliche Versorgung nach § 116 b aus Sicht des Bundeslandes Bayern beurteilen würde. Knorrs Vortrag „Sektorenübergreifende regionale Versorgungsplanung aus Sicht der Bundesländer“ geriet dann auch letztlich zu einem Plädoyer dafür, nicht einem Regelungswahn zu verfallen. Knorr stellte die Frage: „Muss alles geregelt werden oder können auch andere Wege gegangen werden?“ Dass Knorr auch unkonventionelle Wege und Methoden befürwortet, machte er an einem Beispiel aus dem Bereich der Neonatologie deutlich. Hier haben die beteiligten Akteure einer Region durch Absprachen in Selbstverantwortung und im Sinne einer qualitätssichernden Maßnahme ein Versorgungsproblem zum Wohle der Patienten lösen können. Bezogen auf das im Gesetzentwurf „Gemeinsame Landesgremien“ nach § 90 a S 63 V machte er deutlich, dass sein Bundesland davon nicht Gebrauch machen werde. Für Bayern merkte Knorr an, seien bestimmte planerische Entscheidungen aufgrund des Ärztemangels in einigen Regionen zudem gar nicht umsetzbar. Insofern stimmte er Leber in dem Punkt zu, dass bislang eine Struktur für die spezialärztliche Versorgung fehle. Für ihn sei aber das entscheidende Moment in der großen Emotionalität und dem besonderen Konfliktpotential begründet. Solange niedergelassene Ärzte einen Antrag nach § 116 b durch ein Krankenhaus als „Kriegserklärung“ betrachten würden und dieses aufgrund ihrer Verbotsvorbehaltsmöglichkeit zur Zurücknahme des Antrags zwingen könnten, nutze eine rechtliche Regelung der Versorgungsrealität nicht. Nach Ansicht Knorrs müsse in erster Linie das Miteinanderreden gefördert werden, damit eine bessere Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Krankenhäusern und Krankenversicherungen möglich und die hohe Emotionalität des Themas beherrschbar würde.

Wettbewerbsgleichheit durch Neuordnung der ambulanten Versorgung

Das spezifische Schnittstellenproblem zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten bestätigend, begann Prof. Dr. Jürgen Wasem, Alfred Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehr-

stuhl für Medizinmanagement Universität Duisburg-Essen seinen Vortrag. Betonend, dass man es mit einer Dauerbaustelle zu tun habe, deren Spielregeln vom Gesetzgeber seit 1989 vielfach modifiziert und mit unterschiedlichem Fokus betrachtet wurde, referierte er über „Auswirkungen der Neuordnung der ambulanten fachärztlichen Versorgung auf den Wettbewerb“. Dass aus seiner Sicht ein grundlegender Reformbedarf bestehe, verdeutlichte er am Beispiel der ambulanten Onkologie. Die spezialisierte fachärztliche Versorgung in diesem Bereich wird geleistet durch niedergelassene Vertragsärzte, durch Krankenhäuser nach § 116 b SGB V sowie teilstationär und durch Hochschulambulanzen. Da es keinen konsistenten und einheitlichen Ordnungsrahmen mit dem Fokus auf Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung gäbe, würden laut Wasem für die unterschiedlichen Akteure unterschiedliche Regelungen gelten, was insbesondere aus Patientensicht weder begründbar noch nachvollziehbar sei. Als Zielsetzungen postulierte er daher die „Herstellung von Voraussetzungen, die eine effiziente, bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung gewährleisten, unabhängig von den Zugangswegen“. Als einen möglichen Ansatz in diese Richtung, der dabei zugleich die Problematik von Sektorengrenzen überwindet, nannte Wasem die „Schaffung eines Versorgungssektors „Ambulante Onkologie“ der sich als „Prototyp für einen Sektor Ambulante spezialärztliche Versorgung“ eigne. Ein solcher Versorgungsbereich müsse je nach Indikationen des Fachgebiets im Rahmen der Konkretisierungen durch den G-BA ausgestaltet werden. An ihm teilnehmen dürften die Leistungserbringer aus den bislang getrennt geregelten Zugangswegen, sofern sie die Zulassungsvoraussetzungen erfüllen und über evtl. vom G-BA geforderte Kooperationsverträge verfügen. Auf eine Bedarfsplanung solle verzichtet und ein eigenständiges extrabudgetäres, bundesweit einheitliches Vergütungssystem auf Basis dreiseitiger Verträge entwickelt werden. Für den Wettbewerb würde dieser neue Versorgungsbereich laut Wasem grundsätzlich die Chance für Wettbewerbsgleichheit eröffnen, indem gleiche Regelungen für unterschiedliche Akteure gelten. In der Onkologie gelte es als Normalfall, dass Patienten aus der stationären in die ambulante Versorgung überführt würden. Daher sei ein Instrument nötig, welches verhindere, dass die niedergelassenen Ärzte ausgetrocknet würden. Im Hinblick auf die Regelungen zu Kooperationsvereinbarungen, Vergütung und Bedarfsplanung sei insofern laut Wasem besonderes Fingerspitzengefühl gefragt, wenn man das System nicht lahm legen wolle.

Neuorganisation von Medizinischen Versorgungszentren

Als weiteren strittigen Punkt des GKV-VStG behandelten die 12. Berliner Gesundheitsgespräche die Neuorganisation der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Einen detaillierten Vergleich bestehender und geplanter Regelungen lieferte der Initiator der Veranstaltung Dr. Peter Wigge in seinem Vortrag „Vertragsarztrechtliche und gesellschaftsrechtliche Anforderungen an die Binnenstruktur von MVZ“. Bezüglich der Frage, wer zukünftig als Gründer von MVZ zulässig ist, arbeitete er heraus, dass darunter nicht mehr „ermächtigte Ärzte“ nach § 116 SGB V zu fassen sind, sondern „zugelassene Ärzte“ gemäß § 95 Abs. 1 Satz 1 SGB V sowie „zugelassene Krankenhäuser“ i.S.v. §§ 107, 108 SGB V, „gemeinnützige Träger, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen und „gemeinnützige Träger, die nichtärztliche Dialyseleistungen nach §126 Abs. 3 erbringen“. Der Gesetzgeber begründe diese Festlegung durch Erfahrungen, „dass medizinische Versorgungszentren besonders in den kapitalintensiven Bereichen wie der Labormedizin oder der operierenden Augenheilkunde immer häufiger von Investoren gegründet werden, die

keinen fachlichen Bezug zur medizinischen Versorgung haben, sondern allein Kapitalinteressen verfolgen.“ In dieser vermeintlichen „Angst vor Heuschrecken in der ambulanten Versorgung“ sah Wigge eine klare Bevorteilung gemeinnütziger Träger als Gründer für MVZ. Im Zusammenhang mit der Änderung der zulässigen Rechtsform für MVZ zeigte Wigge auf, dass die neue Regelung im Vergleich zu bisherigem Recht grundlegende Abweichungen mit sich bringt. Und zwar hinsichtlich der ärztlichen Tätigkeit, des möglichen Gesellschafterkreises und deren Tätigkeit im MVZ, der Leitung und Geschäftsführung des MVZ sowie der Verteilung der Mehrheit von Gesellschaftsanteilen und Stimmrechten. Mit einem Hinweis auf die Bestandsschutzklausel, die den Betrieb bestehender MVZ sichert sowie einer Darlegung und ausführlichen Bewertung der komplizierten Neuregelungen von Vorkaufsrecht und Nachfolgeregelung vervollständigte Wigge seine Ausführungen zur Neuorganisation der MVZ. Als Schlusspunkt seines Vortrags stellte er die Frage in den Raum, ob bzw. inwieweit das GKV-VStG eine systemgerechte Lösung der Versorgungsprobleme biete.

Probleme für Versorgungsrealität durch gesetzliche Einschränkungen zu MVZ

Die Bedenken Wiggens bezüglich der Neuorganisation von MVZ teilte Franz Knieps, Partner Wiese Consult, Berlin. In seinem Vortrag „Gesetzliche Einschränkungen bei Gründung und Betrieb von Medizinischen Versorgungszentren – Ein juristischer und versorgungspolitischer Holzweg?“ verwies er darauf, die Probleme des aktuellen Gesetzgebungsvorhabens seien in der Tatsache begründet, dass die Politik heute über keine klaren Zielvorstellungen und Visionen verfügt, wie Versorgungsstrukturen aussehen sollen, sondern sich selektiv an Interessen von Lobbyisten orientiere. Die Idee Medizinischer Versorgungszentren stehe in der Tradition der in der ehemaligen DDR existierenden Ambulatorien und Polikliniken, die nach der Wende abgeschafft wurden. Entsprechend habe die Gesetzgebung versucht, Strukturen neu zu schaffen, die bereits etabliert waren. Die Intention zur Aufnahme von Medizinischen Versorgungszentren in das SGB V bestand einst u.a. in der besseren Verzahnung ambulanter und stationärer Versorgung bei gleichzeitiger Förderung des Wettbewerbs zwischen den Sektoren. Heute sieht Knieps die Notwendigkeit von Medizinischen Versorgungszentren als Form ambulanter Versorgung neben Berufsausübungsgemeinschaften vor allem in den Bedürfnissen der künftigen Ärztegenerationen begründet. Der hohe Anteil weiblicher Medizinstudenten erfordere Beschäftigungsmöglichkeiten, die eine Arztstätigkeit mit besserer Vereinbarkeit von Beruf und Familie ermögliche. Des Weiteren seien die Verschuldungsbereitschaft junger Mediziner und ihr Wille unternehmerisch zu agieren anders gewichtet als in der Vergangenheit. Problematisch und juristisch bedenklich erweise sich das Gesetzgebungsvorhaben zu Gründung und Betrieb von MVZ laut Knieps in der Frage, wer als Betreiber zulässig ist. Der derzeitige Entwurf beinhalte eine Bevorteilung von Krankenhäusern und biete Unsicherheiten für Investoren. In der Vertragsärzteschaft, die eigentlich gestärkt werden solle, sei - nicht zuletzt wegen der enthaltenen komplizierten Nachfolgeregelung - ein Grundmisstrauen gegenüber dieser Organisationsform zu spüren. Ohne eine Nachbesserung der geplanten Regelungen befinde sich seiner Einschätzung nach der Ausbau der zukünftigen Versorgungsstrukturen tatsächlich auf dem Holzweg.

Notwendigkeit verlässlicher Rahmenbedingungen für MVZ

Grundsätzliche Vorbehalte gegen die Regelungsaktivitäten des Gesetzgebers ließ auch Dr. Winfried Leßmann, Geschäftsführer RNR Medizinische Versorgungszentren GmbH, Lever-

kusen verlauten. Ihn störe vor allem, dass in der Politik nichts Bestand habe. Er mahnte an, eine sektorenübergreifende Versorgung könne nicht per Gesetz verordnet werden, wenn die Bereitschaft bei den Beteiligten nicht gegeben sei. In seinem Vortrag „MVZ als flächendeckender Versorger im Bereich hochspezialisierter Leistungen“ konnte er aufzeigen, dass RNR auf Basis der bisherigen MVZ-Regelung ein tragfähiges Modell auf die Beine gestellt hat. Aus der Keimzelle einer GbR mit 68 Gesellschaften wurde eine Aktiengesellschaft gegründet. Heute stellt sie einen Verbund von Medizinischen Versorgungszentren dar, der mit 800 Mitarbeitern 15% der Radiologie- und 20% der Strahlentherapieleistungen im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein erbringt. Mit Standorten in 13 Städten trägt RNR in den Fachbereichen Radiologie, Strahlentherapie, Nuklearmedizin, Neurologie und Onkologie zur Sicherstellung der Patientenversorgung in NRW bei. Die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten ist durch Kooperationsverträge geregelt. Leßmann betonte diesbezüglich, das Modell bestehe nicht in der Übernahme von Arztpraxen, sondern habe zwecks Verzahnung des ambulanten mit dem stationären Sektor deren Angliederung an die stationäre Versorgung im Visier. Dabei ziele man auf die Entwicklung einer standortbezogenen Strategie als Komplettversorger für das Krankenhaus und könne durch die spezifische MVZ-Struktur eine Produktivitätssteigerung von bis zu 50 Prozent erreichen. Das bestehende Vergütungssystem halte er nicht für optimal, jedoch ließe sich die Einnahmesituation durch Ausweitung höher bezahlter Leistungen und Quersubventionierung verbessern. Insofern verstehe sich RNR als Massenservorger in der Radiologie und Strahlentherapie. Aus Sicht Leßmanns ist ein derartiger Ansatz eines Discounters kein Widerspruch zu hochqualitativer Medizin. Bewusst sei ihm aber, dass die geplanten Neuregelungen für MVZ die Rahmenbedingungen verschieben werden. Trotz der Bestandschutzklausel der das gelebte RNR-Modell unterliege, werde dasselbe in Frage gestellt, wenn die nach seiner Einschätzung politisch gewollte Einheitsversicherung komme und die derzeitige Quersubventionierung nicht mehr funktioniere.

Fazit und Ausblick

In seinem Schlusswort fasste Co-Moderator Dr. med. Ulrich Oesingmann, Präsident des Bundesverbandes der Freien Berufe, Dortmund, die Herausforderungen einer zukünftigen ambulanten Versorgung zusammen. Hier betonte er, dass vor allem Strukturen geschaffen werden müssten die den Bedürfnissen der weiblichen Mediziner gerecht würden und es der nachrückenden Ärztegeneration ermöglichen die Arztstätigkeit auszuüben, ohne zugleich Unternehmer sein zu müssen. Dies sei mit MVZ möglich. Gleichmaßen müsse die Gesetzgebung den Blick auf diejenigen und deren Bedürfnisse richten, die bereit sind „als Pferd den Karren“ zu ziehen. Die nächsten Berliner Gespräche zum Gesundheitswesen finden am 9. November 2012 statt. Veranstaltungsinhalt und -ort werden rechtzeitig bekannt gegeben.