

Wartezeiten: Versorgungs- mangel oder Luxusproblem?

Kaum ein Thema sensibilisiert Bürger und Politiker, Ärzte und Krankenkassen mehr als Wartezeiten auf einen Arzttermin. Jeder kann mitreden, hat eigene Erfahrungen parat oder kennt zumindest jemanden, der wochen- oder gar monatelang auf einen dringend notwendigen Termin warten musste. Auf der anderen Seite wiegeln vor allem Ärztfunktionäre ab: Alles nicht so schlimm. Wer wirklich einen schnellen Termin brauche, kriege ihn auch, insbesondere wenn die überweisende Praxis den Termin vermittelte. Und die Differenzierung nach gesetzlich oder privat krankenversichert wird als im Ergebnis unbedeutend abgetan. Unerhört, sagen die Krankenkassen, schließlich sorgten die Privaten bestenfalls für ein Zubrot zu dem ohnehin schon üppigen Salär aus den Solidarkassen. Sicherstellung sei Termingewährleistung, entscheidet die Politik und verpflichtet die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Einrichtung von Terminservicesstellen und lässt außerdem das System der vertragsärztlichen Bedarfsplanung reformieren. Unsinn, kontern die KVen, Dirigismus und Planung schafften keine neuen Ärzte, und die Krankenhäuser seien schon ohne ambulante Behandlungsmöglichkeiten überlastet.

Dieser Disput wird – natürlich auf einem intellektuellen ansprechendem Niveau – auch in dieser Ausgabe von Gesundheit und Sozialpolitik ausgetragen. Kopetsch bezweifelt, dass angesichts nationaler Empirie und internationaler Vergleiche überhaupt ein nennenswertes Problem existiere. Eher bekämpfe man Luxusvarianzen. Feldmann prophezeit weitere Eingriffe des Gesetzgebers, wenn die Ärzteschaft Versorgungsdefizite nicht selbst behebe. Gibis und seine Mitarbeiter sehen in der Fortentwicklung der Bedarfsplanung ein geeignetes Steuungsinstrument zur Ermittlung des tatsächlichen Versorgungsbedarfs und zur adäquateren Verteilung der Arztsitze, während Tesic und Weigeldt das Ende herkömmlichen Kollektivvertragssystems prophezeien und eine Verbesserung der Versorgungslage nur durch echte Selektivverträge für möglich halten, die auf eine Vollversorgung abzielen. Berchtold und seine Koautoren werfen den Blick über die Landesgrenzen und hinterfragen grundsätzlich, welche Steuerungswirkungen Bedarfsplanung und Weiterbildung in Zeiten von echtem oder gefühltem Ärztemangel entfalten können.

So weit, so schlecht. Ohne Zweifel sind die Versorgungssysteme in westlichen Industrieländern einem fundamentalen Wandel ausgesetzt. Als Stichworte seien nur genannt: Sozio-demografischer Wandel, technischer Fortschritt, Digitalisie-

rung der Kommunikation und der Arbeitsprozesse, Ambulantisierung und Personalisierung der Medizin, Landflucht und Migration, Feminisierung der Gesundheitsberufe und vieles mehr. Es greift aber zu kurz, den Herausforderungen des 21. Jahrhunderts mit Antworten des 19. Jahrhunderts zu begegnen. Überkommene Strukturen – wie die Versäülung der Sektoren – und fragmentierte Prozesse bei der Versorgung multimorbider, chronisch kranker Menschen sind wesentliche Ursachen für Fehlversorgung und Ressourcenverschwendungen an Schnittstellen, Qualitätsdefizite und eben auch Wartezeiten. Die künstliche Trennung und Abschottung von Versicherungs- und Versorgungssystemen (gesetzlich versus privat, ambulant versus stationär, medizinisch versus pflegerisch) sind das zentrale Problem des hyper-komplexen deutschen Gesundheitswesens, das sich nicht länger auf der Illusion einer Tante-Emma-Struktur mit Landarzt Dr. Brausewind und dem kleinen Krankenhaus am Rande der Stadt aufbauen lässt.

Gerade aus den Herausforderungen müssen sich neue Lösungsmöglichkeiten entwickeln lassen: Telemedizin und neue Mobilitätskonzepte, Substitution und Delegation ärztlicher Leistungen an andere Gesundheitsberufe, moderne Organisations- und Betriebsformen, transparente und leistungsgerechte Honorierung von gesundheitlichen Leistungen und Managementaktivitäten sollten Eckpunkte eines Modernisierungskonzeptes sein, das bei seiner Umsetzung sich auf eine realitätsnahe Bestimmung des Versorgungsbedarfs und auf ein zielgerichtetes Zusammenspiel von Kollektiv- und Selektivverträgen stützen muss. Damit sollten unnötige Wartezeiten und ungerechte Zugangsdifferenzierungen vermieden werden können. Andernfalls drohen weitere gesetzliche Eingriffe – auch solche, die populistisch motiviert sind und nur Placebo-Wirkungen entfalten.

Franz Knieps