

So viel „gelenkte Innovation“ war nie

Dass viele kleine Schritte geeignet sein können, auf der Stelle zu treten, lehrt das schwarz-gelbe Versorgungsstrukturgesetz (VStG) 2011. Vom jungen Rösler und seinem inzwischen in den Allianz-Vorstand gewechselten Nachfolger Bahr publikumswirksam als „Landarztgesetz“ inszeniert, erreichte es zwar hohe Zustimmung in der Ärzteschaft, verfehlte aber entsprechend jede Wirkung. Bei nach wie vor boomenden Ärztezahlen diente der Lobby ein drohender „Ärztemangel“ auf dem Lande lediglich als tarifpolitischer Hebel. Hernach wurde der Bedarfsplanungsrahmen ärztlicher Niederlassungen im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) für alle Raumtypen gekürzt, auch für die Versorgung in ländlichen Regionen. Ein drohender Ärztemangel bzw. die Anwendung des Instrumentariums dagegen wurden statistisch hinausgeschoben, wie der Sachverständigenrat Gesundheit beklagt, ohne dass die notwendige Umverteilung aus den Ballungsräumen in die ländliche Versorgung wirklich in Gang kam. Nun schärft die GROSSE KOALITION das VStG mit dem „Versorgungsstärkungsgesetz“ (VSG) 2015 nach. Die Stilllegung frei werdender Arztsitze in überversorgten Räumen „soll“ und „kann“ nicht nur erfolgen. Bei Unterversorgung „sind“ die Krankenhäuser und „können“ nicht nur ambulant beteiligt werden. Kommunen sollen auch ohne „Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigung“ Medizinische Versorgungszentren gründen können. Und (kurios) die KVen können nicht nur bei festgestellter Unterversorgung einen entsprechenden Strukturfonds bilden, sondern auch dann, wenn die Unterversorgung nicht besteht. Kurzum: Wo schwarz-gelb arg schwächelte, muss schwarz-rot nun „stärken“. Eine entschiedene Umsteuerung, wie sie der SVR-G in seinem Sondergutachten zur „Ländlichen Versorgung“ skizziert hatte, ist das noch nicht.

Die Gesundheitspolitik hat aber nicht nur Zeit vertan, die es nun aufzuholen gilt, sie hat auch bei notwendigen Strukturformen gepatzt. So sieht die Ambulantisierung der Medizin in Deutschland der medizinischen Entwicklung hinterher, weil die dafür notwendige Durchlässigkeit von ambulantem und stationärem Sektor an Kleinmut erstickt. Die Ambulante Spezialärztliche Versorgung (ASV) wurde dem verteilungspolitischen Stellungskampf der Interessenten im G-BA überantwortet. So ist der gesundheitspolitische Ertrag nach Jahren nur unter Schmerzen zu messen. Mit dem VSG sollen die entsprechenden Altverträge nach § 116b SGB V nun dauerhaft fortgelten. Ein gesetzliches Anschieben der ASV aber traut sich die GROSSE KOALITION nicht zu. Ein Armutszeugnis ist auch die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin. Obschon die Weiterbildungsabschlüsse aktuell nur noch die Hälfte des für eine Bestandssicherung der Allgemeinmedizin Notwendigen erreichen, will es die GROSSE KOALITION bei der Anhebung von zu fördernden Stellenkontingenten belassen, die bisher schon nicht ausgeschöpft worden sind. Sie wäre dagegen gut

beraten, wenn sie vom SVR-G vorgeschlagene wirksame Koordinierungsstellen, die den angestrebten Abschluss von Assistenten fördern, etatistischen Luftbuchungen gegenüber vorzöge.

Eine Harmonisierung von GKV und PKV, die Reformblockaden der ambulanten Versorgung löste, hat die GROSSE KOALITION erneut hinausgeschoben. Lediglich ein Rückfall auf Termine bei Krankenhausärzten zu Lasten der vertragsärztlichen Gesamtvergütung signalisiert, dass die Facharztpraxen ihre Privattätigkeit nicht weiter zu Lasten der GKV ausdehnen sollen. Dagegen ist wohl nur die GROSSE KOALITION in der Lage, die Reformblockaden für die Krankenhauslandschaft zu lösen. Eine Kommission von Bund und Ländern arbeitet mit Nachdruck daran, zum Jahreswechsel ein Konzept vorzustellen. Die überraschenden Zugeständnisse im VSG zur Vergütung der Hochschulambulanzen zeigen, dass der Bund es ernst meint. Auf eine eher konstruktive Verbindung zur Krankenhausreform zielen andere Elemente des VSG, etwa die ambulante Öffnung der Krankenhäuser bei Unterversorgung oder das Recht der Kommunen, und sei es bei der Stilllegung nicht bedarfsnotwendiger Krankenhäuser, notfalls MVZ zu gründen.

Doch wie um die Gemeinde weiter um den See zu führen, sollen die KVen nun bald Vertragspartner der „Besonderen Versorgung“ werden (können). An dieser Stelle will die Politik bis auf die Hausarztverträge alle „Einzelverträge“ der Krankenkassen zusammenfassen. Immerhin soll zudem für den Nachweis der Wirtschaftlichkeit eine Frist von 4 Jahren gegeben werden, in der im Übrigen bürokratische Hemmnisse entfallen. Die Unterscheidung aber zwischen Verträgen, in denen der Wettbewerb die gesetzlich definierte Balance der Partner ersetzt, zu solchen, in denen Behörden gesetzlich konjugiert zu handeln haben (4. Kapitel SGB V), ist zwar schon bei der „besonderen ambulanten Versorgung“ (§ 73c SGB V) brüchig geworden. Doch immerhin war der Gesetzgeber ursprünglich davon ausgegangen, dass die KV an dieser Stelle regelmäßig einbezogen ist. Allerdings haben die Facharzt-Bünde inzwischen das Ziel verfolgt, ähnlich den Hausärzten schiedsfähige Einzelverträge ohne die KV zu gewinnen. Die Erklärungen der Kombattanten dazu waren vor der Bundestagswahl gedruckt. Und so protestieren sie beim VSG gegen den Entfall „ihres 73c“.

Ob die KV aber mit einem Standbein auf der Wettbewerbsseite der „Besonderen Versorgung“ überhaupt reüssiert, kann als fraglich gelten. Schon die im VSG entworfene Finanzierung für zertifizierte Praxisnetze lehnen die Funktionäre ab. Jede Initiative braucht das Geld der anderen. Nach dem Gesundheitsfonds gibt es den Qualitätsfonds, Strukturfonds und endlich den Innovationsfonds. Überhaupt ist die eigentliche Entdeckung des VSG die innovatorische Überlegenheit des zentralistischen Corporatismus. Die Gralshüter der kollektiven Einheitsversorgung im G-BA sollen bei Hofe ausurteilen, wie das Neue in die Welt kommt und was der besseren Versorgung der Patienten dienen kann. Dezentrale Entdeckungsverfahren und ihre wettbewerbliche Ausbreitung kommen da nicht vor. Um Missverständnisse auszuschließen, verlangt die Begründung des Referentenentwurfs ausdrücklich die Eignung potentieller Innovationen für die Ausbreitung in der Regelversorgung: Kaum ist die Innovation geschlüpft, wird sie unter den Bänken des G-BA begraben, in Richtlinien sterilisiert und für kontextfrei die Gebührenordnungen monetarisiert: So viel „gelenkte Innovation“ war nie. Die ehemalige DDR kannte dafür das Champignon-Prinzip: Helle Köpfe werden zuerst abgeschnitten. In der Gesundheitsökonomie firmiert dieser Ansatz unter der schillernden Bezeichnung „Heckenschnitt“.

Karl-Heinz Schönbach