

Bundestagswahl 2017: Zukunft der ambulanten Versorgung

Antworten von Maria Michalk, CDU

Ein Schwerpunkt im Bundestagswahlkampf wird die Auseinandersetzung um die Fortexistenz bzw. Weiterentwicklung des gegenwärtigen dualen Versicherungssystems gegenüber der Einführung einer für alle verpflichtende Bürgerversicherung sein. Welches Modell favorisiert Ihre Partei und wie sollen mögliche Einkommensverluste der Leistungserbringer, bspw. Vertragsärzte, die laut IGES-Institut zwischen 5,7 und 6,4 Milliarden Euro betragen können, kompensiert werden?

Der Systemwettbewerb zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung (GKV / PKV) hat sich bewährt und führt zu innovativen Versorgungs- und Therapieangeboten. Eine innovationsfreundliche PKV bildet den Vergleichsmaßstab für die Weiterentwicklung des Leistungskatalogs in der GKV. Andernfalls bestünde die Gefahr, dass der Leistungskatalog nicht mehr dem medizinischen Fortschritt angepasst und sogar mittelfristig auf eine minimale Grundversorgung reduziert wird. Die Mitglieder müssten dann jede weitere Leistung über Zusatzversicherungen abdecken, was für einkommensschwache Bevölkerungsteile ein Problem darstellen könnte. Die Bürgerversicherung würde zur Zwei-Klassen-Medizin führen. Wir lehnen Sie ab.

Dem deutschen Gesundheitssystem stehen durch die PKV rund 12 Mrd. Euro mehr zur Verfügung. Es bestehen aufgrund der guten Konjunktur- und Beitragsentwicklung keine Finanzierungsprobleme in der GKV. Allerdings müssen wir durch weitere, vor allem strukturelle Maßnahmen die Ausgaben optimieren.

Mit dem GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz wurden die Kontrollmöglichkeiten der Aufsichtsbehörden auf die Körperschaften im Gesundheitswesen stark ausgeweitet. Sehen Sie Korrekturbedarf am Gesetz? Soll es bei der Rechtsaufsicht der Aufsichtsbehörden bleiben oder tendiert Ihre Partei zu einer Fachaufsicht?

Das System der Selbstverwaltung ist fester Bestandteil unseres Gesundheitssystems und hat sich bewährt. Nach der Ausweitung der Kontrollmöglichkeiten über das GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz besteht aktuell keinerlei Korrekturbedarf. Wir haben uns in der Union im Gesetzgebungsverfahren für eine bleibende Rechtsaufsicht stark gemacht. Eine Fachaufsicht lehnen wir weiterhin ab.

Der Arztberuf ist seiner Natur nach ein freier Beruf. Was will Ihre Partei tun, um die ärztliche Freiberuflichkeit auch in Zukunft zu gewährleisten bzw. zu stärken?

Die Freiberuflichkeit der Ärztinnen und Ärzte sowie der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist ein unverzichtbares Element der flächendeckenden ambulanten medizinischen Versorgung. Sie hat zum Erfolg des deutschen Gesundheitswesens entscheidend beigetragen. Zur Freiberuflichkeit gehört auch die Niederlassung in eigener Praxis. Hieran soll festgehalten werden.

Allerdings spielt die Work-Life-Balance auch bei diesen Berufsgruppen eine immer wichtigere Rolle. Immer häufiger wird der Wunsch nach einer besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf, flexibleren Arbeitszeiten und der Vermeidung von finanziellen Risiken durch Selbständigkeit geäußert. Hierfür bieten Praxisanstellungen oder etwa medizinische Versorgungszentren (MVZ) eine gute Möglichkeit. Es gilt, auch in Zukunft innovative Versorgungsmodelle umzusetzen und die medizinische Versorgung so an die veränderten Bedingungen anzupassen. Wir freuen uns, wenn die Niederlassungswilligkeit junger Mediziner wieder steigt.

Der demographische Wandel macht sich auch bei den niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten bemerkbar. In Rheinland-Pfalz sind zum Beispiel bereits 30 Prozent der Vertragsärzte 60 Jahre und älter. Zugleich ist die Zahl der Praxisstandorte sowohl auf dem Land als auch in den Verdichtungsräumen deutlich zurückgegangen. Was schlägt Ihre Partei vor, um die Entscheidung junger Mediziner, in die ambulante Versorgung einzusteigen, gezielt zu fördern?

Die Chance angehende Mediziner für eine Arztpraxis im ländlichen Raum zu begeistern, beginnt im Studium. Mit dem Masterplan Medizinstudium 2020 bieten wir neue Anreize wie bspw. eine praxisnähere Ausbildung. In Zukunft werden klinische und theoretische Inhalte vom ersten Semester an und bis zum Ende der Ausbildung miteinander verknüpft. Weiterhin sieht die Umstellung des Praktischen Jahres ab sofort vor, dass mindestens eins der beiden Wahlquartale im ambulanten vertragsärztlichen Bereich absolviert werden muss. Außerdem werden bereits von einigen die Instrumente der Zuschüsse für Praxisübernahmen genutzt. Manche Kommunen bieten Studienstipendien, um den angehenden Arzt an sich zu binden. Politisch können wir niemanden verpflichten aufs Land zu gehen.

Der Gesetzgeber hat die Möglichkeit geschaffen, dass Kommunen Medizinische Versorgungszentren gründen und betreiben können. In Rheinland-Pfalz befindet sich ein hausärztliches Versorgungszentrum in Trägerschaft der Verbandsgemeinde Katzenelnbogen, nachdem zwei von drei Hausärzten ihre Praxis ohne Nachfolger schließen mussten. Ist ein derartiges Modell der kommunalen Trägerschaft von Gesundheitseinrichtungen für Sie zukunftsweisend?

Ja, es sollte nicht die Regel sein. Aber es ist ein geeignetes Instrument.

Bei der Überwindung der Sektorengrenzen ambulant/stationär ist die ambulante Notfallversorgung eine wichtige Baustelle. Viele Krankenhäuser beklagen eine erhebliche Mehrbelastung aufgrund der Behandlung nichtstationärer Fälle in ihren Notfallambulanzen. Wie lässt sich das Problem Ihrer Meinung nach am besten lösen? Wie ist die Position Ihrer Partei zur Einrichtung von Portalpraxen? Sollten diese in der Hand der Niedergelassenen liegen?

Das Instrument der Portalpraxen und flexible Formen im Rahmen der Drei-Seiten-Verträge werden zur Entlastung von Notfallambulanzen führen. Dafür müssen diese aber zunächst in der Praxis umgesetzt werden und wirken. Die Verantwortung für die Einrichtung der Portalpraxen tragen die KVen. Eine Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhausärzten ist dabei bereits jetzt möglich. Trotz dieser neuen Instrumente bleibt die ambulante Notfallversorgung ein Thema, dem wir uns in der nächsten Wahlperiode widmen werden.

Auch in Rheinland-Pfalz existiert seit zwei Jahren ein Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung, der zwischen der AOK RP/Saar und dem dortigen Hausärzterverband abgeschlossen wurde. Tritt Ihre Partei dafür ein, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen an solchen selektiven Vertragsformen als Vertragspartner beteiligen können?

Bei den Verträgen zur Hausarztzentrierten Versorgung ist eine Beteiligung der KVen derzeit nicht vorgesehen. Das hat sich bewährt. Bei den sonstigen Selektivverträgen ist eine Beteiligung der KVen möglich. Die künftigen Herausforderungen der medizinischen Versorgung einer älter werdenden Gesellschaft zwingen uns auch unter ordnungspolitischen Gesichtspunkten neue Versorgungsformen ressortübergreifend zu etablieren.

In einem Interview hat die rheinland-pfälzische Gesundheitsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler vorgeschlagen, Ärzte in Rheinland-Pfalz zu entlasten, indem Behandlungen auf Pflegekräfte delegiert werden. Auch über die Substitution von Leistungen solle nachgedacht werden. Befürwortet ihre Partei zusätzlich zur Delegation ebenfalls eine Substitution ärztlicher Leistungen und wie sollte diese Substitution realisiert werden?

Die Delegation von ärztlichen Leistungen ist sinnvoll und wird befürwortet. Allerdings sollte die Verantwortung für delegierte Leistungen nach wie beim Arzt verbleiben. Eine Substitution von ärztlichen Leistungen lehne ich ab.

Wie stehen Sie zu einer notwendigen Patientensteuerung beziehungsweise wie ist ihre Position zu einer sozial abgedeckten Selbstbeteiligung zur Steigerung des Verantwortungsbewusstseins für einen effizienten Umgang mit den Ressourcen im Gesundheitswesen?

Die Praxisgebühr hatte diesen Auftrag. Sie hat aber nicht die gewünschte Steuerungswirkung entfaltet. Trotzdem war es ein Fehler, sie im Jahr 2013 wieder abzuschaffen. Eine Wiedereinführung ist politisch nicht möglich. Eine Stärkung der indirekten Patientensteuerung, etwa durch mehr Entscheidungssouveränität der Patienten in Verbindung mit einer guten Patienteninformation ist sinnvoll. Aber ich glaube, wir können uns nicht dem Diskussionsbedarf über weitere Steuerungselemente entziehen.

Setzt sich Ihre Partei dafür ein, dass auch Vertragsärzte die Möglichkeit für kurzstationäre Behandlungen erhalten und so die medizinische Versorgung in Ergänzung zu Kliniken auch in der Fläche sichern können?

Die Schnittstelle zwischen ambulant und stationär wird uns in Zukunft stärker beschäftigen. Die Weiterentwicklung des Belegarztwesens ist ein Thema. Die Praxiskliniken sind ein sinnvolles Angebot. Das ambulante Operieren wird im Zuge der Nutzung aller digitalen Möglichkeiten zunehmen, was mit Kurzzeitpflegeeinrichtungen kombinierbar ist. Das sind chancenreiche Entwicklungen.