

Medizinische Versorgung in Deutschland vor dem Hintergrund des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG)



Referat von Dr. Stefan Windau, Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer, anlässlich des 14. Sächsischen Ärztetages am 25. Juni 2004 (gekürzte Fassung).

Der Arzt stand schon immer im Spannungsfeld zwischen den medizinisch möglichen und sinnvollen Bedingungen einerseits und den realen politischen und insbesondere gesundheitspolitischen Bedingungen andererseits. Konflikte mit Leitlinien, Richtlinien, Standards und gesellschaftlichen Normen, der Gesetzlichkeit und den ökonomischen Möglichkeiten bestanden schon immer. Jetzt aber zeichnet sich erheblicher Wandel des Gesundheitssystems seit Jahrzehnten ab, dies mit erheblichen Folgen für die medizinische Versorgung der Bevölkerung und natürlich auch für die Tätigkeit des Arztes und sein Selbstverständnis als Freiberufler. Die rechtlichen Aspekte der durch das GMG geschaffenen Möglichkeiten sind bekannt, weshalb andere Fragen in den Vordergrund gestellt werden.

Arztberuf in Europa

„Auch in Zukunft soll die Finanzierung, Organisation und der Leistungsumfang des Ge-

sundheitswesens in alleiniger Kompetenz der Nationalstaaten verbleiben.“ So konnte man die Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt hören. Im mittlerweile verabschiedeten Verfassungsentwurf der Europäischen Union steht folgendes: „Die Tätigkeit der Union ergänzt die Politik der Mitgliedsstaaten und ist auf die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, die Verhütung von Humankrankheiten gerichtet... Die Mitgliedsstaaten koordinieren untereinander im Benehmen mit der Kommission ihre Politik und ihre Programme...“ Tatsächlich beschränkt sich die originäre Gesundheitskompetenz der Kommission vor allem auf Aspekte der öffentlichen Gesundheit. Die Gesundheitssysteme gleichen sich in der Realität jedoch an. Motor dieser Harmonisierung auf leider niedrigem Niveau ist die Europäische Kommission, die den Wettbewerbskommissar Mario Monti fordert immer wieder die Abschaffung der Gebührenordnung und das völlige Aufheben des Werbeverbotes

für die freien Berufe. Für die EU-Kommission ist das Gesundheitswesen auch nur ein Markt unter anderen. Bundeswirtschaftsminister Wolfgang Clement wird nicht müde, ständig die Abschaffung der einheitlichen Gebührenordnung etc. zu fordern.

Die EU leitet ihre Bestimmungen aus der Gewährung des freien Waren-, Kapital- und Dienstleistungsverkehrs ab. Die Verträge der EU greifen aber über die Marktregulierungen auch in das deutsche Sozialsystem ein.

Zur Eröffnung des 107. Deutschen Ärztetages stellte Bundespräsident Johannes Rau fest: „Gesundheit ist ein hohes Gut, aber sie ist keine Ware. Ärzte sind keine Anbieter und Patienten sind keine Kunden!“. Dies steht nun sehr im Gegensatz zu dem, was die EU-Kommission möchte und ständig befördert. Welcher Bezug besteht aber nun zum GMG? Bereits vier Tage nach der Erweiterung der EU am 1. Mai 2004 um zehn Länder wurde durch verschiedene Krankenkassen Versicherten nahe gelegt, sich im Osten umzuschauen bezüglich Arzneimitteln, Zahnersatz, Physiotherapie etc. Grundlage dafür ist das GKV-GMG, mit der die europäische Rechtssprechung – freier Zugang zur ambulanten Behandlung in allen EU-Ländern – in nationales Recht umgesetzt wurde. Neben manchen positiven Folgen der Liberalisierung sind die wirtschaftlichen Folgen für das Gesundheitssystem, aber auch Folgen für das Gesamtwirtschaftssystem und das soziale System in der Bundesrepublik Deutschland absehbar. Eine Krankenkasse versuchte kürzlich unter Nutzung der Regelungen des GMG einige der insgesamt nur 264 tschechischen Kieferorthopäden abzuwerben, um in Niedersachsen diese Kollegen als angestellte Ärzte in von Kliniken betriebenen medizinischen Versorgungszentren einzusetzen. Der „Osthammer“ wird kräftig geschwungen.

Ökonomie hält verstärkt Einzug

Kein geringerer als der Chefökonom der Deutschen Bank, Norbert Walter, forderte unlängst auf dem Hauptstadtkongress in Berlin mehr Markt und mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen. Anders könne in Deutschland die stetig steigende Nachfrage nach ärztlichen Leistungen, nach Pflege und Therapie nicht befriedigt werden. Der Gesundheitssektor sei einer der großen künftigen Wachstumsmärkte, analysierte Walter. Wenn natürlich Kernelemente der Aussage von Norbert Walter selbstverständlich richtig sind, ist anderer-

seits doch die Überbetonung des Wettbewerbs traurig und zeigt die intellektuelle Einbahnstraße, in der sich viele befinden, die meinen, zum Gesundheitssystem etwas zu sagen zu haben.

Bert Rürup, bestens bekannt als Vorsitzender der nach ihm benannten Rürup-Kommission, mahnte, dass Effizienz nur vom Wettbewerb unter Kassen und Leistungserbringern, nicht aber von der Art der Finanzierung abhängig sei. Dies erscheint mir aber für einen ausgewiesenen Ökonomen dann doch etwas sehr dürftig. Natürlich kam auch vom AOK-Chef Jürgen Ahrens auf dem Hauptstadtkongress Unterstützung: „Das Tor muss weit geöffnet werden“ (für den Wettbewerb). Konsequenz: das KV-Monopol müsse fallen. Hier befand sich Herr Ahrens in bester Gesellschaft mit Seehofer, der ebenfalls forderte, dass jetzt die

Anbietermonopole aufgebrochen werden müssten und das sei „viel wichtiger“ als die Frage, ob die Krankenversicherung in Richtung Bürgerversicherung oder Kopfpauschalen umgebaut wird. In Erinnerung mancher Aussagen des ehemaligen Gesundheitsministers in den letzten Jahren erstaunt schon das Maß seiner Wandlungsfähigkeit. In Wirklichkeit aber ist das erschreckend.

Heilmittel Wettbewerb?

Am 23. Oktober 2003 fand in Berlin ein KBV-Symposium unter dem Titel „Wie weit geht der Wettbewerb? – Zwischen Sinnhaftigkeit und Systemauflösung“ statt. Birgit Bender, gesundheitspolitische Sprecherin von Bündnis 90/Die Grünen forderte: Um Gesundheitsleistungen effektiver und effizienter als bisher bereitstellen zu können, ist mehr

Wettbewerb innerhalb unseres Gesundheitswesens erforderlich. Durch ihn werden Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen, um die dauerhafte Finanzierbarkeit der solidarischen Krankenversicherung sicherzustellen. Der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen besteht seit dem 1996 eingeführten Kassenwahlrecht. Bisher weiter: Damit auch in einem Einzelvertragssystem die flächendeckende Gesundheitsversorgung gewährleistet bleibt, muss der Sicherstellungsauftrag auf die Krankenkassen übergehen. Trotzdem bleibt auch die Gesundheitsreform 2003 noch stark einer korporatistischen Systemlogik.

Dr. Manfred Richter-Reichhelm, erster Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, stellte im Gegensatz dazu fest: Wettbewerb im Gesundheitssystem ist wünschenswert und sinnvoll. Aber es darf kein ungeregelter Wettbewerb sein. Der Wettbewerb muss so gestaltet sein, dass der gleiche Zugang zu gleichartigen medizinischen Leistungen weiterhin flächendeckend – ohne substantielle Unterschiede nach Kassenzugehörigkeit – gewährleistet bleibt. Wettbewerb im Gesundheitswesen muss daher eine gleichmäßige Regelversorgung für jeden gewährleisten. Dafür sind nach wie vor Kollektivverträge zur Sicherstellung eines flächendeckenden Angebotes und zur Gewährleistung der gebotenen Mindestqualität erforderlich. Zur Organisation und Gewährleistung dieser Regelversorgung bedarf es weiterhin der Kassenärztlichen Vereinigungen. Sie alleine sind in der Lage, das für alle zu gewährleisten, ohne das eine staatliche Aufsicht dies bei allen Kassen kontrollieren oder/und verordnen müsste. Das gilt für die hausärztliche ambulante Versorgung ebenso wie für die fachärztliche. Ein Übergang des Sicherstellungsauftrags an über 300 Krankenkassen würde entweder in die Staatsmedizin oder in eine nicht mehr handhabbare Unübersichtlichkeit münden. Um willkürliche Risikoselektion durch die Krankenkassen durch gezieltes Vertragsmanagement zu verhindern, müssen solche Verträge nach klaren Kriterien, die zwischen KVen und Kassenverbänden oder Krankenkassen vereinbart werden, ausgeschrieben werden.

Am Gelde hängt...

Wenn man die Wettbewerbsdiskussion beobachtet und zusammenfasst, drängt sich vor allem eines auf: Man nennt es Qualität und

meint das Geld. Wir haben einen Wettbewerb in erster Linie um die Preise zu befürchten, weniger um die Qualität. Es ist anzunehmen, dass im Gegenteil die Qualität auf der Strecke bleibt.

Freiberuflichkeit von Ärzten, Zahnärzten, Apothekern, Physiotherapeuten und anderen war bisher ein wesentliches Merkmal des Gesundheitssystems. Dies ist schon lange ein Dorn im Auge der Europäischen Kommission. Natürlich bedarf es der europäischen Integration. Es muss aber gesagt werden, welche negativen Effekte Handeln und Diktion der Europäischen Union auch für unser Gesundheits- und Sozialsystem haben. Arbeit in abhängiger Stellung wird zunehmen. Dies ist gewollt, aus ökonomischen und ideologischen Hintergründen. Dies wird erhebliche Folgen mittelfristig und langfristig auf das Arzt-Patienten-Verhältnis haben. Kommerzialisierung auf allen Ebenen sowie Ökonomismus statt Ökonomie beim Blick auf den kranken Menschen wird die Folge sein. Es muss an dieser Stelle auf eine beschämende Äußerung eines Managers einer größeren Klinikette hingewiesen werden. Aber nicht, um etwa generell Krankenhausmanagern eine solche Geisteshaltung zu unterstellen. Aber es soll hier gesagt werden, da es zumindest eine Tendenz zeigt, der es sich klar entgegenzustellen gilt. Dieser unbestritten sachkompetente Manager verglich einen älteren Menschen, der möglicherweise für eine Hüftgelenkendoprothesenoperation sparen müsste, mit den Sparbestrebungen eines Sechzehnjährigen für den Erwerb eines Motorrads.

Eine solche Ansicht ist entlarvend, in der Endkonsequenz entsetzlich primitiv und auch zugleich zynisch. Dessen ungeachtet aber nicht bloß Äußerung eines Einzigen vom Wege Abgekommenen. Die Bürokratie wird zunehmen, Zeit für Zuwendung wird weniger. Marketing und verkaufsorientierte Psychologie statt menschlicher Nähe zum Patienten. Ärzte werden teilweise mutieren, einerseits zum medical Engineer und andererseits zum budget- und DMP-konformen, Arzneimittelrichtgrößen unterbietenden betriebswirtschaftlich befähigten Verwaltungsmediziner. Man könnte meinen, dass die Politiker nicht wissen, was sie tun, was sie auf dem Altar der tagespolitischen Opportunität opfern. Wenn sie es aber wissen und es dennoch tun, dann wäre es verwerflich. Manche Dinge könnte man doch wesentlich

einfacher lösen. Würde man dem Freiberufler „Arzt“ eine einheitliche Gebührenordnung geben, und dies flankieren mit einer effizienten Mengen-, Qualitäts- und Indikationskontrolle wäre wieder Luft für die eigentliche Tätigkeit des Arztes, ohne dass dabei die ökonomischen Bäume in den Himmel wachsen könnten und die finanziellen Ressourcen des Gesundheitssystems gefährdet würden. In einer Tageszeitung wurde kürzlich dargestellt, wie 1976 die fünf Wirtschaftsweisen in Widerspiegelung der wirtschaftlichen Stagnation von der Bundesregierung eine „Angebotspolitik“ forderten, diese mit dem Ziel, die Rahmenbedingungen für die wirtschaftliche Entwicklung zu verbessern. Vielleicht sollten unsere Politiker einmal über das nachdenken, was früher von Fachleuten gefordert und übrigens auch mit Erfolg umgesetzt worden ist. Ich habe den Eindruck, dass aus vielerlei Gründen zunächst zerstört wird, dann aber, wenn die Gesellschaft die Kraft finden sollte, sich zu besinnen, erst mühsam wieder aufgebaut werden müssen.

Integrierte Versorgung

Die integrierte Versorgung wird oft verwechselt mit Kooperation! Das Faktum der Kooperation ist selbstverständlich zu begrüßen, eine sinnvolle integrierte Versorgung auch. Was aber ist für den Arzt, der sich mit der Teilnahme an der integrierten Versorgung trägt, zu beachten? Vor allem, dass in der integrierten Versorgung nach §140 SGB V eine gemeinsame Budgetverantwortung und in hohem Maße eine Übernahme des Morbiditätsrisikos der Erkrankten gesetzlich festgeschrieben ist. Dies sollte bei allen Vertragsverhandlungen bedacht werden. Vermutlich werden große Krankenhäuser Selbstversorgungszentren betreiben, kleinere Häuser werden die Kooperation mit Fach- und Hausärzten bzw. mit deren medizinischen Versorgungszentren suchen. Auch hier stellt sich die Frage: Wird dies Ganze ein einziger großer Run ums Geld? Wird die Versorgung der Patienten tatsächlich besser? Für die hausarztzentrierte Versorgung im Sinne des Sozialgesetzbuches werden „besonders qualifizierte“ Hausärzte gefordert. Keiner allerdings definiert diese Qualifikation exakt. Immer wieder geforderte bundesmanteltarifliche Regelungen, die zu einheitlichen flächendeckenden Regelungen zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geführt hätten, sind aus verschiede-

nen Gründen nicht zustande gekommen. Nun versuchen verständlicherweise große Berufsverbände stattdessen ihre eigenen Regelungen zu treffen. Hier zeichnet sich eine Kopplung zwischen den DMP und dem Kernpunkt einer hausarztbasierten Versorgung ab. Die Kopplung der Finanzierung dieser Modelle nach § 73b und 140 ff SGB V zeugt von politischer und ökonomischer Phantasie, wird aber wohl Gegenstand rechtlicher Auseinandersetzungen sein. Insgesamt führt die Kopplung von Boni, Disease-Management-Programmen, Risikostrukturausgleich der Krankenkassen und besonderen Vertragsformen zu problematischen Konstellationen. Statt „state of the art“ werden Mindeststandards die Folge sein. Nicht auszudenken ist die Situation, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss dem gesetzlichen Auftrag folgt, den bereits früher der Koordinierungsausschuss hatte, nämlich pro Jahr bis zu sieben Disease-Management-Programme zu entwickeln. Dem Wildwuchs wird dann offenbar als sinnvolles gegensteuerndes Element die Impraktikabilität der Durchführung entgegenstehen. Es sind mehrere Fälle bekannt, wo in bereits funktionierenden Netzen bzw. ähnlichen Strukturen wie der integrierten Versorgung nun mittlerweile von Seiten der Kostenträger Arzneimitteleinsparungen mit Boni für die teilnehmenden Ärzte gekoppelt werden.

Zukunft Selbstverwaltung

Auch die Umstrukturierung der ärztlichen Selbstverwaltung wird mittelfristig Folgen für die Versorgung der Patienten haben. Es war immer schon wichtig, wie Ärzte organisiert sind und wie sie vertreten werden. Die Organisationsreform der KVen wird begründet mit der Notwendigkeit von mehr Professionalität. Es scheint aber, dass eher im Vordergrund stand: „divide et impera“. Natürlich hat auch die organisierte Ärzteschaft Fehler begangen. Der jahrzehntelange Streit zwischen Haus- und Fachärzten hat der Politik eine Steilvorlage geliefert, diese Organisationsreformen durchführen zu können. Die Professionalisierung durch hauptamtliche Vorstände wird möglicherweise zu einer Entfremdung von der ärztlichen Basis führen, zweifelsfrei wird die Vertretungsmacht der KVen geschwächt werden. Die Bedeutung der Berufsverbände wird steigen. Unterschiedliche Verträge, die nicht mehr flächendeckend sind und für den Arzt immer schwerer überschaubar werden, werden die Folge sein. Wir müs-

sen uns selbst an die eigene Nase fassen. Kämpfe zwischen Berufsverbänden wie Medi und KBV oder anderen Berufsverbänden sind bezeichnend.

Auf einem KBV-Symposium am 25. März 2004 unter dem bezeichnenden Motto „Letzte Chance für die Selbstverwaltung oder Lebenslänglich auf Bewährung“ äußerte Staatssekretär Klaus Theo Schröder, dass er sich nicht als Bewährungshelfer betätigen würde. Insgesamt wurde von vielen Diskutanten fest-

gestellt, dass der Staat zunehmend statt seiner Rechtsaufsicht Fachaufsicht ausübt. Dies war besonders zu Beginn dieses Jahres festzustellen (siehe Praxisgebühr, Chronikerregelung etc.). Dr. Hess vertrat die Meinung, dass die Selbstverwaltungen durch die Konstruktion des Gemeinsamen Bundesausschusses eher an Bedeutung zunehmen würden. Dem kann man sich so nicht anschließen. Oder nur in dem Sinne, als dass die Selbstverwaltung in ihrer Bedeutung zunimmt, nämlich als Ausführungsorgan des politischen Willens – lo-

gisch!! – aber unter Minimierung der Interessenvertretungsmöglichkeit der Ärzteschaft.

Wie können die Ärzte auf diese Herausforderungen antworten? Denkbar sind verschiedene Modelle: In einer hausarztzentrierten Versorgung/Kooperation würde der von der Krankenkasse ausgewählte Hausarzt die Versorgung koordinieren. Die Inanspruchnahme des Facharztes/Krankenhauses würde nur über den Hausarzt erfolgen. Hier sind Wahltarife mit Versichertenbindung für ein Jahr möglich, eine durchgängige sektorenübergreifende Versorgung erscheint nicht sichergestellt, zumindest würde hier auch eine Bedrohung der ambulanten fachärztlichen Schiene erfolgen. In einer krankenzentrierten Versorgung/Kooperation würde das Krankenhaus auch die ambulante Versorgung steuern. Eine Beseitigung der Schnittstellenproblematik ambulant/stationär ist wahrscheinlicher, jedoch wären von Nachteil die verminderte Hausarzteinbindung sowie die Reduzierung der niedergelassenen fachärztlichen Tätigkeit sowie die sich ergebende Infragestellung der Freiberuflichkeit insbesondere des Facharztes. Auch würden hier vermutlich Wartelisten resultieren sowie eine Beseitigung der flächendeckenden wohnortnahen Versorgung.

Fachübergreifende Versorgungszentren und -netze gibt es schon seit einigen Jahren. Dies sind vor allem Modelle schon vor der Zeit des GMG, teils auch im Verbund mit Krankenhäusern, die aber nicht zu Einsparungen geführt haben, weshalb das Interesse der Krankenkassen an diesen Strukturen rasch gesunken ist. Die Problematik der Trennung der Vergütungsanteile von Haus- und Fachärzten war all diesen Netzen wesensimmanent. Hier sind sicherlich auch einige erfolgreiche Versuche zu nennen. Insbesondere haben die Medi-Verbände, Genossenschaften und Berufsverbände solche Modelle konstruiert. Nicht alle KVen haben diese Strukturen mitgetragen.

Bei einer integrierten sektorenübergreifenden Kooperation steht, wie schon erwähnt, die Übernahme der Budgetverantwortung und

des Morbiditätsrisikos im Vordergrund. Die Budgetanforderungen müssen gegenüber den Krankenkassen durchgesetzt werden. Dies geht vermutlich aber nur dann erfolgreich, wenn morbiditätsorientierte, leitliniengestützte Versorgungsstrukturen da wären, was aber so nicht der Fall ist. Es wird vermutlich zu einer Konzentration auf wenige Versorgungsbereiche in einer Region kommen. Die Bedrohung der Einzelpraxis liegt klar auf der Hand. Zu erwähnen ist, dass nach Sozialgesetzbuch die Einbindung der KVen hier nicht nötig ist. Jedem Arzt, der beabsichtigt, sich einer solchen Struktur anzuschließen, sei aber dringend angeraten, sich einer professionellen Beratung durch die KVen zu versichern.

Die organisierte Ärzteschaft, insbesondere die Bundesärztekammer, versucht dem Wettbewerbsmodell der Krankenkassen ein Wettbewerbsmodell der Ärzteschaft entgegenzusetzen. Es handelt sich hierbei um eine Organisationsstruktur in Form eines Zusammenschlusses in einer ärztlichen Kooperation, wobei diese Kooperationsstruktur alle Vertragsformen des GMG bedienen kann. Dabei wird eine durchgängige, sektorübergreifende Versorgung ermöglicht und die Überwindung der Konkurrenz Hausarzt/Facharzt zumindest angestrebt. Diese Antwort von quasi ärztlich dominierten medizinischen Versorgungszentren auf die im SGB V inaugurierten medizinischen Versorgungszentren hat als Kernelemente unter anderem die Wahrung der Freiberuflichkeit, die Garantie der Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen von Weisungen Dritter, die Wiedererlangung von Definitionsmacht/Steuerungsmacht auch der ärztlichen Selbstverwaltung sowie den Erhalt der freien Arztwahl. Ziel dieser ärztlichen Versorgungszentren, die auf der Grundlage einer ärztlichen Sozietät wirken, wäre die Einbindung anderer Gesundheitsberufe und das Bedienen verschiedenster Forderungen, insbesondere der hausarztzentrierten Versorgung, der auftragsgebundenen fachärztlichen Versorgung, der integrierten Versorgung und der DMP.

Durch die Novellierung der Musterberufsordnung auf dem 107. Deutschen Ärztetag in

diesem Jahr in Bremen sind Wege aufgezeigt worden: Die Möglichkeit, an mehreren Stellen ärztlich tätig zu sein, das Betreiben von Teilgemeinschaftspraxen und Teilpartnerschaften, die Möglichkeit, mehreren Berufsausübungsgemeinschaften anzugehören, die Bildung überörtlicher Gemeinschaftspraxen, die erweiterten Anstellungsmöglichkeiten von Kollegen, die erweiterten Kooperationsformen mit anderen Leistungserbringern, die Möglichkeit der Zulassung der Ärztesellschaft. Die Musterberufsordnung muss erst noch von den Landesärztekammern umgesetzt werden. Zwingend erforderlich sind auch Änderungen der GOÄ, der Zulassungsverordnung und der Sozialgesetzbuches V. Hier wird es Kollisionen zu den derzeitigen sozialgesetzlichen Regelungen insbesondere mit Blick auf die Honorartrennung zwischen Haus- und Fachärzten, auf die neuen Regelleistungsvolumina im Jahre 2007 geben. Zuschläge für hausarztzentrierte Versorgung, auftragsgebundene fachärztliche Versorgung und integrierte Versorgung werden schwierig zu vereinbaren sein. Problematisch ist die notwendige Morbiditätsorientierung, denn es ist die Frage, wie diese Morbidität exakt gemessen wird.

Kammern und KVen müssen zunehmend enger zusammenwirken. Hier ist Sachsen und sicherlich auch andere Bundesländer auf einem guten Weg. Es bleibt aber noch sehr viel zu tun. Unabhängig von all diesen Fragen von Wettbewerb, Versorgungsstrukturen und Selbstverwaltung muss die Ärzteschaft sich mit ihrem Berufsbild in der Gesellschaft auseinandersetzen. Derzeit kommt sie, sicherlich verständlicherweise, fast immer nur zum reagieren im technischen/vertragsrechtlichen/berufsrechtlichen Sinne. Sie muss sich aber Gedanken machen, wie sie sich neben diesem notwendigen und überlebenswichtigen Alltagsgeschäft gesamtgesellschaftlich positioniert. Man darf den Entwicklungen nicht immer nur hinterher rennen.

Dr. Stefan Windau
Vizepräsident