

Der Start der Gesundheitsreform 2004 kam einem Desaster gleich. Zahlreiche Ärztinnen und Ärzte gerieten wegen missverständlich formulierter Gesetzestexte in unwürdige Situationen, weil sie die so genannte Praxisgebühr für die Krankenkassen einzukassieren hatten. Eine Vielzahl von Patientinnen und Patienten war verunsichert und verärgert. So mancher musste die Gebühr von zehn Euro innerhalb weniger Wochen drei- oder gar viermal zahlen, weil die Staatsbürokratie allzu unsensibel in die Arzt-Patient-Beziehung hineinregiert hatte. Kein Wunder, dass es auch bei der Bundesärztekammer (BÄK) Protestbriefe hagelte. Über diese Turbulenzen darf allerdings

nach Auffassung der BÄK eines nicht übersehen werden: Praxisgebühr, Zuzahlungen und neue Regeln für die Erstattung von Arzneimitteln sind keineswegs die Kernpunkte des zum Jahresbeginn in Kraft getretenen „GKV-Modernisierungsgesetzes“. Vielmehr glaubt man bei Spitzenorganisation der deutschen Ärzteschaft, dass die zurzeit laufenden Reformen mittelfristig zu einer grundlegenden Umgestaltung der medizinischen Versorgung führen werden. „Die strukturellen Komponenten, die das Gesetz enthält, sind in der Öffentlichkeit bisher noch kaum wahrgenommen worden“, sagte der Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, Mitte Februar bei einem Presseseminar in Berlin. Die Reformen bergen nach seiner Ansicht die Gefahren einer Kommerzialisierung des Systems, einer verschärften Rationierung und eines schleichenden Qualitätsverlustes. Die Bundesärztekammer will hier gegensteuern und sich nach den Worten ihres Präsidenten dafür einsetzen, dass

- die individuelle Patient-Arzt-Beziehung auch in den Organisationsformen der Zukunft ihren Platz hat,
- Ärztinnen und Ärzte auch künftig noch weisungsfrei ihre Entscheidung unter medizinischen Gesichtspunkten treffen können,
- eine wohnortnahe Versorgung erhalten bleibt,
- die Versorgungsforschung zuverlässige Informationen über das Versorgungsgeschehen liefert und

# Kommt die Wende zum Kommerz?

*Der Einstieg in die Gesundheitsreform ist gründlich misslungen. Vor allem wegen der so genannten Praxisgebühr und neuer Zuzahlungsregelungen hagelte es heftige Proteste von Patienten und Ärzten. Doch der eigentliche Kern der Reform sind bisher kaum diskutierte Neuerungen, die zu einer grundlegenden Umgestaltung der bisherigen medizinischen Versorgung und einer bisher nicht gekannten Kommerzialisierung führen können.*

**von Horst Schumacher**

tus wie bisher die einheitlichen Behandlungspflichten für alle Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung. Zusätzlich kann der Vertragsarzt aber auch – unabhängig von der Kassenärztlichen Vereinigung – Versorgungsverträge mit einzelnen Krankenkassen schließen. Das gilt zum Beispiel für die so genannte hausarztzentrierte Versorgung. Die Versicherten der Kasse können sich im Rahmen dieser Versorgung freiwillig für ein Jahr bei einem Hausarzt einschreiben, was der Gesetzgeber finanziell fördert. Neu ist, dass hier kein Anspruch des Arztes auf Zulassung besteht, sondern dass – so Schirmer – „erstmal ein Selektionsprozess“ stattfindet. Auch im fachärztlichen Bereich kann es selektive Verträge geben, die zum Beispiel an bestimmte Qualitätsvoraussetzungen gebunden sind.

- Direktverträge zwischen Ärzten und Kassen wird es auch geben bei der „integrierten Versorgung“, die der Gesetzgeber als Parallelstruktur zur bisherigen Versorgung angelegt hat. Die integrierte Versorgung kann sektorenübergreifend angelegt sein, also zum Beispiel ambulante und stationäre Behandlung umfassen. Außerdem hat der Gesetzgeber die „interdisziplinär-fachübergreifende“ Versorgung vorgesehen, die Spielräume eröffnet für die Kom-

- das nationale Leitlinien-Programm der Bundesärztekammer in Zusammenarbeit mit den medizinischen Fachgesellschaften die Möglichkeiten der qualitativ guten Medizin aufzeigt.

## Weit reichende Strukturveränderungen

Das GKV-Modernisierungsgesetz sieht eine Reihe weit reichender Strukturveränderungen der medizinischen Versorgung vor, wie der Justitiar der BÄK, Rechtsanwalt Horst Dieter Schirmer, in Berlin erläuterte.

- So wird der „multiple“ Vertragsarzt eingeführt. Als Mitglied der Kassenärztlichen Vereinigung obliegen ihm aufgrund seines vertragsärztlichen Sta-



*Der Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, warnt vor den Gefahren einer Kommerzialisierung des Gesundheitssystems, einer verschärften Rationierung und eines schleichenden Qualitätsverlustes.  
Foto: Erdmenger/ÄkNo*

bination von Ärzten und Einrichtungen. Diese Form fördert der Gesetzgeber, indem er den Abzug von bis zu einem Prozent von der vertragsärztlichen Gesamtvergütung bzw. von Krankenhausbudgetanteilen zugunsten der integrierten Versorgung ermöglicht.

Darüber hinaus sieht das Gesetz die Einrichtung von „Medizinischen Versorgungszentren“ vor. Auch diese sollen fachübergreifend-interdisziplinär arbeiten. „Die Besonderheit besteht darin, dass erstmals in der Geschichte der kassenärztlichen Versorgung neben dem niedergelassenen freiberuflichen Vertragsarzt oder neben Gemeinschaften von Vertragsärzten eine institutionelle Versorgungsweise in Gestalt von Medizin-Einrichtungen, ähnlich wie Ambulatorien oder Polikliniken, als Wettbewerber eingeführt wird“, sagte Schirmer.

Schließlich ermöglicht das GKV-Modernisierungsgesetz eine Teilöffnung der Krankenhäuser für die hochspezialisierte ambulante Versorgung, etwa bei seltenen Erkrankungen. Direktverträge zwischen Kliniken und Krankenkassen sind möglich.

### Medizin der Zukunft – unpersönlich und geschäftsmäßig?

Diese Vielfalt neuer Formen, die miteinander im Wettbewerb stehen, ist aus Sicht der BÄK nicht per se negativ zu bewerten, hieß es in Berlin. Ärztespräsident Hoppe verwies darauf, dass die Ärzteschaft seit langem eine bessere Verbindung von ambulantem und stationärem Sektor fordert. Hier eröffne das Gesetz neue Chancen. Doch hat der Präsident der Bundesärztekammer auch die Sorge, dass die Konzentration in größeren Versorgungseinheiten einer Kommerzialisierung Vorschub leisten und zu einer „unpersönlichen und geschäftsmäßigen“ Medizin führen könnte, die keinen Platz mehr lässt zur Entfaltung der individuellen Patient-Arzt-Beziehung. Als Gefahr sieht Hoppe auch die Ausdünnung der flächendeckenden und wohnortnahen fachärztlichen Versorgung.

Gerade die Kombination der neuen Möglichkeiten des Gesetzes

- mit der bereits laufenden Umstellung der Klinikfinanzierung auf diagnosebezogene Fallpauschalen (DRGs) in den Kliniken und
- den Disease-Management-Programmen (DMP)

birgt nach Ansicht des Präsident der Bundesärztekammer die Gefahr, dass „viele Menschen künftig in einer konzentrierten Versorgungslandschaft mit einem erschwerten Zugang zur Medizin werden kämpfen müssen“.

Parallel zur Einführung der DRGs in den Kliniken sei dort bereits eine „Mentalitätsänderung“ festzustellen, sagte Hoppe. Eine umfassende Diagnostik und Therapie finde häufig nicht mehr statt, weil diese durch die



*Ärztinnen und Ärzte müssen auch künftig noch weisungsfrei ihre Entscheidung unter medizinischen Gesichtspunkten treffen können. Foto: gettyimages*

pauschale Vergütung nicht gedeckt sei. „Der Patient wird als Besitzer einer Diagnose betrachtet, und so wird er auch behandelt.“ Weiterführende Diagnostik und Therapie werde in den ambulanten Sektor verlagert. Eine enge Verzahnung der Sektoren in ambulanten-stationären Verbundsystemen – etwa in Form von Versorgungszentren – könne angesichts dieser Problematik eine gute Entwicklung darstellen.

Ein Qualitätsverlust in der medizinischen Versorgung droht nach Hoppes Meinung auch von den Disease-Management-Programmen in ihrer derzeitigen Form. Diese Programme würden keineswegs wie versprochen rein

nach medizinischen Gesichtspunkten gestaltet. Die DMP bieten nach Ansicht des Kammerpräsidenten nicht das Bestmögliche, sondern das Finanzierbare: „DMP-Medizin bedeutet de facto strukturelle Rationierung der Versorgung, also Versorgungs-Verminderung.“

Ein Konflikt zwischen Medizin und Ökonomie ist auch in der Einführung der „Medizinischen Versorgungszentren“ angelegt. Aus Sicht der Ärzteschaft müssen die Rahmenbedingungen der ärztlichen Berufsausübung so gestaltet werden, dass Ärztinnen und Ärzte in ihren Entscheidungen nur medizinischen Gesichtspunkten unterworfen sind, so BÄK-Justitiar Schirmer in Berlin.

Die Medizinischen Versorgungszentren können nach seinen Ausführungen nun erstmals als so genannte Heilkundengesellschaften – organisiert etwa als GmbH oder Aktiengesellschaft – heilkundliche Leistungen mit angestellten Ärzten anbieten. Der Behandlungsvertrag werde zwischen dem Patienten und der Gesellschaft geschlossen, die auf Profit ausgerichtet sei, und von den Ärzten lediglich erfüllt.

„Aus diesem Zwiespalt erwuchs zu früheren Zeiten im Rahmen des ärztlichen Berufsrechts bei der ambulanten Versorgung ein Vorbehalt gegen die Zulassung von Heilkundengesellschaften. Sie wurde als besonders anfällig angesehen, durch gewerbliche Formen der Heilkundenausübung ‚denaturiert‘ zu werden. Solche Vorbehalte haben auch in berufsgesetzlichen Regelungen einiger Bundesländer ihren Niederschlag gefunden, die solche Versorgungsformen im ambulanten Bereich entweder verbieten oder an die Zustimmung der Ärztekammer binden“, erklärte Schirmer.

Seines Erachtens dürfte sich das neu geschaffene Bundesrecht gegen das bisherige Verbot durchsetzen. Zu fordern seien berufsrechtliche Begleitregelungen für die neuen Gesellschaften, etwa nach dem Vorbild der Rechtsanwälte, Steuerberater und Wirtschaftsprüfer. Ziel dieser Regelungen ist es, die Unabhängigkeit der Angehörigen der Berufe in der Gesellschaft sicherzustellen und sie von Fremdeinflüssen frei zu halten. Denkbar wäre laut Schirmer zum Beispiel, dass die Mehrheit der Gesellschafter und die Geschäftsführer Berufsangehörige sein müssen.