

Zweifellos, die Kassenärztlichen Vereinigungen können ganze Großstädte bis zur Überversorgung mit Arztpraxen überschwemmen, aber die zwei, drei für die Menschen wirklich notwendigen Arztpraxen auf dem Lande ersetzen können sie nicht. In den Citys der Großstädte leuchten die Radiologen bis der Strahlenschutz kommt, aber wo noch viele Kinder wohnen, fehlen die Pädiater. Während sich hier also die Sessel türmen, droht für den Arztsitz dort der leere Stuhl. Die Bürgermeister auf dem Lande geben Alarm und machen sich schon auf, Arzt-Stuben für fahrende Doktores feilzubieten. Kurzum: Die „KV“ als institutioneller Eckpfeiler der ambulanten Versorgung schwächelt empfindlich. Trotz Mehreinnahmen in Milliardenhöhe kam das Geld 2009 angeblich nicht bei den Ärzten an. Und in 2010 türmt sich das Geld tatsächlich auf den Konten der Kassenärztlichen Vereinigungen: Die Morbiditätsorientierte Gesamtvergütung wird nicht ausgeschöpft. Vielerorts erklären sich inzwischen die Hausärzte in Scharen bereit, das KV-System zu verlassen. In Bayern wurden Tausende Kassenarztsitze zur Disposition gestellt. Doch in den Großstädten, wo sich die Arztsitze türmen, nehmen die Wartezeiten in Facharztpraxen gleichwohl nicht ab. Versicherungsfremde Gesundheitsleistungen und private Abrechnungen füllen den Praxisalltag über Gebühr. Fachärzte bieten den Krankenkassen landauf, landab teure Einzelverträge an. Und nun verlangt auch die Private Krankenversicherung Öffnungsklauseln für Einzelverträge mit Ärzten: Kollabiert das ganze KV-System?

Wer eine Art Götterdämmerung für das KV-System heraufziehen sieht, der irrt. Die Götter kehren bei Hofe nach wie vor selbstbewusst ein und aus. Denn niemand sonst macht sich anheischig, die Sicherstellung zu übernehmen. Vielmehr haben sich die Ärztesfunktionäre in der Diskussion um die notwendige Reform der Bedarfsplanung einen ganz entscheidenden Schritt bewegt. Die KVen schwadronieren nicht mehr allein sich selbst rechtfertigend von „Sicherstellung“, mit ihrer Öffnung zur „sektorübergreifenden“ ambulanten Bedarfsplanung haben, sich den entscheidenden Schritt zur Lösung des Problems geöffnet. Der Tabubruch zahlt sich aus: Es gibt keine Behörde wie die KV, die in den Ländern die sektorübergreifende Sicherstellung organisieren und verwalten kann. Das Konzept wird zudem auf der Finanzierungsseite der Reformdiskussion durch die Aufteilung des ambulanten Gesundheitsfonds nach (ärztlich definierten) Diagnose- bzw. Krankheitslasten auf die Länder (-KVen) ergänzt. Dort werden aus der „Konvergenz“ finanzierte Fonds für eine politische Partizipation angedient, bei denen die Politik für eine „Gesellschaft des langen Lebens“ Versorgung leisten kann, ohne tatsächliche Verantwortung übernehmen zu müssen. Und das Zugeständnis am Rande, die teure, inhomogene und berufspolitisch aufwendige spezialärztliche Versorgung in einen vermeintlich nach Ein-

zelleistungen vergüteten dritten Sektor mit etwas Wettbewerb zu geben, rundet das politische Paket ab, das die Bundesregierung für „ihr“ Versorgungsgesetz „aufgreifen“ wird. Alle Agenden sind so gestrickt. Und Jens Spahn souffliert wie beim AMNOG für Herrn Rösler im Land des Lächelns. Nur die SPD hat den Schuss noch nicht gehört und macht lauter Fundamentalopposition. Die letzte Schlagzeile lautete, die SPD bedrohe die Ärzte, famos.

Über die Konzepte von Kassenärztlichen Vereinigungen, Krankenkassen, Ländern und dem Gemeinsamen Bundesausschuss wird in dieser Ausgabe der G+S berichtet. Zur Komplettierung des Bildes ist anzuführen, dass der GKV-Spitzenverband ebenso wie die AOK über die Bedarfsplanung hinaus eine Linie verfolgt, bei der für die spezialärztliche Versorgung eigenständige Vertragslösungen konstituiert werden. Ordnungspolitisch wird sich an dieser Stelle erweisen, ob ein „drittes Budget“ Ergebnis sein wird, das der GKV-Spitzenverband anstrebt, oder unter Qualitätsvorrang wettbewerblich vergebene Versorgungsaufträge, wie sie die AOK fordert. Auch die AOK schreckt hier nicht vor einem Tabubruch zurück und konzipiert Direktverträge auf der Ebene von Bezirken der Bedarfsplanung, bei denen die kollektivvertragliche Sicherstellung komplett ersetzt werden wird. An dieser Stelle sind Ärzte oder Krankenhäuser für eine spezialärztliche Leistung nicht länger durch Zulassung beteiligt, sondern ausschließlich durch besondere Qualitätssicherung definierten Vertrag, der zeitlich gebunden ist. Hier wird „kollektive“ und die „selektive“ Verantwortung klar definiert und für alle Beteiligten als Geschäftsgrundlage erkennbar.

Die Reformdiskussion um das Versorgungsgesetz wird aufgrund zahlreicher Übereinstimmungen umso spannender, weil die Differenzen im Detail liegen. Und die sind dem Publikum in einer gewohnt polarisierenden Diskussion nicht so leicht deutlich zu machen. Vor dem Kern dieser Debatte wegzurennen, wie etwa die SPD-Bundestagsfraktion mit ihrem Gesetzentwurf, macht politisch keinen Sinn, wie allein die Geschlossenheit von A- und B-Ländern in der Debatte sehr anschaulich zeigt.

Die Herausgeber freuen sich, dass sie als neuen Kollegen Prof. Volker Amelung gewinnen konnten, der inzwischen wie kein zweiter in Deutschland für die Einkehr von Managed Care in das Gesundheitswesen steht. Diese Zeitschrift wird sich damit über die Politik hinaus weit für das Versorgungsmanagement öffnen und auch der Betriebswirtschaft des Gesundheitswesens ein Forum geben.

Die Herausgeber