

Prolog

Das vergangene Jahr war geprägt von heftigen Auseinandersetzungen über die staatsmedizinischen Pläne des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS). Mit institutionalisierter Misstrauenskultur und unerträglicher Überbürokratisierung sollten die Ärzte verwaltungsmedizinisch eingenordet werden. Zwar ist es gelungen, durch permanente Information der politisch Verantwortlichen und der Medien wesentliche Korrekturen zu erreichen, gleichwohl ist das GKV-Modernisierungsgesetz ein Mängelkonzept geblieben, nicht viel mehr als ein politischer Kompromiss und inhaltliches Stückwerk.

Hinter den ersten Entwürfen des Ministeriums stand aber die Absicht eines grundlegenden Paradigmenwechsels in die Staatsmedizin. Es sollte eine Kontrollbürokratie entstehen, die den Arzt zum Krankheitsverwalter degradiert hätte. Auch sollte das Kollektivvertragssystem schrittweise durch ein undurchschaubares System von Einzelverträgen ergänzt werden. Die niedergelassenen Fachärzte sollten gar nur noch über Einzelverträge mit den Krankenkassen eine Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung erhalten und de facto aus dem KV-System ausgegrenzt werden. Damit wollte das Ministerium den neuen Medizinischen Versorgungszentren zum Erfolg verhelfen. Die ambulante fachärztliche Versorgung sollte künftig allein auf die Zentren und in besonderen Fällen auch auf Krankenhäuser konzentriert werden.

Das wesentliche Instrument für diese Neuordnung im Gesundheitswesen war das ursprünglich geplante Staatsinstitut für Qualität in der Medizin, das nicht nur verbindliche Leitlinien für die ärztliche Versorgung vorgeben, sondern auch einen Ärzte-TÜV etablieren sollte. Umso wichtiger war es, dass die Politiker davon überzeugt werden konnten, auf einen Ärzte-TÜV zu verzichten. Nunmehr ist in dem Gesetz klargestellt, dass die ärztlichen Körperschaften selbst Inhalte und Verfahren der ärztlichen Fortbildungspflicht definieren und diesen mit ihren selbst gewählten Gremien die notwendige Akzeptanz verschaffen.

Dass von den ursprünglichen Plänen des Ministeriums noch so viel verhindert werden konnte, ist auch und besonders auf die konsequente Aufklärung und Information der Ärzteschaft zurückzuführen. In einer Vielzahl von Gesprächen mit Politikern der im Bundestag vertretenen Parteien, den Ministerien und im Zusammenwirken mit den Mitstreitern im „Bündnis Gesundheit 2000“ sowie durch eine offensive Pressearbeit konnten maßgebliche Korrekturen erreicht werden.

Wie wenig dieses Reformwerk durchdacht ist, hat auch der Fehlschlag zu Beginn des Jahres 2004 gezeigt. Der Zwang zum Inkasso der Praxisgebühr hat bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und ihren Patienten zu verständlichem Unmut geführt.

Diese Reform hat keine Gewinner. Nicht einmal die Beitragssatzsenkungen werden in dem Umfang erreicht werden können, wie ursprünglich geplant. Zwar ist mehr Wettbewerb um Qualität versprochen worden, aber schon jetzt ist eine weitere Rationierung medizinischer Leistungen vorprogrammiert. Die Versorgungsstruktur sollte effizienter gestaltet werden, aber die wohnortnahe ärztliche Versorgung wird abgebaut. Die Attraktivität der Gesundheitsberufe sollte verbessert werden, aber der Ärztemangel manifestiert sich.

Die vermeintliche Qualitätsoffensive, die mit der Reform in Gang gesetzt werden sollte, entpuppt sich immer mehr als groß angelegtes Manöver zur Verschleierung rationierungsbedingter Defizite in der Versorgung. Seitdem bekannt ist, wo überall Unterversorgung durch Ressourcenmangel entsteht, ist auch die Diskussion über Unter-, Über- und Fehlversorgung stark abgeebbt. Dazu hat sicher auch die Erkenntnis beigetragen, dass im Gesundheitswesen millionenfach unbezahlte Überstunden geleistet werden, die in anderen Branchen vermutlich schon Massenstreiks zur Folge gehabt hätten. Auch die Urteile des Europäischen Gerichtshofs zu den Arbeitszeiten der Ärzte haben deutlich gemacht, welche personelle Unterversorgung besteht, wenn im Gesundheitswesen Arbeitszeit grundsätzlich als solche verstanden wird.

Eine besondere Art der Leistungskonzentrierung bahnt sich durch die neuen Bestimmungen der Krankenhausfinanzierung und die im Jahr 2004 erstmalig für bestimmte planbare Leistungen vorgegebenen Mindestmengen im stationären Sektor an. Dabei ist zu befürchten, dass diese neuen Steuerungsgrößen primär über ökonomische Anreize auf die Gesundheitsversorgung Einfluss nehmen werden. Durch das neue Fallpauschalensystem für Krankenhäuser wird nicht allein im tatsächlich positiven Sinne mehr Transparenz über das stationäre Leistungsgeschehen erreicht. Es erlaubt den Krankenhäusern umgekehrt, ihre Patienten in wirtschaftlich lohnende und wirtschaftlich problematische Fälle einzuteilen. Eine Wartelistenmedizin und die Weiterreichung von Patienten mit finanziell „schlechten“ Diagnosen könnten die Folgen sein.

Krankenhäuser werden auch auf ökonomischer Grundlage abwägen, ob es sich für sie künftig noch lohnt, junge Ärztinnen und Ärzte beruflich weiterzubilden. Bis jetzt sind noch keine positiven Anreize für die Sicherstellung eines ausreichenden ärztlichen Nachwuchses unter den Bedingungen der diagnosenbezogenen Pauschalfinanzierung vorgesehen. Ob unter solchen Bedingungen noch Zeit für die Anleitung in der ärztlichen Weiterbildung bleibt, darf nicht allein über die Anreize der Pauschalen zur Kostenoptimierung entschieden werden. Was hier zunächst gut für das Krankenhausbudget erscheint, wird sich als zu kurzichtig im Hinblick auf die Zukunft unserer Gesundheitsversorgung erweisen. Zu dem bereits vorhandenen allgemeinen Ärztemangel wird dann noch ein Spezialisierungsmangel treten, der unser demographiebestimmtes Gesundheitssystem nicht in die Beitragssatzstabilität, sondern in das durch Pauschalen bedingte Mittelmaß führen wird.

Die Disease-Management-Programme, so wie sie jetzt angelegt sind, sind ein weiterer Indikator für die Konzentration und den Qualitätsverlust in der Versorgung. Sie werden keineswegs, wie versprochen, eine medizinisch optimale Betreuung gewährleisten. Da die finanziellen Ressourcen begrenzt sind, ist gar nicht zu verhindern, dass medizinische „Notwendigkeiten“ den finanziellen Möglichkeiten angepasst werden. Wenn die betroffenen Patientinnen und Patienten alle nach demselben Programmschema versorgt werden, ist eine weitgehende Gleichheit der Behandlung zu erwarten, nicht aber eine bessere Qualität, da individuelle Krankheit individuelle Therapie erfordert.

Der berechtigte Anspruch der Patienten auf eine zuwendungsorientierte und individuelle Behandlung und Betreuung aber widerspricht dem politischen Dogma der Beitragssatzstabilität. Aufgabe der Ärzteschaft wird es sein, diesen Konflikt zwischen dem medizinisch Notwendigen und den knapper werdenden Ressourcen in der öffentlichen Diskussion über die zukünftige Finanzierung des Gesundheitswesens transparent zu machen.

Vor dem Hintergrund der zunehmenden Reglementierung und Bürokratisierung im Gesundheitswesen wird auch der 107. Deutsche Ärztetag in Bremen deutlich machen, dass durch eine Rationalisierung der Dokumentationsabläufe und -inhalte die oft kaum mehr zumutbare Vereinnahmung ärztlicher Arbeitszeit durch Bürokratie zu Lasten der Patientenversorgung reduziert werden muss.



Prof. Dr. Dr. h.c. J.-D. Hoppe