

Antrag 09: Eine starke ambulante Versorgung als Grundpfeiler unseres Gesundheitssystems

Laufende Nummer: 9

Antragsteller:	JU Stormarn, Kommission Gesundheit
Status:	angenommen

- 1 • die Gründung und den Betrieb von Investor-getragenen medizinischen
- 2 Versorgungszentren (iMVZ) stärker zu regulieren. Künftig soll es nicht mehr
- 3 möglich sein, dass Großinvestoren viele MVZ unterhalten. Vielmehr sollen diese
- 4 von Kliniken, Zusammenschlüssen von Ärzten oder Investoren einzelner MVZ mit
- 5 regionalem oder fachlichen Bezug sowie kommunalen Trägern gegründet werden. Von
- 6 zentralem Interesse ist dabei die Vorrangigkeit einer qualitativ hochwertigen
- 7 und flächendeckenden Gesundheitsversorgung vor finanziellen Interessen Investor-
- 8 getragener Zentren.
- 9 • nach einer Bestandsschutzfrist von 10 Jahren die Prüfung medizinischer
- 10 Versorgungszentren bezüglich der Erfüllung der Anforderungen dieser im Hinblick
- 11 auf ihren Versorgungsauftrag.
- 12 • die striktere Prüfung von Medizinischen Versorgungszentren bezüglich der
- 13 Erfüllung ihres Versorgungsauftrags.
- 14 • Förderung von Investor-unabhängigen Praxisverbänden (z.B. genossenschaftliche
- 15 Modelle oder kommunale Modelle), um die Niederlassung für Ärzte in der Fläche
- 16 attraktiver zu gestalten.
- 17 • die Abschaffung der Budget-abhängigen Vergütung im ambulanten Sektor.
- 18 • eine flexiblere Abstufung der Kassensitze bei Teilzeitarbeit.
- 19 • eine Reform der Bedarfsplanung insbesondere im Hinblick auf die
- 20 psychotherapeutische Versorgung, wobei es vor allem die Verhältniszahlen neu zu
- 21 definieren gilt.

Begründung

Ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) kann in Deutschland durch ein zugelassenes Krankenhaus, zugelassene Ärzte, bestimmte gemeinnützige Träger und anerkannte Praxisnetze gegründet werden. Die zugelassenen Krankenhäuser müssen regional und fachlich keinen Bezug zum jeweiligen MVZ haben. Dadurch ist es zum attraktiven Geschäftsmodell für ausländische Finanzinvestoren geworden Kliniken aufzukaufen und im großen Stil MVZs zu gründen. Insbesondere im Bereich der Augenheilkunde wird das zunehmend zum Problem. In Schleswig-Holstein ist die überwiegende Mehrheit der Praxen durch Sanoptis aufgekauft. In ganz Deutschland gehören Sanoptis 138 Praxisstandorte in der Augenheilkunde. Hinter Sanoptis steckt eine belgische börsenorientierte Beteiligungsgesellschaft. Durch diese zunehmende Kommerzialisierung im ambulanten Sektor entstehen zahlreiche Probleme. Zum einen gehen dem Fiskus hohe Steuereinnahmen ins Ausland verloren. Zum anderen übertragen Beteiligungsgesellschaften häufig Schulden auf die deutschen Praxen. Des Weiteren wird durch den Besitz von Praxen auch Einfluss auf die Gesundheitsversorgung genommen. So werden gewisse Leistungen der Grundversorgung aufgrund der schlechten Wirtschaftlichkeit nicht mehr angeboten. Gleichzeitig werden den Patienten aber teure Selbstzahlerleistungen angedreht.

Um diese Entwicklung zu unterbrechen, gilt es die Gründung von MVZs stärker zu regulieren. Die Gründung

von MVZs sollte nur noch durch Kliniken erfolgen können, die regionalen und fachlichen Bezug zum jeweiligen MVZ haben. Der regionale Bezug kann hier durch das definierte Einzugsgebiet im Landesbettenplan definiert werden. Nach einer Bestandsschutzfrist von 10 Jahren sollten bestehende MVZs auf die Einhaltung der neuen Gründungsregularien geprüft werden. Um zu verhindern, dass Leistungen der Grundversorgung in einigen MVZs nicht mehr angeboten werden, muss eine regelmäßige Prüfung von MVZs bezüglich der Erfüllung ihres Versorgungsauftrages erfolgen.

Viele Ärzte meiden die Selbstständigkeit. Es fehlt an betriebswirtschaftlicher Ausbildung. Außerdem ist das hohe private wirtschaftliche Risiko für viele junge Menschen unattraktiv. Dies spielt teilweise bei Versorgungsengpässen in ländlichen Regionen eine Rolle. Eine Lösung für dieses Problem können kommunal oder genossenschaftlich betriebene Arztpraxen sein. Aus diesem Grund fordert die Junge Union Schleswig-Holstein diese Konzepte stärker zu fördern.

In Deutschland ist die Vergütung von ambulanten Ärzten extrem kompliziert. Es wird unterteilt in budgetäre (etwa 2/3) und extrabudgetäre Leistungen (etwa 1/3). Die extrabudgetären Leistungen umfassen vor allem Impfungen und Vorsorgeuntersuchung. Hier bekommt der niedergelassene Arzt genau den Preis pro Untersuchung, der im einheitlichen Bewertungsmaßstab festgelegt ist. Die budgetären Leistungen werden anders abgerechnet. Hier gibt es ein vorgeschriebenes Budget für den niedergelassene Arzt. Alle Untersuchungen, die über das Budget hinaus gemacht werden, werden unabhängig von ihrer Notwendigkeit nicht vergütet. Daraus ergibt sich, dass indizierte Untersuchungen nicht vergütet werden, was natürlich auch ethisch fragwürdig ist. Außerdem wird die Niederlassung unattraktiv. Dies betrifft insbesondere den Bereich der Kinder- und Jugendmedizin. Aus diesem Grund setzt die Junge Union Schleswig-Holstein sich für eine Abschaffung der Budgetierung im ambulanten Sektor ein.

Angestellte Ärzte im ambulanten Sektor sind auch Teil der Bedarfsplanung. Je nach geleisteter Stundenzahl gibt es hier vier Abstufungen für die Einbeziehung in die Bedarfsplanung. Lediglich vier Abstufungen vorzunehmen, führt natürlich zu Ungenauigkeiten. So besetzt eine Person mit 30 Wochenstunden genauso einen ganzen Kassensitz wie eine Person mit 40 Wochenstunden. Dadurch gehen natürlich anteilig Kassensitze, die in der Bedarfsplanung vorhanden wären, verloren. Aus diesem Grund fordert die Junge Union Schleswig-Holstein hier stärker mit der Zeit zu gehen und mehr Abstufungen zu finden.

In Deutschland warten Patienten und Patientinnen durchschnittlich etwa 3 Monate auf ein Erstgespräch für eine Psychotherapie und danach nochmal durchschnittlich 4,5 Monate auf den Beginn der Psychotherapie. Im Kontrast dazu steht, dass es auf ausgeschriebene Sitze für Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen mehr als ausreichend Bewerber und Bewerberinnen finden. Es zeigt sich, dass die Bedarfsplanung hier an der Lebensrealität vorbei geht. Die Bedarfsplanung wird anhand der Verhältniszahlen aus dem Jahr 1992 festgelegt. Dabei wird seit der Reform 2019 nun zusätzlich die regional unterschiedliche Morbidität berücksichtigt. Allerdings wird bis heute der wissenschaftliche Fortschritt der Medizin, der seit 1992 riesige Fortschritte im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie gemacht hat, wodurch viel mehr therapeutische und diagnostische Möglichkeiten auf diesem Fachgebiet entstanden sind, nicht berücksichtigt.