

Das GKV-Moder-
nisierungsgesetz
(GMG) hat einen
Paradigmenwechsel im
deutschen Gesundheits-
wesen eingeleitet.“ Das
sagte der Präsident der
Ärzttekammer Nordrhein
(ÄkNo) und der Bundes-
ärztekammer, Professor
Dr. Jörg-Dietrich Hoppe,
bei der Kammerversamm-
lung der ÄkNo am 20.
März in Düsseldorf. Nach
Hoppes Worten ist bisher
in der Öffentlichkeit noch
nicht ausreichend wahr-
genommen worden, dass
das GMG – und andere
bereits laufende Refor-
men wie die Umstellung
der Klinikfinanzierung
auf Fallpauschalen – die
Strukturen des Gesund-
heitswesens gravierend
verändern werden. Die

Folge werde eine Verknappung der Leistungen sein. „Es
wird viele Menschen geben, die nicht mehr so behandelt
werden können, wie das in der Vergangenheit der Fall
war“, warnte Hoppe. Die Verantwortung dafür trage der
Gesetzgeber. Nach Ansicht des Kammerpräsidenten
wird es „zumindest für eine länger dauernde Übergangs-
phase eine Unzufriedenheit in der Bevölkerung“ mit
den neuen Verhältnissen im Gesundheitswesen geben.

Privatisierung, Kommerzialisierung, Merkantilisierung

Krankenhausversorgung und ambulante fachärztliche
Versorgung werden sich nach Hoppes Prognose
„weitgehend in privater Form neu ordnen“. Schon
heute sei zu beobachten, dass zunehmend Kommunen
bisher von ihnen getragene Kliniken an Unternehmen
verkaufen oder verleasen. Die Philosophie des „Feu-
erwehrprinzips“ der 60er und 70er Jahre, nach der je-
der Patient innerhalb von 15 Minuten das geeignete
Krankenhausbett erreichen sollte, sei aufgegeben
worden. „Es wird jetzt gesagt, Krankenhäuser
müssen dort existieren, wo sie wirtschaftlich arbeiten,
und es sei den Menschen zuzumuten, auch einmal eine
weiter entfernte Region aufzusuchen.“ Diese Tendenz
weg vom flächendeckenden Angebot und eine Konzen-
tration in Zentren werde auch bei den niedergelassenen
Fachärztinnen und Fachärzten einsetzen. Im stationären
und fachärztlichen Sektor, vor allem bei hoch speziali-
sierten Leistungen, wird laut Hoppe „der letzte Rest des
Mildtätigkeitsgedankens“ verloren gehen und durch ein
Kosten-Nutzen-Denken ab-

Das GMG und die Folgen

*Privatisierung, Kommerzialisierung,
Merkantilisierung – Bei der Kammerversamm-
lung der Ärztekammer Nordrhein
am 20. März in Düsseldorf wies
Kammerpräsident Professor
Dr. Jörg-Dietrich Hoppe auf mögliche
Tücken der Strukturreformen
im Gesundheitswesen hin*

von Horst Schumacher

gelöst werden. Das Ge-
sundheitswesen werde
zunehmend „aus der Ge-
dankenwelt der Wirt-
schaftspolitik“ gesteuert
und kaum mehr wie frü-
her aus der Sozialpolitik.
„Da sind die mildtätig
Denkenden einfach fehl
am Platz. Da muss man
merkantil denken“, be-
fürchtet Hoppe.

**Professionalisierung,
Programmierung,
Überregulierung**

Die vom Gesetzgeber
neu eingeführte Profes-
sionalisierung des Vor-
standes der Kassenärztli-
chen Vereinigungen be-
deutet nach Hoppes Wor-
ten einen Schritt „weg
von der Mandatsträger-
orientierten Selbstver-

waltung zu einer mehr in den Funktionärsstatus über-
führten Selbstverwaltung.“ Der Kammerpräsident äu-
ßerte den Wunsch, dass dennoch auch künftig nicht nur
Aufträge des Gesetzgebers ausgeführt werden, sondern
dass Gestaltungsraum für die Beteiligten im Gesund-
heitswesen bleibt. Die Selbstverwaltung dürfe sich nicht
zum reinen Transmissionsriemen und Disziplinierungsin-
strument degradieren lassen. Das gelte insbesondere
für den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Hoppe übte auch Kritik an der offenbar vom Gesetz-
geber gewünschten „Programmierung der Behand-
lungsfachleute“ – zum Beispiel im Rahmen der Disea-
se-Management-Programme für chronisch Kranke. Der
Kammerpräsident sagte: „So wie Disease-Management-
Programme in Deutschland gehandhabt werden,
bedeuten sie eine Kasernierung von Krankheiten und
eine Konfektionierung von Behandlung. Die in
Deutschland vorgesehene „Einheitsform“ dieser Pro-
gramme lasse nur marginale Abweichungen zu. Eine
Optimierung unter medizinischen Gesichtspunkten sei
kaum möglich, zumal nach Hoppes Auf-
fassung finanzielle Überlegungen min-
destens eine gleichwertige Rolle spielen.
Die Programme bedeuten nach seiner
Ansicht einen „Leistungsabbau“ und
„strukturelle Rationierung“.



*Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsi-
dent der Ärztekammer Nordrhein und der
Bundesärztekammer: „Es wird viele Men-
schen geben, die nicht mehr so behandelt
werden können wie in der Vergangenheit.“
Foto: Erdmenger/ÄkNo*

Die neue Fortbildungs-Nachweispflicht, die der Gesetzgeber für Vertragsärzte und Krankenhaus-Fachärzte eingeführt hat, stuft Hoppe als „klassischen Fall von staatlicher Überregulierung“ ein. Schließlich ist die Fortbildungspflicht bereits seit langem in der ärztlichen Berufsordnung festgeschrieben, und an den umfangreichen Fortbildungsaktivitäten der Ärztinnen und Ärzte gibt es keinen begründeten Zweifel.

Immerhin überlasse das Gesetz die inhaltliche Ausgestaltung des Nachweises der ärztlichen Selbstverwaltung. Ungeachtet dessen sind die neue Nachweispflicht und die damit verbundenen Strafandrohungen für Vertragsärzte nach Hoppes Auffassung überflüssig.

Flucht aus den Gesundheitsberufen stoppen

Ihrer Forderung, dass der Trend zur Flucht aus den Gesundheitsberufen gestoppt werden muss, hat die Ärztekammer Nordrhein nach den Worten ihres Präsidenten bei der 12. Landesgesundheitskonferenz Nordrhein-Westfalen Nachdruck verliehen. Thema der Konferenz war erstmals die Lage der Heil- und Pflegeberufe.

So sei es gelungen, wichtige Fakten in die Resolution der Landesgesundheitskonferenz einfließen zu lassen. Zum Beispiel ist darin festgehalten,

- dass der Anteil der Ärztinnen und Ärzte, die derzeit älter als 60 Jahre sind und demnächst aus dem Beruf ausscheiden, ist mit rund neun Prozent überproportional hoch ist und
- dass nur 2.900 von 3.850 Medizinabsolventen im Jahre 2001 in die Patientenversorgung gingen – das sind 77 Prozent – während sich fast ein Viertel anderen Berufsfeldern zuwendete.

Der Präsident würdigte die Forderungen der Landesgesundheitskonferenz,

- die Belastung von Ärztinnen und Ärzten mit Verwaltungsaufgaben generell zu überprüfen und
- alle einschlägigen rechtlichen Vorgaben zur Entbürokratisierung des ärztlichen Arbeitsalltags auf den Prüfstand zu stellen und zu reduzieren.

Allerdings zeigte er sich irritiert darüber, dass die Landesregierung den bereits deutlich spürbaren Ärztemangel und einen Mangel an Pflegepersonal in NRW bestreitet. Solche Beschwichtigungen sind seiner Ansicht nach problematisch angesichts des Spagats, den die Leistungsträger im Gesundheitswesen bereits seit vielen Jahren aushalten müssen: zwischen den steigenden Anforderungen der Patientenversorgung einerseits und den knappen zur Verfügung stehenden Mitteln andererseits.

Entschließung der Kammerversammlung

Pflegenotstand und Bürokratie

Die Kammerversammlung Nordrhein fordert die verantwortlichen Politiker und Behörden dringend dazu auf, die Altenheime von Verwaltungsballast zu befreien.

Investitionsstau in den Kliniken

Laut dem Entwurf des Krankenhausinvestitionsprogramms 2004 stehen nach Angaben des Präsidenten im Haushalt des Landes rund 735 Millionen Euro für Investitionen zur Verfügung. „Der immense Nachholbedarf an Krankenhausinvestitionen in NRW wird so leider nicht verringert“, sagte Hoppe. Mit den bewilligten Mitteln könnten in den Regierungsbezirken Köln und Düsseldorf in diesem Jahr lediglich 23 von 165 beantragten Bauvorhaben gefördert werden. Immerhin aber sei die Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser von aktuellen Einsparzwängen im Landeshaushalt ausgenommen. „Der zur Verfügung stehende Betrag wurde leicht erhöht; das reicht aber keineswegs aus. Die Ärztekammer Nordrhein appelliert deshalb an das Land Nordrhein-Westfalen, seinen gesetzlichen Auftrag wahrzunehmen und die Leistungsfähigkeit der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser nicht weiter durch eine unzureichende Investitionsfinanzierung zu gefährden“, sagte der Kammerpräsident.

Die Ärztekammer Nordrhein begleitet auch die Landes-Krankenhausplanung weiter intensiv. Inzwischen lägen für die ersten drei nordrheinischen Versorgungsgebiete regionale Planungskonzepte vor, berichtete Hoppe. Diese regionalen Konzepte sind mit dem novellierten Krankenhausgesetz Nordrhein-Westfalen im Dezember 1998 eingeführt worden. Dabei sind Krankenhausträger und Krankenkassen die Verhandlungspartner. Regionale Planungskonzepte liegen nun erstmals vor für Duisburg und die Kreise Wesel und Kleve, die Städte Essen, Mülheim und Oberhausen sowie die Städte Mönchengladbach und Krefeld und die Kreise Neuss und Viersen. „Interessant ist, dass sich Krankenhausträger und Krankenkassen überwiegend geeinigt haben“, sagte Hoppe. Der vereinbarte Bettenabbau falle moderat aus. Befürchtungen, dass durch die dezentrale Vorgehensweise zu viele Betten abgebaut werden könnten oder es zu einer ungleichen Entwicklung kommt, hätten sich nicht bestätigt.

Der Präsident wies auch darauf hin, dass die bei der Ärztekammer Nordrhein angesiedelte Geschäftsstelle Qualitätssicherung zum Jahresbeginn die Verantwortung für das Qualitätssicherungsverfahren in ganz Nordrhein-Westfalen übernommen hat. Gleichzeitig habe eine nachhaltige Verringerung des Dokumentationsumfanges für die ärztlichen Kolleginnen und Kollegen in den Krankenhäusern erreicht werden können. „Dies ist besonders wichtig, weil die Vorbereitung auf die Qualitätsberichte begonnen hat, die die Krankenhäuser ab 2005 unter Berücksichtigung der Arbeitsergebnisse der ärztlichen Kolleginnen und Kollegen erstellen müssen“, sagte Hoppe.