

10 Thesen zur Veranstaltung der Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht am 11. April 2024 in Berlin zur „Zukunft der ambulanten Versorgung“

von Franz Knieps*

1. Die Zukunft der ambulanten Versorgung ist von langfristigen Herausforderungen geprägt. Hierzu zählen der sozio-demografische Wandel mit steigendem Behandlungsbedarf einer älter werdenden Bevölkerung und einem begrenzten Angebot an Fachkräften im Gesundheitswesen, der medizinische und technische Fortschritt hin zu Präzisionsmedizin und zu einer Ambulantisierung bisher stationär erbrachten Leistungen, die umfassende digitale Transformation sowie einem steigenden Investitionsbedarf insbesondere in der fachärztlichen Versorgung.
2. Die Erwartungshaltung junger Medizinerinnen und Mediziner an die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, speziell an die Gestaltung von Arbeitszeiten und Arbeitsorganisation, stellen das Leitbild der inhabergeführten Einzelpraxis zunehmend in Frage. Viele Niederlassungswillige sind nicht bereit, mit der Niederlassung eine Lebensentscheidung für einen Ort und eine bestimmte Praxisform zu treffen und sich erheblich zu verschulden. Daher gewinnen Angestelltenverhältnisse sowie Ärztenetze und kooperative Betriebsformen wie Praxisgemeinschaften, Gemeinschaftspraxen oder Medizinische Versorgungszentren an Attraktivität und Bedeutung.
3. Die ärztliche Freiberuflichkeit ist nicht von der Organisations- oder Unternehmensform der jeweiligen Praxis abhängig. Sie gilt selbstverständlich auch für Angestellte oder verbeamtete Ärzte. Sie sichert die ärztliche Unabhängigkeit, insbesondere den Schutz vor ökonomisch motivierten Einflussnahmen Dritter wie zum Beispiel Investoren oder nichtärztlichen Eigentümern, befreit aber nicht von der Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots.
4. Das Gesundheitswesen ist kein ökonomiefreier Raum. Jede medizinische Entscheidung ist auch eine Entscheidung über die Verwendung knapper ökonomischer Ressourcen. Der Investitionsbedarf in die Versorgung kann nicht allein über die bisherigen Finanzierungsformen gedeckt werden. Das gilt völlig unabhängig von der Unternehmens- und Betriebsform der jeweiligen Praxis.
5. Die Ressource Arzt ist und bleibt knapp. Nicht nur deshalb müssen die Arbeitsteilung und die Verantwortlichkeit zwischen den Gesundheitsberufen neu geregelt werden. Dabei sollten alle Möglichkeiten der digitalen Steuerung bei Zugang und Durchführung einer patientenzentrierten Versorgung genutzt werden. Auch die Potenziale von Werks- und Betriebsärzten sollten aktiviert werden.
6. In der ambulanten Versorgung sind Bemühungen zur Optimierung der betriebswirtschaftlichen Rentabilität in allen Praxisformen zu beobachten. Bisher finden sich keine gesicherten empirischen Belege, dass diese in bestimmten Praxisformen zum Nachteil der Solidargemeinschaft auffällig werden. Daher sollten keine Rechts- und Betriebsformen privilegiert oder diskriminiert werden.
7. Die rechtlichen Rahmenbedingungen für Praxisformen sollten den Herausforderungen eines solidarischen Gesundheitswesens angepasst werden. Dabei sind insbesondere die Unabhängigkeit des ärztlichen Leiters in kooperativen Betriebsformen zu stärken und Transparenz über die wahren Eigentums- und Besitzverhältnisse von Praxen herzustellen. Auch die Sanktionen für Verstöße gegen rechtliche Vorgaben könnten präzisiert und verschärft werden.

8. Die Trennung der Versorgung in unterschiedliche Sektoren führt zu Diskontinuitäten in der Patientenversorgung und zu Ressourcenverschwendung an den Schnittstellen. Trotz der Vielfalt der Zwischenformen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung werden die Fehlentwicklungen zwischen unterschiedlichen Steuerungssystemen nicht überbrückt. Widersprüchliche Detailregelungen vergrößern die Probleme und erzeugen ein Gesamtbild organisierter Nichtverantwortlichkeit.
9. Das seit Jahrzehnten propagierte Leitbild der integrierten Versorgung ist nur zu realisieren, wenn für die Planung einer bedarfsgerechten Versorgung, die Honorierung der ärztlichen Leistungen und der Sicherung einer angemessenen Qualität zumindest für die fachärztliche Versorgung außerhalb der Grundversorgung einheitliche Steuerungsinstrumente gelten.
10. Der Gesetzgeber sollte sich darauf fokussieren, nur allgemein-abstrakte Zielbestimmungen, klare Aufgabenzuweisungen und Verantwortlichkeiten für die Akteure sowie Verfahrensregeln für die (gemeinsame) Selbstverwaltung zu erlassen, und auf dirigistische Eingriffe und verfehlte Detailregelungen verzichten.

* Die Thesen geben die persönliche Auffassung des Verfassers wieder und sind keine Meinungsäußerung des BKK-Dachverbands oder gar der Gesetzlichen Krankenversicherung.