



In der Auseinandersetzung um die künftige Struktur der ambulanten medizinischen Versorgung will die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) das Feld nicht der Politik, den Krankenhäusern und kapitalkräftigen Klinikkonzernen überlassen. Sie fürchtet um die Freiberuflichkeit der niedergelassenen Ärzte und um den Einfluss der ärztlichen Selbstverwaltung. Jüngst hat die KBV einen eigenen Vorschlag zum Neuzuschnitt der ärztlichen Versorgung vorgelegt. Das Papier sorgt für Unruhe, noch bevor es überhaupt an der Basis richtig bekannt ist. Das KV-Blatt will das Konzept und seine Hintergründe vorstellen, erste Reaktionen dokumentieren – und zur Diskussion einladen.

Wettbewerb im Gesundheitswesen

Was Zukunft ist, müssen *wir* bestimmen

„Daran, wie wir diese Diskussion führen und zu welchen Ergebnissen wir kommen, misst sich unsere Reformfähigkeit“, glaubt KBV-Chef Andreas Köhler. Vor den Delegierten der KBV-Vertreterversammlung am Vorabend des 111. Deutschen Ärztetages in Ulm (Fotos unten) sagte Köhler weiter: „Wenn wir diese (Reformfähigkeit, d. R.) nicht haben, werden die Ausstiegsszenarien aus Bayern und Baden-Württemberg bald überall Platz greifen. Ich wage nicht zu sagen, ob das in die staatliche Planwirtschaft oder in ein weitgehend wettbewerbsgesteuertes System führen könnte“. Beides, so seine Warnung, könnte „die heutige Freiberuflichkeit des Arztes in Frage stellen“.

Gefahr für die selbständige Niederlassung drohe aber auch von Kapitalunternehmen, die den medizinischen Markt für sich entdeckten und „immer mehr Medizinische Versorgungszentren“

gründeten. So habe der Chef der Rhön-Kliniken jüngst presseöffentlich geäußert, es ginge ihm „nicht mehr und nicht weniger“ darum, „ein umfassendes Angebot einer Vollversorgung auf(zu)bauen, das die kompletten medizinischen Leistungen im ambulanten und stationären Bereich umfasst und auf dem höchsten Qualitäts- und Modernitätsstand ist“.

Die Antwort auf solche Herausforderungen sieht Köhler in eigenen Vorschlägen. Die KBV-Eckpunkte zu einer Neustrukturierung der Versorgungsebenen schaffen nach Köhlers Angaben „einen klaren Wettbewerbsrahmen nach dem Prinzip: Je mehr die Versorgung der Versicherten Wohnortnähe und Flächendeckung erfordert, desto stärker müssen kollektivvertragliche Strukturen vorhanden sein“. Und: „Je krankenhäusnäher und spezialisierter die Versorgung ist, desto mehr Wettbewerb ist erforderlich.“ Die freie

Arztwahl innerhalb der Versorgungsebenen bleibe in der Regelversorgung erhalten, aber der Zugang zur jeweils nächsten Versorgungsebene werde gesteuert. Versicherte würden jedoch die Möglichkeit erhalten, durch entsprechende Wahltarife den jeweiligen Überweisungsvorbehalt zu umgehen.

Die Bedarfsplanung soll nach dem KBV-Konzept mit Blick auf eine veränderte Risikostruktur kleinräumiger gestaltet werden. Einzelheiten sind den nachfolgenden Seiten zu entnehmen.

Falls es zu einer Umsetzung des KBV-Papiers kommt, soll dies nicht vor 2012 der Fall sein. Gleichwohl will die KBV nach Abschluss der Diskussion innerhalb der Ärzteschaft bereits Anfang 2009 ihr Konzept auf den Weg bringen – sofern es zu einem Konsens kommt.

Reinhold Schlitt

