

spiel „Wer soll untätig zusehen, wenn Patienten unnötig leiden? Wir nicht!“ wollten die Aktions-Teilnehmer vor allem eins – die Bürger wachrütteln. Das Szenarium der Zukunft: lange Wartezeiten in Praxen, standardisierte und mit dem Rotstift kalkulierte Behandlungs-Schemata, kaum Platz für individuelle Bedürfnisse der Patienten, Praxissterben, zunehmende Abwanderungs-Welle qualifizierter Ärzte ins benachbarte Ausland, Arbeitsplatz-Verlust vor allem im Bereich der Arzthelferinnen.

Im Gelsenkirchener Stadtzentrum trafen sich z. B. rund 300 Ärzte, Arzthelferinnen und Bürger, um im Rahmen einer Kundgebung – an der sich u.a. Vertreter der Vertragsärzte, Psychotherapeuten, Zahnärzte, Krankenhäuser und Physiotherapeuten beteiligten – ihrem Unmut über die Gesundheitsreform Luft zu machen. Alle im Kreis Unna tätigen Ärztenetze stellten auf dem Unnaer Weihnachtsmarkt ebenfalls eine zentrale Kundgebung auf die Beine. In Bielefeld zog ein 300 Meter langer Protestzug vom Rathaus zur Stadthalle, wo sich mehr als 1.500 Mitarbeiter der Gesundheitsberufe versammelten.

In Leverkusen zogen Mediziner mit Trompetenbegleitung und umgetextete Weihnachtslieder singend durch die Stadt und legten Trauerkränze vor den Vertretungen der CDU und SPD nieder. Im münsterländischen Freckenhorst hängten Ärzte ihre Kittel symbolisch an die Tür des Wahlkreis-Büros des hiesigen CDU-Bundestagsabgeordneten. Eine für alle Interessierten offene Veranstaltung im Düsseldorfer Haus der Ärzteschaft schloss den Aktionstag ab. Hier zogen Patienten, Ärzte und Vertreter der Gesundheitsberufe Bilanz zu den Aktionen.

Nur einige wenige Beispiele für die Vielzahl von Aktionen, mit denen vor allem eines erreicht werden sollte: Aufmerksam machen auf eine Reform, die mehr schadet als hilft. Niemand wird mehr arbeiten wollen in einen Gesundheitswesen, in dem sich Ärzte ihren Beruf nicht mehr leisten können, Kliniken und Praxen die Insolvenz anmelden müssen und die wohnortnahe und flächendeckende Versorgung zerstört wird. Den Weg in die staatliche Einheitsmedizin wollen die Ärzte nicht mitgehen.



Reform ohne Plan?

Mit der Beschlussfassung im Bundeskabinett im Oktober wurde die Gesundheitsreform auf das Gleis gesetzt.

Nur marginale Korrekturen – so die Meinung fast aller Beobachter – können bis zur abschließenden dritten

Lesung im Deutschen Bundestag noch eingebracht werden.

Derweil stehen die Bedeutung der einzelnen Reformelemente und ihr Gewicht in der öffentlichen Diskussion in einem deutlichen Missverhältnis. So erhitzt unverändert der geplante Gesundheitsfonds die Gemüter. Doch gerade dieses Vorhaben wurde bis 2009 zurückgestellt. Und es erscheint fraglich, ob der Fonds in seiner geplanten Form jemals Realität wird.

Im Schatten der Fonds-Diskussion bleiben andere Elemente der Reform weithin unbeachtet. So auch der Umbau der ambulanten Versorgung mit dem Ziel eines umfassenden Vertragswettbewerbs. Hinter den in der öffentlichen Wahrnehmung eher nachrangigen Paragraphen verbirgt sich jedoch eine Weichenstellung mit weitreichenden Konsequenzen.

Die „Marktführer“ unter den GKV-Kassen haben ihr Konzept über Jahre hinweg unter dem klug gewählten Etikett des „solidarischen Wettbewerbs“ in die Politik hineingetragen. Mit Erfolg. Denn aus der Perspektive der politischen Akteure entfaltet der Vertragswettbewerb eine bestechende Logik: Selektive Verträge befähigen die Kassen, die vermeintlichen Überkapazitäten in der ärztlichen Versorgung abzuschmelzen. Gebetsmühlenartig wird in diesem Kontext seit Jahren der Mythos der „doppelten Facharztschneide“ ins Spiel gebracht. Selektive Verträge, so die Vision prominenter Experten, setzen einen dynamischen Preis- und Qualitätswettbewerb in Gang. Und schließlich: Die durch den Vertragswettbewerb angestoßenen „Suchprozesse“ öffnen einen Ausweg aus der Sackgasse der sektorbezogenen und fragmentierten Versorgung. Außer den „Kartellen“ der Anbieter und ihrer Lobby, so das Versprechen, bringt der Vertragswettbewerb scheinbar nur Gewinner hervor.

Tatsächlich aber müssten die Architekten des Vertragswettbewerbs ernüchert sein, wenn sie auf die Erfahrungen blicken, die im In- und Ausland mit selektiven Verträgen gemacht wurden. Nirgendwo konnten die Preise für die Versorgung nachhaltig gesenkt werden. Statt dessen wurde im europäischen Ausland die Verknappung des Angebots – Stichwort Wartelisten – zu einem regelrechten Markenzeichen des Vertragswettbewerbs. Auch in Deutschland hat das Experiment der Integrierten Versorgung nach § 140a SGB V die hohen Erwartungen nicht erfüllt. Statt echter Integration und Überwindung der Sektorengrenzen haben die ca. 2.500 Verträge eine intransparente und kleinteilige Versorgungslandschaft produziert, die den Patienten kaum einen erkennbaren Mehrwert bietet.

Dessen ungeachtet soll der Paradigmenwechsel hin zu einem Einkaufsmodell der Krankenkassen konsequent fortgeführt werden. Dies geschieht auf dreierlei Weise:

- § 73b SGB V: Jede Kasse ist verpflichtet, eine „hausarztzentrierte Versorgung“ anzubieten. Vertragspartner sind Vertragsärzte (auch Gemeinschaften) oder Träger von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung anbieten. Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) sind als Vertragspartner nicht zugelassen.

- § 73c SGB V: Die Kassen haben die Option, eine „besondere ärztliche ambulante Versorgung“ per Direktverträgen anzubieten. Praktisch jede ambulante Leistung kann unter diese Vorschrift gefasst und aus der Regelversorgung herausgelöst werden. Vertragspartner kann hier auch die KV sein.

- §§ 140a ff. SGB V: Die Integrierte Versorgung wird fortgeführt. Sie soll jedoch von den kleinteiligen und indikationsbezogenen Verträgen (Hüft- und Knie-TEP) hin zu Modellen der regionalen Vollversorgung entwickelt werden. Die KV ist an der Integrierten Versorgung nicht beteiligt.

Neues Geld, soviel steht fest, wird für keine der neuen Vertrags- und Versorgungsformen bereit gestellt. Vielmehr sollen die erforderlichen Mittel der ärztlichen Gesamtvergütung entzogen werden. Dieser für die Kassen risikolose Weg der Refinanzierung öffnet dem Missbrauch Tür und Tor. Statt echte Versorgungsverantwortung zu übernehmen, könnten die Kassen wenige prestigeträchtige Leuchtturmprojekte initiieren und überall dort der KV den „Vortritt“ lassen, wo im Wettbewerb wenig zu gewinnen ist – etwa in strukturschwachen Regionen oder in der Notdienstversorgung.

Den drohenden Rückzug aus der Fläche werden auch die von der Bundesregierung hoch geschätzten Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) kaum aufhalten. Die MVZ werden sich vielmehr dort etablieren, wo sie das in der Regel breite medizinische Angebot – und die zumeist hohen Gründungsinvestitionen – durch hohe Fallzahlen rasch refinanzieren können, nämlich in den städtischen Regionen, in den Ballungszentren oder nahe der regionalen Krankenhäuser.

Alle wollen Wettbewerb, doch kaum jemand spricht offen über die Konsequenzen, die unausweichlich mit mehr Wettbewerb verbunden sind. Tatsächlich birgt die mit dem Vertragswettbewerb einhergehende Ökonomisierung der ambulanten medizinischen Versorgung nicht nur Chancen, sondern erhebliche Risiken und Nebenwirkungen.

Je weniger die öffentlich-rechtlichen GKV-Kassen künftig von kommerziellen Unternehmen zu unterscheiden sind, desto mehr werden sich künftig Gerichte und Finanzämter mit der Frage befassen, inwieweit Privilegien und Sonderregelungen im Kontext der gesetzlichen Krankenversicherung noch haltbar sind. Nicht zuletzt wäre dann die Zulässigkeit von Nachfrage-Kartellen auf Kassen-

seite zu hinterfragen. So sind regionale „Marktanteile“ einiger Kassen von 60 Prozent und mehr bereits heute keine Seltenheit. Nicht weniger brisant ist das Damoklesschwert einer Umsatzsteuerpflicht in der ärztlichen Versorgung. Denn die Spielregeln des Vertragswettbewerbs bugsieren die Arbeit der Niedergelassenen in gefährliche Nähe zur Gewerblichkeit.

Das Konzept des Wettbewerbs – dies kristallisiert sich immer deutlicher heraus – wurde von den Gesetzesmachern in kaum einer Hinsicht zu Ende gedacht. Ein unfreiwilliges Schlaglicht auf die Ratlosigkeit der Berliner Gesundheitspolitiker lieferte jüngst die Diskussion, ob Kassen im Wettbewerb insolvent werden können – und wenn ja, welche Folgen dies für Mitglieder, Versicherte und auch für Gläubiger hätte.

Immer deutlicher zeichnet sich ein Szenario ab, in dem die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen als ordnungspolitische Instanz bedeutungslos wird. An ihre Stelle tritt der Vertragswett-

bewerb – und damit all jene Merkmale, die für Märkte wesensstypisch sind: Konkurrenz und Effizienz, aber eben auch die sprichwörtliche „Blindheit“ des Marktes gegenüber sozialpolitischen Aspekten. Selektive Verträge bergen das Risiko eines selektiven Zugangs zur Versorgung. Diese Konsequenz wäre für die Politik inakzeptabel. Zu sehr dominieren Chancengleichheit und soziale Gerechtigkeit die Programme der beiden Volksparteien. Es erscheint somit unrealistisch, dass die Politik die Kräfte des Marktes im Gesundheitswesen allzu lange gewähren ließe.

Schon jetzt stellt der Staat konsequent die Weichen für einen direkten Eingriff in die Versorgung. Die künftige Besetzung des Gemeinsamen Bundesausschusses durch hauptamtliche Mitarbeiter – an Stelle der Selbstverwaltung – weist überdeutlich den Weg. Er führt in die unmittelbare staatliche Kontrolle und Regulierung des deutschen Gesundheitssystems. Die „Freiheit“ des Marktes in Gestalt des Vertragswettbewerbs der Kassen dürfte allem Anschein nach ein kurzes Intermezzo bleiben.

Neupositionierung der KVen in NRW

Keine Angst vor geordnetem Wettbewerb

Die Kassenärztlichen Vereinigungen positionieren sich neu. Sie sind bereit, ihre zukünftige Rolle in einem zunehmend wettbewerblich organisierten Gesundheitswesen zu finden und sich als Dienstleister für Ärzte und Psychotherapeuten, aber auch für weitere Kunden wie zum Beispiel Krankenkassen anzubieten. Mit zusätzlichen Aktivitäten und Angeboten sollen die bisherigen, gesetzlich definierten Tätigkeitsbereiche flankiert werden.

Die Änderung ihres Profils und die Erschließung neuer Märkte ist gerade für die beiden KVen in NRW nichts Neues. Beide haben sich schon frühzeitig neu orientiert und waren bis vor kurzem bundesweit die einzigen ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften, die in Ergänzung ihres Kerngeschäftes bereits Dienstleistungs-Töchter gegründet haben: Die KVWL Consult GmbH und die KV Nordrhein Consult. Bei der KV Westfalen-Lippe findet diese Unternehmensphilosophie auch im Leitbild ihren Niederschlag: „Wir bieten und organisieren umfassende und qualitätsgesicherte Medizin“ heißt es dort mit weitgehendem Anspruch.

In weiten Teilen ihres Geschäftes werden die KVen auch weiterhin ihre gesetzlich vorgeschriebenen, hoheitlichen Aufgaben erfüllen. Doch in Dortmund und Düsseldorf kann und will man mehr. Deshalb werden wettbewerbliche Elemente in der gesetz-

lichen Krankenversicherung und im Gesundheitssystem grundsätzlich akzeptiert, sofern damit die Qualität der Versorgung verbessert und eine größere Effizienz erreicht werden kann. Solche Prozesse wollen die KVen aktiv unterstützen, sofern faire Wettbewerbsbedingungen für alle Beteiligten gegeben sind. „Die KVen wollen den Wettbewerb keinesfalls aushebeln“, betont Dr. Thomas Kriedel, Vorstandsmitglied der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe. „Im Gegenteil: Beide nordrhein-westfälischen Kassenärztlichen Vereinigungen wollen sich dem Wettbewerb stellen. Die Kunden, ob Ärzte oder Krankenkassen, brauchen Wahlmöglichkeiten. Und wenn der Markt seriöse Angebote will, werden wir auch Akzeptanz finden.“

Bislang keine Akzeptanz finden die KVen mit ihrer Neuausrichtung als Dienstleister allerdings bei der Berliner Gesund-



Dr. rer. soc. Thomas Kriedel,
Vorstandsmitglied der KV Westfalen-Lippe

heitspolitik. „Das sogenannte Wettbewerbs-Stärkungsgesetz ist eigentlich ein Wettbewerbs-Verhinderungsgesetz“, glaubt Kriedel. Das KV-System wird nämlich an vielen Stel-

