

Versorgungsstrukturen werden neu definiert

Die Gesundheitsreform ist seit zwei Monaten in Kraft und schon gibt es erste Veränderungen auch in den Versorgungsstrukturen. Vor allem drei Leistungsbereiche sieht das Reformgesetz als die Zukunft für Deutschland an. Dazu gehört der Ausbau der integrierten Versorgung, die Medizinischen Versorgungszentren und die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung. Die verschiedenen Leistungserbringer haben notwendige Konzepte bereits in der Tasche. Das die Umsetzung trotzdem nicht so schnell geht, liegt an der Beschäftigung des Bundesgesundheitsministeriums mit den Problemen Praxisgebühr und Zuzahlungsregelungen. Kehrt dieses zur Sacharbeit zurück, dann kommen die neuen Versorgungsstrukturen recht schnell. Deutlich wurde dies auf einem Seminar der Bundesärztekammer am 10. Februar 2004 in Berlin. Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe machte zu Beginn der Veranstaltung die Sachlage klar. Danach wird es durch die DRG an Krankenhäusern und die Einführung von DMP zu einer verstärkten Ausrichtung des Gesundheitswesens nach ökonomischen, also statistischen Größen kommen. Medizinische Notwendigkeiten werden in Zukunft verstärkt an finanzielle Ressourcen angepasst und Leistungen nicht nach Diagnose den Patienten verordnet. Nur was sich rechnet, ist machbar. Damit aber der Ärzteschaft nicht das Heft aus der Hand genommen wird, bleibt es ein zentrales Anliegen der Bundesärztekammer, der medizinischen Fachgesellschaften und der Körperschaften auch in Zukunft zu definieren, was gute Medizin ist. Jeder Patient muss die Möglichkeit haben, weiterhin am medizinischen Fortschritt teilhaben zu können. Dies wird aber mit der eingeschlagenen Richtung in Zukunft nicht ohne weiteres möglich sein. Auch die ambulante fachärztliche Versorgung wird stark durch neue Strukturen ausgedünnt.

Medizinische Versorgungszentren

Als Partner bei Einzelverträgen mit Krankenkassen nennt das Reformgesetz neben den Hausärzten auch die Medizinischen Versor-

gungszentren explizit (§ 95 SGB V). Damit ergibt sich für diese eine Sonderstellung und wahrscheinlich eine besondere Förderung durch die Bundespolitik. Zumal einige Berufsgruppen ohne weiteres und außerhalb des Sicherstellungsauftrages solche Zentren gründen können. Denn nach dem Gesetz richtet sich die Gründung nur an der Bedarfsplanung aus. Gleichzeitig ist es einem Gesellschafter mit Sitz in einer Region erlaubt, mehrere Versorgungszentren in Deutschland zu betreiben. In ein paar Jahren wird es dann wahrscheinlich Versorgungsketten ähnlich wie bei Lebensmitteln geben. Damit wird in Deutschland ein Parallelmodell zur bisherigen ambulanten Versorgung geschaffen. Dies betonte der Justitiar der Bundesärztekammer, Horst Dieter Schirmer, auf der Veranstaltung. Betreiber der Versorgungszentren können neben Vertragsärzten auch Apotheker, Physiotherapeuten und Sanitätshäuser sein. Ausgenommen sind Pharmaunternehmen. Die Bildung von mehreren Niederlassungen durch eine Betreibergesellschaft benachteiligt derzeit den niedergelassenen Arzt. Er hat nach dem Berufsrecht keine Möglichkeit, mehrere Praxen zu eröffnen. Hier ist heute schon eine notwendige Anpassung an die Gesetzeslage zu erkennen.

Einen positiven Anreiz bieten diese Versorgungszentren gerade für junge Ärzte. Denn

wer fünf Jahre und bis zu einem bestimmten Alter in einem Medizinischen Versorgungszentrum angestellt war, kann bevorzugt in die eigene Niederlassung wechseln, auch wenn eine Zulassungsbeschränkung vorliegt. Das sieht zumindest das Gesetz so vor. Ob das aber den Ärztemangel im ländlichen Bereich verhindert, ist zweifelhaft.

Aufgaben der Selbstverwaltung

Der eingeleitete Prozess lässt sich nicht rückgängig machen. Negativen Entwicklungen begegnet der Gesetzgeber wie bei der Praxisgebühr mehr oder weniger kurzfristig mit Aktionismus. Daraus ergeben sich für die Selbstverwaltung drei Aufgabenkomplexe, die in der politischen Diskussion durch die Ärzteschaft immer wieder hervorgehoben werden müssen. Prof. Dr. Hoppe hat sie in seinem Referat umschrieben mit

- der Sicherung einer von Vertrauen geprägten Arzt-Patienten-Beziehung,
- der Begleitung der integrierten Versorgung, der Medizinischen Versorgungszentren und
- dem Ausbau der Versorgungsforschung unter Leitung der Akademie der wissenschaftlichen und medizinischen Fachgesellschaften.

Inwieweit sich die Qualität der medizinischen Versorgung mit den Reformen verbessert, ist nicht abzusehen. Doch nach den ersten Erfahrungen mit den Disease Management Programmen werden noch einige Probleme bei der Umsetzung auf die Ärzte zukommen. Frau Ulla Schmidt verkündete am Rande eines Gesprächs am 20. Februar 2004 mit rheinischer Frohnatur in Leipzig, dass sie eine Verbesserung des Qualitätsmanagements erwartet. Sie ließ aber aus schlichter Unkenntnis offen, welchen Anteil ihr Ministerium daran tragen wird.



Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt am 20. 2. 2004 in Leipzig

Knut Köhler
Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit