

**Editorial – Thema der Woche****Montag, 20. Oktober 2014**

Das KV-System merkt allmählich, dass es mit dem so genannten Versorgungsstärkungsgesetz die Quittung für allzu langes Aussitzen der Probleme im eigenen Verantwortungsbereich bekommt. Denn eine angemessene Verteilung der Arztsitze in der jeweiligen Region ist nun mal ureigenste KV-Aufgabe, die eben gerade deswegen den Auftrag zur Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung in ihrer jeweiligen Region an der Backe hat – und daraus wesentliche Bereiche Ihrer Legitimation bezieht. Dass hier die Politik schon seit Jahren mit Argusaugen die wachsenden Defizit-Meldungen beobachtet, ist wahrlich kein Geheimnis, und es braucht niemanden zu wundern, dass der aktuelle Entwurf des Versorgungsstärkungsgesetzes jetzt einige diesbezügliche Vorgaben (schon sie waren ja einer erster Schuss vor den KV-Bug) von Kann- in Soll-Regelungen und von Soll- in Muss-Regelungen umwandelt. Wir wissen, dass die Verteilung von Ärzten zwischen Stadt und Land (und innerhalb einzelner Großstädte) nicht klappt, und irgendwann wird halt gesetzlich vorgeschrieben, was der ärztlichen Selbstverwaltung an Lösungen nicht gelingen will.

Allerdings hat auch die Politik ihre Hausaufgaben zur besseren Ärzteverteilung in wichtigen Teilen nicht gemacht. Denn eine der zentralen Ursachen dafür, dass Ärzte bestimmte Versorgungsbereiche meiden, ist die ungleiche Verteilung von Privatpatienten, deren Versorgung aus ärztlicher Sicht weit lukrativer ist, als das Brot- und Butter-Geschäft der GKV-Maloche. Diese ungleiche Honorierung wird so lange PKV-schwache Regionen ausdünnen, wie EBM und GOÄ nicht einander angeglichen und auf das gleiche Niveau gehoben bzw. gesenkt werden. Das kann und sollte übrigens im Gesamtdurchschnitt ohne Honorarverluste geschehen (wird dann allerdings für die GKV erstmal einen Schluck teurer). Hier aber wäre politischer Schneid gefragt, um dem Arzt im Bayerischen Wald die gleichen Verdienstmöglichkeiten zu gewährleisten, wie dem am Starnberger See. Wenn das nicht klappt, kann immer noch von Zwangsaufkäufen und ähnlichen Daumenschrauben die Rede sein.

Nicht aufgegangen ist allerdings auch das von den KVen lange Zeit (und zum Teil bis heute) vehement verteidigte Dogma der arztgeführten Einzelpraxis. Man hätte vielleicht schon ein bisschen früher das Ohr auf die Schienen legen müssen, um zu erfahren, dass die nachwachsende Ärztegeneration dieses Geschäftsmodell nicht mehr wählen wird. Stattdessen sitzen in den Vertreterversammlungen ältere Herren und verteidigen genau jenen überkommenen und lukrativen Sonnenkönig-Status, der ihnen jetzt den zeitlichen Einsatz für dessen Verteidigung in den Selbstverwaltungsgremien überhaupt erst ermöglicht. Kann man ja alles machen, doch die Konsequenz der Politik wird sein (und ist es jetzt), die ambulante Versorgung für Krankenhäuser zu öffnen, wenn es mit niedergelassenen Ärzten in der Fläche nicht mehr klappt. Ein völlig unsinniger Weg, der sich vermutlich hätte vermeiden lassen, wenn die Ärzteschaft selbst bereit wäre, größeren ambulanten Versorgungseinheiten eine Existenz zu ermöglichen, so dass die Arztpraxis, die sich in der Kleinstadt nicht mehr rechnet, über Filialisierungs- und Teilzeitkonzepte mit angestellten Ärzten eines größeren ambulanten Trägers doch noch über Wasser gehalten werden kann.

Was jetzt mit dem Versorgungsstärkungsgesetz geregelt werden soll, ist also einerseits ein Armutszeugnis für die ärztliche Selbstverwaltung, die lieber am Status Quo festhält als mit verantwortungsbewusstem Blick auf die Versorgung die notwendigen Schritte innerer Reformprozesse anzugehen. Klammheimlich artikuliert sich hier aber auch ein Versagen der Politik, die der honorarbedingten Verzerrungen der Versorgungslandschaft unbeteiligt zusieht, um dann ausschließlich den Ärzten dafür die Schuld zu geben. Ein *richtiges* Versorgungsstärkungsgesetz würde dagegen wohl das alte Wort meiner Großmutter beherzigen: „Ein jeder kehrt vor seiner Tür, da hat er Dreck genug dafür.“ Bis dahin fehlt’s noch weit...