

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12

111. Deutscher Ärztetag 2008

Gesundheitspolitische Leitsätze der Ärzteschaft

-- Ulmer Papier --

Inhaltsverzeichnis

1		
2	INHALTSVERZEICHNIS.....	2
3	PROLOG: PATIENT UND ARZT IM GESUNDHEITSWESEN	4
4	• <i>Die gute Patient-Arzt-Beziehung.....</i>	<i>4</i>
5	• <i>Die Arbeit der Ärzte.....</i>	<i>4</i>
6	• <i>Geschädigtes Vertrauensverhältnis durch politische Administrierung und Rationierung.....</i>	<i>5</i>
7	• <i>Erwartungen der Patienten an eine gute Medizin.....</i>	<i>6</i>
8	TEIL A - VERSORGUNG	8
9	1. ROLLE VON STAAT, MARKT UND SELBSTVERWALTUNG IM GESUNDHEITS-WESEN NEU AUSRICHTEN	8
10	• <i>Umbau des Gesundheitswesens zwischen Zentralisierung und Deregulierung.....</i>	<i>8</i>
11	• <i>Die Stellung des Arztes als Freier Beruf und Patientenorientierung stärken.....</i>	<i>9</i>
12	• <i>Attraktivität des Arztberufes erhöhen.....</i>	<i>10</i>
13	• <i>Grundsätze für das Zusammenwirken der Gesundheitsberufe festlegen.....</i>	<i>11</i>
14	2. NEUE PRIORITÄTEN IN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG ZUM ABBAU VON UNTERVERSORGUNG	13
15	• <i>Präventionsmaßnahmen ausbauen und vernetzen.....</i>	<i>13</i>
16	• <i>Die Förderung der Kinder- und Jugendgesundheit flächendeckend stärken und zielgruppenspezifisch ausbauen.....</i>	<i>13</i>
18	• <i>Chronische Erkrankungen erfolgreicher bekämpfen.....</i>	<i>14</i>
19	• <i>Gesundheit im Alter fördern.....</i>	<i>15</i>
20	• <i>Palliativversorgung stärken.....</i>	<i>16</i>
21	• <i>Versorgungsforschung ausbauen als Voraussetzung einer rational begründeten Weiterentwicklung von Strukturen des Gesundheitswesens.....</i>	<i>17</i>
23	3. BEDARFSGERECHTE VERSORGUNGSSTRUKTUREN BEREITSTELLEN	18
24	• <i>Wohnortnahe ambulanten Versorgung sicherstellen.....</i>	<i>18</i>
25	• <i>Integrierte Versorgung konsequent ausbauen.....</i>	<i>18</i>
26	• <i>Stationäre Versorgung als Teil der Daseinsvorsorge sichern.....</i>	<i>18</i>
27	• <i>Sektorübergreifende Kooperationsformen flexibel nutzen.....</i>	<i>20</i>
28	4. MIT MITTELKNAPPHEIT VERANTWORTUNGSBEWUSST UMGEHEN.....	21
29	• <i>Budgetmedizin ist zu beenden.....</i>	<i>21</i>
30	• <i>Leistungsumfang der GKV am Bedarf orientieren.....</i>	<i>21</i>
31	• <i>Verantwortung des Gesetzgebers für rationierende Rahmenbedingungen klarstellen.....</i>	<i>22</i>
32	• <i>Positivliste einführen.....</i>	<i>23</i>
33	• <i>Einrichtung eines Gesundheitsrats.....</i>	<i>23</i>
34	5. VERSORGUNGSQUALITÄT UND PATIENTENSICHERHEIT IN EINEM MARKTORIENTIERTEN	
35	GESUNDHEITSSYSTEM ERHALTEN.....	24
36	• <i>Qualitätswettbewerb fördern.....</i>	<i>24</i>
37	6. EIGENVERANTWORTUNG DER PATIENTEN STÄRKEN.....	25
38	7. MEDIZINISCHE VERSORGUNG LEISTUNGSGERECHT VERGÜTEN	26
39	• <i>Vergütung privatärztlicher Leistungen durch GOÄ-Novelle sichern.....</i>	<i>26</i>
40	• <i>Vergütung vertragsärztlicher Leistungen erhöhen und planbar machen.....</i>	<i>27</i>
41	• <i>Vergütung stationärer Leistungen nicht zum Preiswettbewerb missbrauchen.....</i>	<i>28</i>
42	TEIL B - FINANZIERUNG.....	29
43	8. FINANZIERUNG EINER PATIENTENGERECHTEN GESUNDHEITSVERSORGUNG.....	29
44	8.1 PRÜFKRITERIEN	29
45	• <i>Patienteninteresse und ärztlicher Auftrag.....</i>	<i>29</i>
46	• <i>Kriterien im Einzelnen.....</i>	<i>29</i>
47	• <i>Kritische Bewertung.....</i>	<i>31</i>
48	• <i>Folgerungen.....</i>	<i>31</i>
49	8.2 KURZFRISTIGE UND SYSTEMIMMANENTE WEITERENTWICKLUNG DER FINANZIERUNG DER	
50	GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG	33
51	• <i>Verbreiterung der Einnahmehasis der GKV.....</i>	<i>33</i>
52	• <i>Missbrauch der GKV durch die Politik beenden.....</i>	<i>33</i>
53	• <i>Sozialverträgliche Erweiterung der Eigenbeteiligungsformen.....</i>	<i>33</i>
54	• <i>Familienversicherung nur noch für erziehende Elternteile.....</i>	<i>33</i>
55	• <i>Stabile Steuerfinanzierung der Beiträge für die Versicherung von Kindern.....</i>	<i>34</i>

1	•	<i>Alterungsrückstellungen durch Gesundheitssoli und demographie-bezogener Ausgleichsfaktor für</i>	
2		<i>die Krankenversicherung der Rentner</i>	<i>34</i>
3	•	<i>Echter Wettbewerb zwischen GKV und PKV</i>	<i>34</i>
4		EPILOG	35
5			
6			

PROLOG: PATIENT UND ARZT IM GESUNDHEITSWESEN

Das deutsche Gesundheitswesen ist seit vielen Jahren wiederkehrend Gegenstand von Reformen und Kostendämpfungsgesetzen. Sie hatten und haben zum Teil erhebliche negative Auswirkungen auf die Versorgung der Patienten und auf die Bedingungen der ärztlichen Berufsausübung.

Die nachfolgenden grundsätzlichen Erläuterungen und Definitionen sollen dem Verständnis der beruflichen Situation der Ärzteschaft dienen und konstruktive Gestaltungsvorschläge für ein funktionsfähiges, freiheitlich gestaltetes Gesundheitswesen aufzeigen.

• Die gute Patient-Arzt-Beziehung

Der Erfolg ärztlicher Bemühungen hängt ganz entscheidend davon ab, dass das ärztliche Handeln an der Individualität des erkrankten Menschen ausgerichtet ist. Dies betrifft sowohl die Auswahl der Diagnostik als auch die Therapie. Die Begegnung zwischen Patient und Arzt darf nicht von außen bestimmt oder vorgeschrieben werden, denn in der Individualität der Patient-Arzt-Beziehung liegt das Wesen der ärztlichen Kunst.

Die politischen Versuche, das Gesundheitswesen zu regulieren und zu steuern, gehen aus Sicht der Ärzteschaft von einer falschen Vorstellung des medizinischen bzw. heilkundlichen Geschehens aus. Nahezu allen Reformgesetzen ist eine eher mechanistische Vorstellung des therapeutischen Geschehens zu eigen; eine Vorstellung, die von einem relativ naiven Verständnis des Herstellens und Wiederherstellens von Gesundheit in der Verantwortung des Arztes ausgeht.

Da Gesundheit aber weder angeordnet noch hergestellt werden kann, da sie wesentlich vom Mitwirken des Patienten abhängig ist, kann diese Begegnung nicht standardisiert erfolgen.

• Die Arbeit der Ärzte

Die Medizin ist keine exakte Naturwissenschaft, die nur streng kausalen Regeln folgt und deren Ergebnisse in einer festen Versuchsanordnung jederzeit reproduzierbar sein müssen. Medizin ist vielmehr eine praktische, eine Erfahrungswissenschaft, die sich naturwissenschaftlicher Methoden ebenso bedient wie der Erkenntnisse der Psychologie, der Sozial- und Kommunikationswissenschaften, allgemein der Geisteswissenschaften und im bestimmten Umfang auch der Theologie. Ärztinnen und Ärzte müssen – je nach Fachgebiet unterschiedlich ausgeprägt – mit einem nur erfahrungsgemäß richtigen Wissen umgehen, das zudem in Forschung und Entwicklung zumeist relativ kurze Halbwertszeiten aufweist.

Zudem spielen bei allen Entscheidungsprozessen in der Medizin neben wissenschaftlichen Erkenntnissen auch Wertungen und Haltungen eine wichtige Rolle.

Dabei ist die Therapiefreiheit von grundsätzlicher, sehr hoher Bedeutung für Patienten und Ärzte. Jeder Arzt ist für seine Therapie verantwortlich. Er entscheidet gemeinsam mit dem Patienten, inwieweit er dabei die Ergebnisse evidenz-basierter Leitlinien in seine Therapie einfließen lässt. Externe Eingriffe in die Therapiefreiheit wie etwa schematische

1 Standardisierungen können sich nur destruktiv auf die Vertrauensbeziehung von Patient und
2 Arzt auswirken: Der Arzt fühlt sich seiner Freiheit beraubt, der Patient zweifelt an der
3 Unabhängigkeit seines Arztes.

4
5 Aus der Individualität jeder Erkrankungssituation und aus der Notwendigkeit einer auf jeden
6 einzelnen Menschen ausgerichteten Form der Begegnung resultiert eben die Notwendigkeit
7 der Freiberuflichkeit, da nur der in Fragen der Therapie freie Arzt die jeweils angemessene
8 Therapieform wählen kann.

9
10 • **Geschädigtes Vertrauensverhältnis durch politische Administrierung**
11 **und Rationierung**

12
13 Ärztinnen und Ärzte hatten bisher diese Therapiefreiheit – eingeschränkt nur durch das seit
14 jeher in der GKV bestehende Gebot, dass die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und
15 wirtschaftlich sein müssen und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen. Die
16 jahrzehntelange Kostendämpfungspolitik hat nun darüber hinaus zunehmend
17 Rationierungen zur Folge: Leistungen für die Patienten können nicht mehr im medizinisch
18 gebotenen Umfang und/oder nicht zum gebotenen Zeitpunkt erbracht werden; der
19 Gesetzgeber hat den Ärztinnen und Ärzten aus ökonomischen Gründen zunehmend
20 Leistungsbeschränkungen zugemutet. Er hat damit die tradierte Patient-Arzt-Beziehung
21 beschädigt, zumindest empfindlich gestört.

22
23 Der Gesetzgeber sah es als notwendig an, in Deutschland einen bisher nicht vorhandenen
24 Leistungskatalog in der gesetzlichen Krankenversicherung einzuführen, seine Implementie-
25 rung zu organisieren und seine Einhaltung in Bezug auf die Indikation und die Qualität der
26 Erbringung zu kontrollieren.

27
28 Den Leistungsumfang festzulegen obliegt nunmehr dem Bundesgesundheitsministerium
29 und dem unter seiner Rechtsaufsicht stehenden „Gemeinsamen Bundesausschuss“ (G-BA).
30 Der G-BA erlässt Richtlinien für den Inhalt der gesundheitlichen Versorgung, die für alle
31 Beteiligten rechtsverbindlich sind.

32
33 Damit hat sich die tradierte Entscheidungskette in der Patientenbetreuung, an deren Spitze
34 bisher die individuelle Patient-Arzt-Beziehung stand, in ihr Gegenteil verkehrt. Nach der
35 heutigen Rechtslage (Sozialgesetzbuch V) ist die Frage „Wer definiert den ärztlichen
36 Behandlungsauftrag?“ deshalb wie folgt zu beantworten:

- 37
38 1. der Gesetzgeber durch Bestimmungen über den Leistungskatalog,
39 2. der Gemeinsame Bundesausschuss durch normative Richtlinien,
40 3. die Vertragspartner (gesetzliche Krankenversicherung und Leistungserbringer) durch
41 Kataloge und Verträge (z. B. Einheitlicher Bewertungsmaßstab, Diagnose-bezogene
42 Fallpauschalen, dreiseitige Verträge),
43 4. die gesetzlichen Krankenkassen bei Einzelverträgen (z. B. in der integrierten Versor-
44 gung),
45 5. der Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung durch seine Wahlentscheidun-
46 gen,
47 6. und erst zum Schluss der Arzt im individuellen Behandlungsverhältnis.

1
2 • **Erwartungen der Patienten an eine gute Medizin**
3

4 Für die Patientinnen und Patienten steht die individuelle Zuwendung des Arztes im
5 Vordergrund. Sie erwarten nicht nur Fachkompetenz und eine dem jeweiligen Stand der
6 Wissenschaft entsprechende Anwendung medizinischer Möglichkeiten und Erkenntnisse bei
7 Diagnostik und Therapie in ihrem persönlichen Krankheitsfall, sondern vor allem auch Zeit
8 und Menschlichkeit in ihrer Begegnung mit dem Arzt.
9

10 Gute Medizin ist kein Industrieprodukt, sondern eine individuelle Dienstleistung, deren
11 Ergebnis maßgeblich von der Interaktion zwischen den beiden Akteuren Patient und Arzt
12 bestimmt wird – basierend auf dem Vertrauen des Patienten in den Arzt sowie der Empathie
13 des Arztes für den Patienten.
14

15 Die legitimen Erwartungen der Patientinnen und Patienten an eine individuelle qualifizierte
16 gesundheitliche Betreuung können die Ärzte nur unter fairen Rahmenbedingungen erfüllen.
17

18 Der Schutz des Staates für den Erwerb und die Aufrechterhaltung der beruflichen
19 Kompetenz, für die Therapiefreiheit, die Wahrung des Patientengeheimnisses und für die
20 Rolle des Arztes als Anwalt seiner Patienten darf nicht eingeschränkt, sondern muss eher
21 noch ausgebaut werden. Der Staat darf keine Finanzstrukturen vorgeben (z. B. Bonus-
22 Malus-Regelungen), die bei Patientinnen und Patienten die Vorstellung erwecken könnten,
23 dass für ärztliche Entscheidungen auch eigennützige materielle Aspekte bedeutend sein
24 könnten.
25

26 Vor allem aber sollten alle staatlichen Organe nicht den sachlich unzutreffenden Eindruck
27 erwecken, das bisher gewohnte, weitgehend universelle Leistungsversprechen der GKV
28 könne bei limitierten finanziellen Ressourcen unter Vermeidung jeder Versorgungsungleich-
29 heit aufrechterhalten bleiben. Damit werden die Ärzte und Angehörigen anderer Heilberufe
30 bei ihrer Begegnung mit den Kranken vor kaum lösbare Probleme gestellt. Denn sie sind es,
31 die die Leistungsbeschränkungen ihren Patienten zu erklären haben und dabei oft auf deren
32 Unverständnis stoßen. Der Staat ist daher zur Aufrichtigkeit aufgefordert.
33

34 Wissenschaftlicher und technischer Fortschritt haben zu einer seit Jahren und Jahrzehnten
35 anhaltenden Ausweitung medizinischer Erkenntnisse und Erfahrungen geführt. Das macht
36 es grundsätzlich möglich, den Patienten immer wirkungsvollere Methoden von Diagnostik
37 und Therapie zu eröffnen. Diese Erfolge der modernen Medizin haben wesentlich zum
38 ständigen Anstieg der Lebenserwartung beigetragen, der „Gesellschaft des langen Lebens“.
39

40 Im internationalen Vergleich zählt das deutsche Gesundheitssystem bisher zu den
41 leistungsstärksten, weil es den Patienten eine flächendeckende Versorgung auf hohem
42 Niveau bietet. Die gesetzliche Krankenversicherung ist, wie die anderen sozialen
43 Sicherungssysteme auch, einem enormen Veränderungsdruck ausgesetzt. Durch den
44 demographischen und epidemiologischen Wandel ist ein steigender Bedarf an
45 Gesundheitsleistungen zu erwarten, durch medizinisch-technische Innovationen ist die
46 Behandelbarkeit von Erkrankungen kontinuierlich verbessert worden. Dem stehen
47 begrenzte Ressourcen gegenüber.
48

49 Um die Errungenschaften unseres Gesundheitswesens jedoch zu erhalten und weiterzu-
50 entwickeln, ist es erforderlich, alle Dimensionen des Gesundheitswesens - Einnahmen- und

1 Ausgabenseite, den Versorgungsbedarf der Zukunft sowie die dazu erforderlichen
2 Versorgungsstrukturen in den Blick zu nehmen.

3

4 Eine Reduktion politischer Entscheidungsprozesse - allein auf Kostensenkung mit der Folge
5 zwanghafter Rationierung - kann den großen sozialen Herausforderungen unserer Gesell-
6 schaft des langen Lebens nicht gerecht werden.

7

8 Verantwortliches Handeln setzt ehrliche Analyse und soziale Kompetenz voraus.

9

TEIL A - VERSORGUNG

1. Rolle von Staat, Markt und Selbstverwaltung im Gesundheitswesen neu ausrichten

- **Umbau des Gesundheitswesens zwischen Zentralisierung und Deregulierung**

Das deutsche Gesundheitswesen braucht eine ordnungspolitische Neuausrichtung. Diese muss basieren 1.) auf einer klaren Rollenverteilung von Staat und Selbstverwaltung, 2.) auf einer Neukonzeption der Versorgungsebenen, die eine Sicherstellung der Versorgung auch bei zunehmendem, sektorübergreifendem Vertragswettbewerb gewährleistet, sowie 3.) auf Wettbewerbskriterien, die sich am Primat des Patientenwohls, das heißt an der Versorgungsqualität und Patientensicherheit, ausrichten.

Im Rahmen der ordnungspolitischen Neuausrichtung muss sich der Gesetzgeber auf eine subsidiäre Rolle zur Sicherung der Daseinsvorsorge im Gesundheitswesen rückbesinnen und der Selbstverwaltung wieder mehr Gestaltungsspielraum lassen. Ökonomischen Fehlanreizen des Wettbewerbs im Gesundheitswesen lässt sich nicht durch mehr Bürokratie begegnen.

Unabhängig von der jeweiligen Koalitionszusammensetzung treibt der Gesetzgeber eine stärkere wettbewerbliche Ausrichtung des Gesundheitswesens voran. Dieser Neuausrichtung fehlt jedoch eine stabile Ordnung.

Auf die drohenden Fehlentwicklungen des Wettbewerbs hat der Gesetzgeber bisher mit einer Flut von einzelgesetzlichen Regelungen reagiert. Die Regulierungstiefe der Sozialgesetzgebung hat ständig zugenommen und das Bundesministerium für Gesundheit zur Letztentscheidungsinstanz aufgewertet. Die Grenze zwischen Rechts- und Fachaufsicht gegenüber der Selbstverwaltung schwimmt.

Um die Kontrolle über den Wettbewerb zu erleichtern, werden immer mehr Kompetenzen der Landes- auf die Bundesebene verlagert. Die Gemeinsame Selbstverwaltung wurde in Gestalt des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) neu organisiert und muss den Auftrag übernehmen, die Vielzahl der gesetzlichen Einzelregelungen in Richtlinien umzusetzen. Hiermit soll unter den Rahmenbedingungen von Wettbewerbs- und Wirtschaftlichkeitsdruck zumindest ein Mindeststandard an Versorgungsqualität auch in Zukunft gewährleistet bleiben.

Diese Entwicklung hat zu einer Überregulierung bzw. Überbürokratisierung unseres Gesundheitswesens bislang unbekanntes Ausmaßes geführt. Als negativste Auswirkungen sind für die Patienten die Verschlechterung des Zugangs zu einer bedarfsgerechten Versorgung und zunehmende Schnittstellenprobleme zu nennen.

1
2 • **Die Stellung des Arztes als Freier Beruf und Patientenorientierung**
3 **stärken**
4

5 **Der Arztberuf ist ein freier Beruf und kein Gewerbe. Dieser steht für Eigenverant-**
6 **wortung, Unabhängigkeit, hoch qualifizierte Sachkunde und das Bekenntnis zu**
7 **humanen Werten.**

8
9 **Die deutsche Ärzteschaft ist bereit, Mitverantwortung für die Gestaltung des Gesund-**
10 **heitswesens zu übernehmen, wenn folgende Voraussetzungen gegeben sind:**
11 **1. Transparenz über die Verantwortung für die derzeitige Mittelknappheit im Gesund-**
12 **heitswesen, 2. verantwortungsbewusster Umgang aller Partner im Gesundheitswesen**
13 **mit den knapper werdenden Ressourcen, 3. Schaffung von beruflichen Perspektiven,**
14 **die auch wirtschaftliche Selbstständigkeit umfasst, insbesondere für die nachwach-**
15 **sende Ärztegeneration, sowie 4. professionelle Autonomie.**

16
17 **Professionelle Autonomie und Selbstverwaltung der Ärzteschaft orientieren sich am**
18 **Primat des Patientenwohls und schließen gegebenenfalls auch eine Positionierung**
19 **gegenüber dem Staat ein.**

20
21 Das Vertrauen des Patienten in das fachliche Können und in die Unabhängigkeit des Arztes
22 ist die notwendige Basis für den Erfolg bei der Ausübung ärztlicher Tätigkeit. Dem Schutz
23 dieses Vertrauensverhältnisses dienen die Therapiefreiheit, der persönliche Einsatz bei der
24 Berufsausübung, das Gebot der altruistischen Berufseinstellung und die Notwendigkeit einer
25 wissenschaftlichen Ausbildung.

26
27 Die gegenwärtigen Rahmenbedingungen konterkarieren jedoch Einsatz- und
28 Verantwortungsbereitschaft. Der Gesetzgeber ist aufgefordert, Rahmenbedingungen zu
29 gewährleisten, innerhalb derer das ärztliche Berufsethos nicht länger instrumentalisiert wird,
30 sondern auch von den politischen Entscheidungsträgern wieder Wertschätzung erfährt.

31
32 In Zeiten zunehmender Marktorientierung bis hin zu einer Kommerzialisierung des
33 Gesundheitswesens ist eine im ärztlichen Selbstverständnis der Profession verankerte
34 Verantwortlichkeit gegenüber den Patienten unverzichtbar, wenn weiterhin eine humane
35 medizinische Versorgung gewährleistet bleiben soll. Der Patient benötigt eine von
36 Eigeninteressen freie Betreuung und individuelle Unterstützung in seiner
37 krankheitsbedingten Bedürftigkeit.

1
2 • **Attraktivität des Arztberufes erhöhen**
3

4 **In Deutschland entscheiden sich immer mehr ausgebildete Mediziner gegen eine**
5 **kurative ärztliche Tätigkeit und wandern in alternative Berufsfelder oder ins Ausland**
6 **ab. Sowohl die Tätigkeit als Krankenhausarzt als auch der Einstieg in die Praxis als**
7 **niedergelassener Arzt hat im Vergleich zu anderen Arbeitsfeldern viel Attraktivität**
8 **verloren.**

9
10 **Nicht der Arztberuf ist unattraktiv, sondern die Rahmenbedingungen, unter denen er**
11 **ausgeübt werden muss.**

12
13 **Die Bedeutung der Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen darf nicht länger**
14 **vernachlässigt werden; dies gilt für alle Gesundheitsberufe. Besonders dringend sind**
15 **der Abbau der überall im ärztlichen Alltag spürbaren Überbürokratisierung und**
16 **wirksame Schritte gegen die chronische Unterfinanzierung der Leistungen.**

17
18 Während krankenhauserfahrene Patienten vor allem über einen Mangel an menschlicher
19 Zuwendung und die unverkennbare Überlastung der Ärzte und der Pflege klagen, werden
20 die Verwaltungs- und Dokumentationsaufgaben der Ärzte immer umfangreicher. Die Ärzte
21 wehren sich gegen den wachsenden Papierkrieg, der sie von den Patienten fernhält.

22
23 Der ökonomische Druck in den Krankenhäusern hat zu einer erheblichen Aufgaben- und
24 Leistungsverdichtung geführt. Dazu kommen die immer noch ungelöste Überstunden-
25 problematik und die Missachtung der Vorgaben des Arbeitszeitrechts. All das belastet die
26 Ärzte bis in den Bereich der Partnerschaften und Familien.

27
28 Ebenso bedeutsam sind die unzureichende Vergütung und im Vergleich zum Ausland
29 krasse Unterbewertung der ärztlichen Arbeit im Krankenhaus. Durch den Wechsel ins
30 Ausland gelingt es praktisch regelmäßig, ein deutlich höheres Einkommen zu erzielen.

31
32 Ambulante Versorgungsengpässe sind am dramatischsten in der hausärztlichen
33 Versorgung, doch auch die Arztlahntwicklung in der fachärztlichen Versorgung ist
34 rückläufig. Verantwortlich für diese Entwicklung sind neben der Arbeitsbelastung und der
35 chronischen Unterfinanzierung ärztlicher Leistungen auch hier die Überbürokratisierung des
36 Versorgungsgeschehens, die die Patientenbehandlung zum Nebenschauplatz ärztlicher
37 Tätigkeit gemacht hat, und der damit einhergehende Verlust an ärztlicher
38 Handlungsautonomie. Die Auswirkungen auf die Berufszufriedenheit sind massiv.

39
40 Vor diesem Hintergrund ist es dringend erforderlich, die ärztliche Arbeit wieder attraktiv zu
41 machen.

42
43 Im einzelnen Krankenhaus sind die Arbeitsbedingungen zu verbessern. Hierzu zählt an
44 vorderster Stelle ein im ärztlichen Alltag spürbarer Bürokratie-Abbau. Bei den
45 Arbeitsbedingungen muss das gültige Recht auch tatsächlich angewandt werden. Das gilt
46 für das Arbeitszeitrecht, für die Arbeitszeiterfassung und für den Vergütungsanspruch bei
47 Überstunden.

48
49 Die Ärzteschaft unterstützt die Regelung der Arbeitsbedingungen und wettbewerbsfähiger
50 Vergütungen in arzt-spezifischen Tarifverträgen.
51

1 Für die nachwachsende Ärztegeneration ist der Arztberuf nicht nur deshalb unattraktiv, weil
2 sich die wirtschaftliche Perspektive im Vergleich zur freien Wirtschaft schlechter darstellt,
3 sondern weil der eigentlich freie Arztberuf selbst bei der Ausübung seiner Kernkompetenzen
4 zunehmend eingeengt wird.

5
6 Darüber hinaus ist es dringend erforderlich, dass Fördermaßnahmen und die Ausgestaltung
7 ärztlicher Arbeitsbedingungen auf die Bedürfnisse der Ärztinnen und Ärzte mit Kindern
8 eingehen. Durch die Flexibilisierung ärztlicher Kooperationsformen im ärztlichen Berufsrecht
9 und entsprechende Änderungen im Vertragsarztrechtsänderungsgesetz sind bessere
10 Voraussetzungen für ärztliche Berufsausübung in Teilzeit als Praxisinhaber oder im
11 Angestelltenverhältnis sowie für den Wiedereinstieg in den Beruf geschaffen worden.
12 Insbesondere die Krankenhäuser müssen ihre Anstrengungen noch deutlich intensivieren,
13 um familienfreundlichere, mitarbeiterorientierte Arbeitsbedingungen zu schaffen.

14
15 Zur besonderen Förderung der Allgemeinmedizin schlägt die deutsche Ärzteschaft einen
16 Maßnahmenkatalog vor, der einen zielgenaueren Einsatz der Fördermittel, Förderung der
17 Verbundweiterbildung sowie Vorschläge zur Förderung der Allgemeinmedizin schon in der
18 Ausbildung umfasst.

19
20 • **Grundsätze für das Zusammenwirken der Gesundheitsberufe festlegen**

21
22 **Der steigende Versorgungsbedarf macht eine stärkere Einbeziehung nichtärztlicher**
23 **Gesundheitsberufe unverzichtbar. Im Mittelpunkt der Bildung multiprofessioneller**
24 **Teams und berufsgruppenübergreifender Versorgungskonzepte muss die Synergie**
25 **der verschiedenen Kompetenzen stehen.**

26
27 **Der Schutzgedanke, der der ärztlichen Letztverantwortung für Diagnostik und Thera-**
28 **pie und dem Rechtsanspruch der Patienten auf Facharztstandard in der medizini-**
29 **schen Versorgung innewohnt, darf nicht untergraben werden.**

30
31 **Zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung hat die deutsche Ärzteschaft eigene**
32 **Vorschläge für arztunterstützende und arztentlastende Maßnahmen sowie Positionen**
33 **zur Delegationsfähigkeit ärztlicher Leistungen entwickelt.**

34
35 Ein etwaiger neuer „Professionenmix“ muss an den Kriterien Versorgungsqualität und Pati-
36 entensicherheit, Rechtssicherheit und Wirtschaftlichkeit gemessen werden. In Anbetracht
37 der rückläufigen Hausarztzahlen wird insbesondere für den Primärversorgungsbereich die
38 Einführung einer neuen, nichtärztlichen Leistungserbringergruppe mit Direktzugang für die
39 Patienten nach dem Vorbild der Nurse Practitioner diskutiert. Im Rahmen von
40 Modellvorhaben soll die Übertragung von bislang unter Arztvorbehalt stehenden Leistungen
41 in die eigenständige Verantwortung nichtärztlicher Gesundheitsberufe erprobt werden.

42
43 Aus Gründen der Patientensicherheit darf mit den Modellvorhaben weder die Einheitlichkeit
44 der Heilkundeausübung gefährdet, noch der Schutzgedanke, der dem Prinzip des
45 Arztvorbehalts innewohnt, geschwächt werden.

46
47 In Regionen mit lokalem zusätzlichem Versorgungsbedarf ist eine Sicherstellung der
48 Primärversorgung durch verstärkte ärztliche Kooperation und arztunterstützende bzw.
49 arztentlastende Delegation von Tätigkeiten an entsprechend qualifizierte Praxismitarbeiter
50 sinnvoll. Für Patienten, die wie Pflegebedürftige einen komplexen Versorgungsbedarf

1 haben, ist eine Verbesserung der Gesamtversorgung durch multiprofessionelle Kooperation
2 im Rahmen von integrierten Versorgungsverträgen möglich.
3
4 Demgegenüber würden mit der Einführung einer neuen, nichtärztlichen Leistungserbringer-
5 gruppe im Primärversorgungsbereich konkurrierende Strukturen errichtet, die absehbar zu
6 einer Potenzierung von Schnittstellenproblemen, Unwirtschaftlichkeit und fraglichen Auswir-
7 kungen auf Patientensicherheit und Versorgungsqualität führen werden.

2. Neue Prioritäten in der Gesundheitsversorgung zum Abbau von Unterversorgung

- Präventionsmaßnahmen ausbauen und vernetzen

Prävention muss vernetzt und gemeinsam durch die in ihr tätigen Akteure und Einrichtungen erfolgen. Sie muss das private und berufliche Lebensumfeld des Patienten einbeziehen. Ärzte haben diesen Zugang zu allen Bevölkerungsgruppen und müssen deshalb in die inhaltliche Entwicklung von Präventionsprogrammen einbezogen werden

Ärzte spielen für den Bürger in der Gesundheitsberatung und der Krankheitsfrüherkennung eine zentrale Rolle. Durch sie lassen sich auch sozial und gesundheitlich besonders belastete Bevölkerungsgruppen gut erreichen.

Die den meisten chronischen Erkrankungen zugrunde liegenden Faktoren lassen sich gut identifizieren und frühzeitig beeinflussen. Ärzte leisten dabei in ihrer täglichen Arbeit durch die Stärkung gesundheitlicher Ressourcen (Gesundheitsförderung), die Aufklärung über gesundheitliche Risiken (Primärprävention), die Früherkennung von Krankheiten (Sekundärprävention) und die Verhinderung von Rezidiven (Tertiärprävention) einen wichtigen Beitrag.

Prävention ist somit integraler Bestandteil ärztlichen Tuns. Sie lässt sich nicht von der Behandlung der Patienten abkoppeln. Die Grenzen zwischen der Therapie von Krankheiten, der Behandlung von Frühsymptomen und der Gesundheitsberatung sind fließend. Impfen, Seuchenprophylaxe, Früherkennung von Krankheiten, Vorsorgeuntersuchungen und die Betreuung Schwangerer sind traditionelle ärztliche Präventionsaufgaben.

Prävention kann nur dann erfolgreich sein, wenn sie vom Patienten als Chance zur Verbesserung der eigenen Lebensqualität wahrgenommen und durch die Lebens- und Arbeitsbedingungen gefördert wird. Durch ärztliche Information und Unterstützung wird die individuelle Handlungskompetenz in der Prävention gestärkt. Letztlich muss dem Einzelnen die Entscheidung über sein Gesundheitsverhalten im Sinne eines informierten Einverständnisses überlassen bleiben. Positive Anreize für gesundheitsbewusstes Verhalten sind Malussystemen vorzuziehen.

- Die Förderung der Kinder- und Jugendgesundheit flächendeckend stärken und zielgruppenspezifisch ausbauen

Kinder und Jugendliche in Armut haben nachweislich ein höheres Risiko für eine ungünstige Gesundheitsbiographie. Es bedarf einer Intensivierung der gesamtgesellschaftlichen Anstrengungen auf dem Gebiet der Förderung der Kinder- und Jugendgesundheit. Die Ärzteschaft trägt durch ihre Initiativen insbesondere auf Ebene der Ärztekammern maßgeblich zur Verbesserung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen bei.

Studien zeigen, dass sich die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in den letzten Jahren verschlechtert hat. Kinder und Jugendliche sind immer häufiger von chronischen Erkrankungen und psychischen Störungen betroffen. Dabei zeigt sich, dass der Gesundheitsstatus von Kindern eng mit der Einkommens- und Erwerbssituation der Eltern

1 zusammenhängt. Familien mit Kindern in Deutschland haben ein deutlich erhöhtes
2 Armutsrisiko. Jedes sechste Kind lebt in Armut. Viele Eltern sind in der Betreuung ihrer
3 Kinder überfordert und bedürfen einer Unterstützung.

4
5 Vor diesem gesellschaftlichen Hintergrund ist eine verbesserte Gesundheitsversorgung von
6 Kindern und Jugendlichen unverzichtbar:

7 Dazu gehören:

- 8 – Das bisherige System der Früherkennungsuntersuchungen nach § 26 SGB V muss
9 erweitert werden. Die Inhalte der Vorsorgeuntersuchungen müssen überarbeitet und die
10 Identifikation von Zeichen psychischer Auffälligkeit, Vernachlässigung und Misshandlung
11 erweitert werden. Die Elternkompetenz muss gestärkt werden. Die Teilnahme der Kinder
12 an Früherkennungsuntersuchungen ist eine Elternpflicht. Familien mit psychosozialen
13 Risiken benötigen Hilfen durch aufsuchende soziale Dienste und somit Unterstützung
14 bei der Betreuung ihrer Kinder.
- 15 – Kindergarten- und Schuleingangsuntersuchungen sind aus- statt abzubauen. Ihre
16 Ergebnisse sind auszuwerten und für wirksame Konzepte der Gesundheitsförderung
17 und Prävention sowie des Kindeswohls zu nutzen. Programme zur Stärkung des
18 gesundheitsbewussten Verhaltens von Kindern in Kindergärten und Schulen und zur
19 Gesundheitsförderung unter Einbeziehung von Ärzten und Ärztinnen sind zu fördern und
20 weiter auszubauen.
- 21 – Projekte zur Förderung der Gesundheit sozial belasteter Familien (z. B. Netzwerke von
22 niedergelassenen Ärzten, Gesundheitsämtern, Einrichtungen der Jugendhilfe, sozialen
23 Diensten, Familienhebammen, Kindergärten und Schulen) sind flächendeckend und
24 nachhaltig auszubauen. Hierbei engagieren sich Ärzte und Ärztinnen aktiv bei der
25 Stärkung gesundheitlicher Ressourcen von belasteten Familien, der Identifikation von
26 Familien mit psychosozialen Risiken und der Erschließung von Hilfsangeboten, der
27 Behandlung betroffener Kinder bzw. Eltern, wobei auch migrantenspezifische
28 Bedürfnisse angemessen berücksichtigt werden müssen.
- 29 – Die Kinder- und Jugendgesundheitsdienste des Öffentlichen Gesundheitswesens sowie
30 die Sozialpädiatrischen Zentren und Sozialpsychiatrische Praxen müssen nicht nur
31 beibehalten, sondern gestärkt werden.

32 33 • Chronische Erkrankungen erfolgreicher bekämpfen

34
35 **Die Behandlung chronisch Kranker muss verbessert werden; die Weiterentwicklung**
36 **der Behandlungsprogramme für chronisch kranke Patienten muss den Aspekt der**
37 **Multimorbidität berücksichtigen. Gleichzeitig müssen Maßnahmen zur Prävention**
38 **chronischer Erkrankungen intensiviert werden.**

39
40 **Strukturierte Behandlungsprogramme sollten auf Basis der Nationalen Versorgungs-**
41 **leitlinien als spezialisierte Versorgungsangebote für Hochrisiko-Patienten entwickelt**
42 **und vor einer flächendeckenden Einführung zunächst regional erprobt werden. Sie**
43 **müssen unter dem Primat medizinischer Versorgung und nicht unter dem der**
44 **Systemfinanzierung weiterentwickelt werden. Auch muss der Patient im**
45 **Behandlungsprogramm Individuum bleiben.**

46
47 Da viele chronische Krankheiten in engem Zusammenhang mit gesundheitsgefährdenden
48 Lebensgewohnheiten stehen, sind Prävention und frühzeitige Erkennung von Krankheitsrisi-
49 ken zu verstärken.

50

1 Da die Kosten für die Behandlung chronisch kranker Patienten in Deutschland und anderen
2 EU-Staaten zwischen 70 und 80 Prozent der Gesundheitsausgaben ausmachen, ist ihre
3 Behandlung inzwischen zum Gegenstand gesetzgeberischer Initiative geworden. Ob die im
4 Zuge des GKV-Modernisierungsgesetzes 2004 eingeführten Disease Management
5 Programme zu einer Senkung der durch chronische Erkrankungen verursachten Krank-
6 heitslast und der damit verbundenen Gesundheitsausgaben beitragen, ist jedoch fraglich.
7 Dies liegt zum einen an dem ökonomischen Fehlanreiz, der von der Kopplung zwischen
8 Disease Management Programmen und Risikostrukturausgleich ausgeht. Der hohe
9 Verwaltungsaufwand und die Einschreibung „gesunder“ Chroniker verfehlen das ursprüngli-
10 che Ziel, eine große Zahl an Patienten besser zu führen. Darüber hinaus wird die auf eine
11 einzige Erkrankung fokussierte Anlage der Behandlungsprogramme den in vielen Fällen
12 multimorbiden Patienten nicht gerecht.

14 • **Gesundheit im Alter fördern**

16 **Eine Gesellschaft des langen Lebens stellt auch die medizinische Versorgung vor**
17 **neue Herausforderungen. Diesen Herausforderungen muss mit mehr persönlicher**
18 **Zuwendung begegnet werden, denn es geht um die Stärkung der aktiven Ressourcen**
19 **des alternden Menschen, den Erhalt der Selbstbestimmung und die Teilhabe am**
20 **gesellschaftlichen Leben.**

22 In einer Gesellschaft des „langen Lebens“ gewinnt die Behandlung älterer und alter
23 Patienten, die meist zugleich multimorbide, chronisch krank und zumindest zeitweise oder
24 partiell pflegebedürftig sind, zunehmend an Bedeutung. Gleichzeitig brechen soziale,
25 familiäre Strukturen weg; die Zahl älterer Menschen in Einpersonenhaushalten nimmt zu.
26 Ältere Menschen ziehen ein selbstständiges Leben im eigenen Haushalt der Heimversor-
27 gung vor.

29 Im Falle von Behandlungspflege oder dauerhafter Pflegebedürftigkeit ist es aus Sicht älterer
30 Patienten nicht wünschenswert, wenn sie im Übergang zwischen den Versorgungssektoren
31 oder bei gleichzeitiger Pflegebedürftigkeit von verschiedenen Koordinatoren oder Case-
32 Managern unterschiedlicher Institutionen begleitet und beraten werden.

34 Um ihre kontinuierliche Versorgung und Betreuung sicherzustellen, müssen auch medizini-
35 sche Versorgungsstrukturen stärker als bisher auf eine Vernetzung von Prävention und
36 akuter Behandlung einerseits und ambulanter, teil- bzw. stationärer geriatrischer Rehabilita-
37 tion andererseits ausgerichtet werden. Die hausärztliche Koordinierungsfunktion, unterstützt
38 durch das Praxisteam, muss sich auch auf die fachärztliche und pflegerische Versorgung
39 sowie begleitende Hilfen erstrecken. In diesem Zusammenhang sind die medizinischen
40 Standards für geriatrische Einrichtungen im Sinne einer interprofessionellen leitlinienge-
41 stützten Versorgung weiterzuentwickeln.

43 Eine Hauptursache für den steigenden Pflegebedarf und die damit steigenden Gesundheits-
44 kosten im Alter stellen die Demenzerkrankungen dar. Demenz entwickelt sich zu einer
45 Volkskrankheit.

47 Ca. 25 % der Demenzkranken werden von ihren Familienangehörigen versorgt, die ohne
48 ausreichende Unterstützung auf Dauer hiermit häufig überfordert sind und selbst
49 ausbrennen und erkranken. Die veränderte Lebenssituation - auch der pflegenden
50 Angehörigen - bedeutet häufig eine Zunahme der sozialen Isolation.

1 Bei der Einstufung von Pflegebedürftigkeit müssen Demenz und eingeschränkte
2 Alltagskompetenz stärker berücksichtigt werden. Rahmenkonzepte der integrierten
3 Versorgung von Demenzerkrankten zur Verbesserung der vernetzten ambulanten,
4 teilstationären, stationären und komplementären Versorgung sind auszubauen. Ziel muss es
5 bleiben, den Eintritt und das Fortschreiten von Demenz-Erkrankungen durch frühzeitige
6 Diagnose und medizinische Maßnahmen zu verzögern.

7
8 Neben der pflegerischen Versorgung verdient die ambulante geronto-psychiatrische
9 Versorgung ein besonderes Augenmerk. Entlastungs- und Rehabilitationsangebote müssen
10 ausgebaut werden.

11
12 • **Palliativversorgung stärken**

13
14 **Menschen mit schweren und unheilbaren Erkrankungen benötigen eine möglichst**
15 **reibungslose Versorgungskette mit einer optimalen interdisziplinären und multipro-**
16 **professionellen Zusammenarbeit nach dem Vorbild der Palliative Care Teams.**

17
18 **Insofern ist das neue Versorgungsangebot der spezialisierten ambulanten Palliativ-**
19 **versorgung zu begrüßen. Qualitätsanforderungen, Finanzierung und Versorgungs-**
20 **anspruch müssen jedoch noch konkretisiert werden.**

21
22 **Vor allem der Ausbau der Kinder-Palliativmedizin ist dringend notwendig.**

23
24 In einer alternden Gesellschaft müssen Palliativversorgung und humane Sterbebegleitung
25 ein stärkeres Gewicht erhalten.

26
27 Jedem Menschen sollte es ermöglicht werden, so zu sterben, wie er es sich wünscht, ob zu
28 Hause, auf einer Palliativstation oder in einem Hospiz – nicht einsam, sondern geborgen
29 und in Würde.

30
31 Die Einführung des Anspruchs auf ambulante Palliativversorgung für GKV-Versicherte stellt
32 einen Schritt in die richtige Richtung dar, nicht zuletzt deshalb, weil dies den Wunsch der
33 überwiegenden Mehrheit der Bevölkerung, zu Hause sterben zu können, aufgreift. Dies trifft
34 derzeit jedoch nur für schätzungsweise jeden Dritten der Sterbenden zu.

35
36 Von einer flächendeckenden ambulanten Palliativversorgung ist das deutsche Gesundheits-
37 wesen weit entfernt.

38
39 Die Versorgung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen ist Bestandteil der ärztlichen
40 Tätigkeit. Die Bundesärztekammer hat mit ihren „Grundsätzen der Bundesärztekammer zur
41 ärztlichen Sterbebegleitung“ und den „Empfehlungen zum Umgang mit Vorsorgevollmacht
42 und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis“ Hilfestellungen für Ärztinnen und Ärzte
43 veröffentlicht und Orientierung gegeben.

44
45 Die zeit- und betreuungsintensive Versorgung schwer kranker und sterbender Menschen
46 wird aber häufig durch Rahmenbedingungen belastet, die eine angemessene Versorgung in
47 häuslicher Umgebung am Lebensende schwer oder unmöglich machen. Vor dem
48 Hintergrund der Einführung eines diagnoseorientierten Fallpauschalensystems (DRG) und
49 der dadurch zu erwartenden schnelleren Verlegung von besonders schwer kranken und
50 sterbenden Menschen in ihre häusliche Umgebung ist der konsequente Aufbau
51 leistungsfähiger ambulanter Strukturen der palliativmedizinischen Versorgung geboten.

- 1
2
3
4
5
- **Versorgungsforschung ausbauen als Voraussetzung einer rational begründeten Weiterentwicklung von Strukturen des Gesundheitswesens**

6
7
8
9

Die Versorgungsforschung in Deutschland ist unterentwickelt und muss dringend weiter ausgebaut werden. Sie kann wesentlich dazu beitragen, konkrete Probleme der gesundheitlichen Versorgung zu identifizieren und Vorschläge zu deren Behebung zu entwickeln bzw. zur Verbesserung der Versorgungssituation zu generieren.

10
11
12
13
14
15

Die Ärzteschaft setzt sich für eine Stärkung der Versorgungsforschung ein, um beispielsweise einer sektoralen Unterversorgung im deutschen Gesundheitssystem zu begegnen und neue Prioritäten in der Gesundheitsversorgung auf der Basis wissenschaftlich fundierter Daten zu setzen.

16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30

Die Zielsetzungen im Gesundheitssystem – hohe Qualität, Kosteneffektivität und Sicherung des faktisch chancengleichen Zugangs zu allen Gesundheitsleistungen – implizieren erhebliche Herausforderungen an das Gesundheitswesen. Um die dabei widerstreitenden Zielsetzungen zu lösen, sind strukturelle Reformen auf den verschiedensten Ebenen notwendig. Die vielfältigen Probleme der Kranken- und Gesundheitsversorgung verlangen dazu die interdisziplinäre Entwicklung, Weiterentwicklung, Erprobung und Bewertung tragfähiger Problemlösungen. Die Kernaufgaben sind der Transfer von medizinischen, biotechnischen oder psychosozialen Erkenntnisfortschritten in die Versorgungspraxis und die Überprüfung von medizinischen Verfahren, Technologien oder Versorgungsformen unter Alltagsbedingungen. Wesentliche interdisziplinäre Schritte dieses wissenschaftlichen Evaluationsprozesses werden heute unter dem Begriff der „Versorgungsforschung“ zusammengefasst. Diese gewinnt in der öffentlichen und in der privat finanzierten Forschungsförderung zwar zunehmend an Bedeutung, bedarf jedoch einer breiteren Fundierung und Anwendung.

31
32
33
34

Die Förderinitiative der Bundesärztekammer darf nicht als singuläre Maßnahme verhallen. Sie muss vielmehr einen wesentlichen Impuls für eine breit getragene Weiterentwicklung der Versorgungsforschung geben.

35
36
37
38
39
40

Das wichtigste Ziel eines Gesundheitssystems muss in der sachgerechten medizinischen Behandlung aller Bevölkerungsgruppen gesehen werden. Die Versorgungsforschung ist hierbei ein unverzichtbares Instrument.

3. Bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen bereitstellen

- **Wohnortnahe ambulanten Versorgung sicherstellen**

Alle Patienten haben Anspruch auf eine flächendeckende hausärztliche Versorgung und einen angemessenen Zugang zur Behandlung nach Facharztstandard.

Die Sicherstellung ist heute schon in strukturschwachen Regionen spürbar gefährdet. Die Ärzteschaft schlägt als erste Antwort Modellvorhaben vor, in denen die Unterstützung der hausärztlichen Versorgung in unterversorgten Regionen durch Medizinische Fachangestellte im Rahmen der Delegation erprobt wird und die Kooperationen mit Fachärzten gezielt gefördert werden.

- **Integrierte Versorgung konsequent ausbauen**

Integrierte Versorgung ist als sinnvolle Ergänzung, nicht als Alternative zu der im Kollektivvertragssystem erbrachten Versorgung zu betrachten. Die Teilnahme an integrierten Versorgungskonzepten muss grundsätzlich allen Leistungserbringern oder Zusammenschlüssen von Leistungserbringern, also auch den Kassenärztlichen Vereinigungen, möglich sein.

Über die Qualität der im Rahmen integrierter Versorgungsverträge erbrachten Versorgung muss mehr Transparenz hergestellt werden. Die im Rahmen der integrierten Versorgung erbrachten Leistungen sind in die extern vergleichende, sektorübergreifende Qualitätssicherung einzubeziehen. Bei der Entwicklung neuer integrierter Versorgungskonzepte sollten sektorübergreifende Versorgungspfade auf Basis qualitativ hochwertiger Leitlinien zugrunde gelegt werden. Da die Entwicklung evidenzbasierter interdisziplinärer und berufsgruppenübergreifender Versorgungsleitlinien langwierig ist, muss das Leitlinien-Clearingverfahren mit einer modifizierten Zielsetzung wieder aufgenommen werden, die nicht mehr auf Disease Management Programme allein fokussiert ist.

Integrierte Versorgungskonzepte müssen sich durch ein patientenorientiertes Schnittstellenmanagement auszeichnen. Grundlage hierfür sind eine gemeinsame Qualitätsphilosophie der Partner und ein umfassendes Qualitätsmanagementsystem.

- **Stationäre Versorgung als Teil der Daseinsvorsorge sichern**

Die Gewährleistung einer wohnort- und zeitnahen leistungsfähigen Krankenhausversorgung im Sinne der sozialstaatlichen Daseinsvorsorge muss weiterhin eine unverzichtbare staatliche Aufgabe bleiben, aus der sich der Staat nicht zurückziehen darf. Eine umfassende stationäre Versorgung der Patienten setzt eine vielfältige Krankenhauslandschaft voraus. Deshalb tritt die Ärzteschaft für eine Pluralität der Trägerschaft ein, bei der öffentlich-rechtliche, freigemeinnützige und private Anbieter gleichrangig nebeneinander stehen.

Insgesamt herrscht auch im stationären Sektor der Trend zur wettbewerblichen Ausrichtung und dezentralen Koordination zwischen Leistungserbringern, Krankenkassen und der Nachfrage der Patienten vor. Dieser Kurs ist politisch gewollt bzw. „Ausdruck eines gewandelten

1 Rollenverständnisses des Staates, bei dem der Staat zukünftig weniger eine Erfüllungs-
2 verantwortung als eine Gewährleistungsverantwortung wahrnimmt“ – so der Sachverständi-
3 genrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. In einigen Bundesländern
4 werden ein Rückzug aus der dualen Finanzierung der Krankenhäuser und die
5 „Selbstbegrenzung“ auf eine Rahmenplanung diskutiert.

6
7 Mit Blick auf die politische Debatte zur Neugestaltung des ordnungspolitischen Rahmens
8 der stationären Versorgung ab 2009 muss aus Sicht der deutschen Ärzteschaft die
9 Verantwortung im Sinne des Sicherstellungsauftrags und der Gewährleistungsverpflichtung
10 bei den Bundesländern verbleiben. Eine Beschleunigung und Entbürokratisierung der bisher
11 häufig schwerfälligen Planungsprozesse sind allerdings unabdingbar.

12
13 Die seit langem überfällige, in einigen Bundesländern bereits eingeleitete Neuausrichtung
14 der Krankenhausplanung von der bislang vor allem bettenzentrierten Planung auf eine
15 stärker leistungsbezogene Rahmenplanung mit der Möglichkeit der Anpassung an
16 landesspezifische Besonderheiten und Erfordernisse wird befürwortet. Hierfür ist jedoch die
17 Einbeziehung der Ärztekammern in die jeweiligen Planungsprozesse als unmittelbar
18 Beteiligte mit Strukturverantwortung notwendig. Die Neuausrichtung des
19 ordnungspolitischen Rahmens darf nicht zu einer Einschränkung der ärztlichen
20 Therapiefreiheit führen. Die notwendige stationäre Versorgung der Bevölkerung vor Ort darf
21 angesichts des steigenden Bedarfs nicht gefährdet werden. Ebenso muss die
22 Verantwortung der Krankenhäuser für die Aus-, Weiter- und Fortbildung in den
23 Gesundheitsberufen gewahrt bleiben.

24
25 Sowohl die bisherige duale als auch eine monistische Finanzierung sind nur dann eine tra-
26 gende Grundlage, wenn die erforderlichen Finanzmittel zur Verfügung stehen. Eine
27 Einführung der Monistik darf jedoch keinesfalls zu einer Übernahme der Steuerung des
28 Leistungsgeschehens durch die Krankenkassen und zur Aushöhlung der
29 Planungskompetenz der Länder führen. Die im Rahmen der Neuordnungsdebatte erörterte
30 Aufhebung des Kontrahierungszwangs der Gesetzlichen Krankenkassen mit den im
31 Bedarfsplan aufgenommenen Krankenhäusern durch Einzelverträge zwischen
32 Krankenhäusern und Krankenkassen wird strikt abgelehnt.

33
34 Die Anwendung der gesetzlichen Mindestmengen-Regelungen für medizinische Leistungen
35 in Krankenhäusern mit einschneidenden Restriktionen für die Leistungserbringung muss
36 aus Sicht der Ärzteschaft so verantwortlich gehandhabt werden, dass die weiteren, teils
37 maßgeblicheren Einflussfaktoren auf das jeweilige Versorgungsergebnis nicht
38 unberücksichtigt bleiben. Keinesfalls darf die Leistungsmenge zum alleinigen
39 Zugangskriterium für die Zulassung von Krankenhäusern und deren Ärzten zur
40 Durchführung einer bestimmten Behandlung werden. Mindestmengen-Regelungen sind kein
41 „Zauberinstrument“ der Qualitätssicherung und können über dadurch bedingte
42 Konzentrationsprozesse zu Gefahren für die Gewährleistung einer flächendeckenden
43 Krankenhausversorgung führen. Dies gilt in diesem Zusammenhang ebenso für die z. T.
44 ausufernde, nicht immer nur auf Versorgungs- und Qualitätsaspekte ausgerichtete
45 Zentrenbildung.

46
47 Bund und Länder nehmen eine falsche Weichenstellung vor, wenn sie die stationäre Versor-
48 gung allein Marktgesetzen unterwerfen. Der Markt kann das Sozialschutzziel – die Sicher-
49 stellung einer flächendeckenden stationären Versorgung auf hohem Niveau – nicht
50 erreichen. Ausgedünnte Versorgung und Risikoselektion sowie eine Reduzierung des

1 Angebots an stationären Einrichtungen auf lediglich gewinnbringende Einrichtungen wären
2 das Ergebnis.

3
4 • **Sektorübergreifende Kooperationsformen flexibel nutzen**
5

6 **Auf der Grundlage des Kollektivvertrags werden sektorenübergreifende Strukturen**
7 **geschaffen. Die sektorale Trennung wird aufgehoben, da niedergelassene Ärzte**
8 **gleichzeitig am Krankenhaus arbeiten, konsiliarisch Leistungen mit dem Kranken-**
9 **haus abrechnen und die Infrastruktur des Krankenhauses nutzen.**

10
11 **Das Belegarztsystem wird im Kollektivvertrag verbleiben und gefördert.**
12

13 Der Hausarzt wird zukünftig in Einzelpraxen, in Gemeinschaftspraxen oder seltener auch im
14 Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) tätig. Er kann in unterversorgten Gebieten
15 weitere Praxisstandorte, auch mit anderen vertragsärztlichen Kollegen unterhalten. Neben
16 einem ärztlich geleiteten Entlassungs- und Versorgungsmanagement zur Überwindung der
17 stationär/ambulanten Schnittstellenproblematik ist es sinnvoll, Überbrückungsstationen
18 einzurichten mit einer Versorgung von Patienten durch ihren Hausarzt unter stationären
19 Bedingungen, bevor diese in die ambulante Versorgung entlassen werden.

20
21 Der wohnortnah tätige Facharzt ist weiterhin in der Einzelpraxis, der Gemeinschaftspraxis
22 oder im MVZ tätig. Er nimmt auf Überweisung oder in direktem Zugang in Kooperation mit
23 dem Hausarzt die weitergehende Diagnostik vor; d. h. die bewährte haus-/fachärztliche
24 Arbeitsteilung wird auch zukünftig Bestand haben. Er kann an mehreren Orten, sogar KV-
25 übergreifend, tätig werden und in Teilgemeinschaftspraxen spezialisierte Leistungen
26 anbieten.

27
28 Die spezialisierten Fachärzte werden die neuen Kooperationsformen verstärkt gestalten und
29 sich in medizinischen Versorgungszentren oder Ärztehäusern in der Nähe der
30 Krankenhäuser gruppieren.
31
32

4. Mit Mittelknappheit verantwortungsbewusst umgehen

- **Budgetmedizin ist zu beenden**

Die völlig unzureichenden Budgets zur Finanzierung des Gesundheitswesens haben zu Wartelisten, Unterversorgung und Rationierung geführt. Die Ärzteschaft kann nur noch Sorge dafür tragen, die knappen Mittel möglichst effizient für die Patienten einzusetzen. Durch Rationalisierung lässt sich Rationierung jedoch nicht mehr umgehen. Dies muss transparent gemacht werden.

Die an sich notwendige medizinische Versorgung kann heute nicht mehr allen Patienten zur Verfügung gestellt werden. Rationierung findet statt. Dabei geht es nicht allein um die unzureichende Bereitstellung von Finanzmitteln. Unter Budgetbedingungen mangelt es auch an Zeit für ein aufklärendes Gespräch, an ärztlicher Zuwendung und an Ruhe, z. B. Sterbende angemessen zu begleiten. Es besteht kein Zweifel, dass die Mittelknappheit im Gesundheitswesen so ausgeprägt ist, dass sie nicht allein durch die Erschließung von Effizienzreserven oder durch Optimierung von Prozessen und Abläufen abgefangen werden kann. Die demographische Entwicklung, die gestiegene Lebenserwartung, die steigende Zahl chronisch Kranker und multimorbider Menschen werden die Mittelknappheit noch verschärfen. Zugleich ist die Dynamik des klinischen Fortschritts nicht aufzuhalten. Der aber ist erfahrungsgemäß kostensteigernd.

Vor diesem Hintergrund ist das Grundverständnis der deutschen Ärzteschaft, die Patientenversorgung so auszugestalten, dass die noch vorhandenen, wenn auch knappen Mittel im Interesse der Patienten möglichst nutzbringend und effektiv eingesetzt werden. Qualitätsmanagement und nationale Versorgungsleitlinien können der Optimierung von Strukturen, Prozessen und Abläufen dienen. Sie reichen jedoch sicher nicht aus, um die Mittelknappheit zu überwinden.

- **Leistungsumfang der GKV am Bedarf orientieren**

Der Leistungsumfang der GKV hat sich nach dem Versorgungsbedarf der Patienten zu richten und nicht nur nach der Finanzierbarkeit.

Die Kostendämpfungspolitik der vergangenen Jahre hat sich zunehmend in Richtung einer Standardmedizin zu Dumpingpreisen entwickelt. Unter dem Primat der Kostendämpfung sind bei der Nutzenbewertung von GKV-Leistungen sowohl der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wie auch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) auf ein evidenzbasiertes Vorgehen festgelegt.

Diese Methode stößt an Grenzen: Sie ist abhängig vom Vorhandensein von Studien und von klinischer Expertise. Medizinischer Fortschritt und Innovation lassen sich so kaum erfassen. Kosten-Nutzenbewertungen stoßen auf methodische Schwierigkeiten, weil der Gesamtnutzen aller medizinischen Leistungen zu bewerten ist und nicht nur der innerhalb des GKV-Systems erzielte Nutzen. Auch ist mit dem Instrument der Evidenzbasierung das Verhältnis von Kollektivnutzen zu Individualnutzen nicht zu klären. Darüber hinaus kann eine Kosten-Nutzenbetrachtung im Einzelfall dem Interesse des einzelnen Patienten völlig zuwiderlaufen und unärztlich sein, wenn z. B. mehrere Krankheitsbilder gleichzeitig oder

1 unheilbare Krankheiten vorliegen. Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung hat nur dann
2 ihren Wert, wenn es um die Effizienz des Mitteleinsatzes geht, d. h. um Rationalisierung.

3
4 Die Ärzteschaft entwickelt mithilfe des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ)
5 eigene Versorgungsleitlinien, die wissenschaftlichen Ansprüchen allein genügen und nicht
6 dem Primat der Beitragssatzstabilität unterworfen sind. So wird die Differenz erkennbar
7 zwischen den politisch gewollten Versorgungsstandards nach Kassenlage und den
8 eigentlich notwendigen Standards auf wissenschaftlicher Grundlage.

9
10 Nur durch die Beschreibung dieser Differenz wird die heute schon stattfindende
11 Rationierung transparent.

12
13 • **Verantwortung des Gesetzgebers für rationierende**
14 **Rahmenbedingungen klarstellen**

15
16 **Unter den Bedingungen der Mittelknappheit wird es für Ärztinnen und Ärzte immer**
17 **schwieriger, ihrer Verantwortung für die Patientenversorgung gerecht zu werden, da**
18 **sie gleichzeitig verschiedenen Rechtskreisen unterworfen sind: nach dem**
19 **Haftungsrecht werden sehr hohe Sorgfaltsstandards verlangt, die jedoch unter den**
20 **Budgetbedingungen des Sozialrechts nicht eingehalten werden können.**
21 **Sorgfaltsstandards stehen oft unvereinbar im Widerspruch zu Budgets und zur**
22 **Rationierung.**

23
24 **Die Einheit der Rechtsordnung muss vom Gesetzgeber wiederhergestellt werden.**

25
26 Der Zielkonflikt zwischen ärztlicher Sorgfaltspflicht und Wirtschaftlichkeitsdruck belastet das
27 Patient-Arzt-Verhältnis inzwischen in einem unerträglichen Ausmaß. Die Ärzteschaft lehnt
28 es strikt ab, gesetzliche Rationierungsentscheidungen wie das AVWG auf die individuelle
29 Ebene der Patient-Arzt-Beziehung zu verlagern. Dies gilt gleichermaßen für die ständigen
30 Regressandrohungen.

31
32 Wenn der Gesetzgeber nicht gewillt ist, die für eine bedarfsgerechte Gesundheitsver-
33 sorgung erforderlichen Mittel im Gesundheitswesen zur Verfügung zu stellen und weiterhin
34 auf eine Steuerung der Gesundheitsausgaben durch Budgets setzt,

- 35
36 - muss das Haftungsrecht angepasst werden,
37 - muss der Gesetzgeber die Verantwortung für einen Leistungskatalog unter dem
38 Primat allein der Beitragssatzstabilität übernehmen,
39 - muss der Gesetzgeber die Absenkung von Versorgungsstandards verantworten
40 und
41 - muss er sich letztlich zur expliziten Priorisierung und Rationierung bekennen.

42
43 Diese Klarstellung würde die bisherige Steuerung der Ausgaben im Gesundheitswesen mit
44 heimlicher und implizierter Rationierung beenden. Der Gesetzgeber könnte dann nicht
45 länger Rationierung als mangelnde Qualität darstellen.

1
2 • **Positivliste einführen**
3

4 **Die deutsche Ärzteschaft fordert den Gesetzgeber auf, die Rechtsgrundlagen für die**
5 **Erstellung einer Positivliste wiederherzustellen und dafür Sorge zu tragen, dass die**
6 **Erstellung dieser Positivliste unter Einbeziehung der Bewertung durch die Arznei-**
7 **mittelkommission der deutschen Ärzteschaft stattfindet. Die Einführung einer**
8 **Positivliste darf die Therapiefreiheit im Patient-Arzt-Verhältnis nicht einengen.**
9

10 Vor dem Hintergrund steigender Arzneimittelkosten stellt sich die Frage, wie diese zukünftig
11 finanziert werden können. Die Arzneimittelversorgung sollte deshalb mithilfe neutraler und
12 rasch zugänglicher Informationen hinsichtlich möglicher Therapieformen, der Kosten-
13 Nutzen-Relation sowie möglicher Alternativen zur medikamentösen Intervention konzipiert
14 werden. Für die nachhaltige Versorgung mit Arzneimitteln müssen leitlinien-gestützte
15 Therapieformen zusammen mit einer am jeweiligen aktuellen Wissensstand orientierten
16 Liste verordnungsfähiger Arzneimittel implementiert werden. Die Bundesärztekammer und
17 die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft sehen weiterhin in einer unter
18 nachvollziehbaren Kriterien konsequent erstellten Positivliste für Arzneimittel ein
19 wirkungsvolles Instrument für eine rationale Arzneimitteltherapie.
20

21 Der 102. Deutsche Ärztetag 1999 hatte sich erneut für eine am jeweiligen aktuellen
22 Wissensstand orientierte Liste verordnungsfähiger Arzneimittel zur Unterstützung einer
23 rationalen Arzneimitteltherapie in der Praxis ausgesprochen. Diese Positivliste führt nicht
24 nur zu einer effektiveren und effizienteren Arzneimittelversorgung, sondern sie schafft auch
25 für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Sicherheit im Dialog mit den Patienten. Sie ist
26 aus Sicht der Bundesärztekammer und der Arzneimittelkommission der deutschen
27 Ärzteschaft ein nützliches Instrument für die Qualitätssicherung und entspricht einer
28 institutionalisierten Bewertung der therapeutischen Wertigkeit von Innovation, auch im
29 Hinblick auf ihre Kosten und Erstattungsfähigkeit.
30

31 Die deutsche Ärzteschaft regt an zu überprüfen, ob Komponenten aus dem französischen
32 Erstattungsmodell für Arzneimittel für eine Übernahme in das deutsche Erstattungssystem
33 geeignet sind. In Frankreich müssen die Hersteller von Arzneimitteln für die Festlegung der
34 Erstattungsfähigkeit einen Antrag an die staatliche Arzneimittelbehörde stellen.
35 Voraussetzung für die Aufnahme des Arzneimittels in die Positivliste ist die Feststellung des
36 therapeutischen Nutzens durch eine Transparenzkommission. Diese formuliert die entspre-
37 chenden Empfehlungen für das Gesundheitsministerium, das die Entscheidung für die
38 Aufnahme eines Arzneimittels in die Positivliste trifft.
39

40 • **Einrichtung eines Gesundheitsrats**
41

42 **Die deutsche Ärzteschaft fordert die Einrichtung eines Gesundheitsrats, der gesund-**
43 **heitspolitische Priorisierungsentscheidungen vorbereitet.**
44

45 Der Gesundheitsrat muss institutionell unabhängig unter enger Einbindung von Ärzteschaft,
46 Politik und Patientenvertretern im vopolitischen Raum arbeiten. Seine Aufgabe ist es,
47 Schwerpunkte für die Gesundheitsversorgung zu definieren und Umsetzungsempfehlungen
48 zu erarbeiten. Eine solche Priorisierung kann nur auf der Basis ärztlicher, ethischer,
49 medizinisch-wissenschaftlicher und sozialer Kriterien erfolgen und sollte vor allem
50 Ergebnisse der Versorgungsforschung berücksichtigen. Die Priorisierungsentscheidungen
51 müssen von der Politik transparent und öffentlich nachvollziehbar getroffen werden.

5. Versorgungsqualität und Patientensicherheit in einem markt-orientierten Gesundheitssystem erhalten

- Qualitätswettbewerb fördern

Die für unser Gesundheitswesen erforderliche ordnungspolitische Neuausrichtung muss auf Wettbewerbskriterien basieren, die sich am Primat des Patientenwohls und an Qualitätskriterien ausrichten und Versorgungssicherheit gewährleisten.

Die Instrumente, Methoden und Standards für „Qualitätswettbewerb“ - Qualitätsindikatoren, Patienteninformationen, Zertifizierungsverfahren etc. - müssen strikt patientenorientiert, frei von wirtschaftlichen Interessen und unter Einbeziehung der Expertise der im Gesundheitswesen tätigen Professionen entwickelt werden.

Die deutsche Ärzteschaft ist bereit, sich mit ihrer Expertise in den notwendigen Prozess der Entwicklung von wettbewerbsfesten Qualitätskriterien und Qualitätssicherungsverfahren einzubringen, wenn sie hierbei adäquat, d. h. nicht nur fachlich beratend, sondern mitgestaltend beteiligt wird.

Die Forderungen nach Qualitäts- statt Preiswettbewerb und mehr Transparenz im Gesundheitswesen stammen typischerweise aus marktorientierten Gesundheitssystemen wie den USA. Wie die Erfahrung dort zeigt, erzeugt die Schaffung von Transparenz nicht automatisch mehr Qualität: Unter dem Druck der Öffentlichkeit ist die Versuchung groß, schlechte Ergebnisse zu unterdrücken. Lernen vom Besten und eine Verbesserung des Gesamtsystems können damit sogar behindert werden. Um eine solche Fehlentwicklung zu vermeiden, wurde die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung in Deutschland bislang im sog. geschützten Raum durchgeführt. Dies gilt auch für die vielfältigen Qualitätsförderungs- und -sicherungsprojekte im ambulanten Bereich.

Auch die Kopplung der Vergütung an Qualität (Pay-for-Performance) ist nicht automatisch qualitätsfördernd, da solche Verträge einen Anreiz zur Risikoselektion bilden können.

In Deutschland hat die sogenannte Qualitäts- und Transparenz-Offensive des Gesetzgebers bislang zu einem Wildwuchs von Qualitätsberichten und Krankenhausführern, Zertifizierungsverfahren, Gütesiegeln etc. geführt. Der Informationsgewinn für die Patienten oder die einweisenden Ärzte ist mehr als fraglich, obwohl die dafür zu leistenden Dokumentationsaufwände zum Teil erheblich sind.

Im Qualitätswettbewerb wird dem Verfahren der sektorübergreifenden Qualitätssicherung eine Schlüsselfunktion zukommen. Bereits jetzt stellen die Veröffentlichungen der BQS-Ergebnisse in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser einen wichtigen Wettbewerbsfaktor dar. Zur Sicherung der eigenen Marktposition wird die Darlegung der eigenen Qualität zukünftig für alle Leistungserbringer unverzichtbar sein.

Zu allen Einzelbausteinen eines Qualitätswettbewerbs besteht noch erheblicher Entwicklungs- oder Evaluationsbedarf. Die Ärzteschaft kann in dieser Hinsicht auf umfangreiche Vorleistungen und auf neue Pilotprojekte verweisen, da die Qualitätssicherung des eigenen Handelns zum professionellen Selbstverständnis der Ärzteschaft zählt.

6. Eigenverantwortung der Patienten stärken

Gesundheits- und Sozialpolitik müssen die persönliche Verantwortlichkeit und Verantwortungsbereitschaft des Einzelnen für die eigene Lebensführung fördern und ihr zur Entfaltung verhelfen. Gesundheitspolitische Aktivitäten des Staates müssen den Menschen vor nachteiliger Beeinflussung von außen bewahren und ihm die Chance zur individuellen Entfaltung geben. Aus dem Vorrang der gesundheitlichen Verantwortung des Einzelnen vor der Verantwortlichkeit der Gesellschaft und des Staats ergibt sich eine abgestufte Verantwortung nach dem Subsidiaritätsprinzip.

Voraussetzung für gesundheitsbewusstes Verhalten sind Information und Aufklärung.

Die Stärkung von Eigenverantwortung durch Eigenbeteiligungen darf nicht zu Unterversorgung ausgerechnet der finanzschwachen Bevölkerungsgruppen führen.

Versicherte müssen ihrer eigenen Verantwortung für sich und die Solidargemeinschaft nachkommen, indem sie z. B. durch Prävention und Gesundheitsvorsorge aktiv zur Risikominderung beitragen. Die behutsame Etablierung von Eigenverantwortung verbunden mit Kostentransparenz kann mittelfristig zu mehr gesundheitsbewusstem Verhalten anreizen. Voraussetzung für die Übernahme von Eigenverantwortung bildet der leichte Zugang zu Informationen sowie Aufklärung. Diese sollte bereits in den Kindergärten und Schulen mittels eines Fachs Gesundheitskunde erfolgen.

Da ein Großteil der modernen Zivilisationskrankheiten wie Hypertonie, Diabetes mellitus, Herzinfarkt, Schlaganfall etc. lebensstil- und somit auch ernährungsbedingt sind, fordert die deutsche Ärzteschaft als kurzfristig zu ergreifende Maßnahme eine Abgabe auf sowie Kennzeichnung von gesundheitsschädlichen Substanzen sowie deren spezifische Kennzeichnung.

Bei der Einführung von Selbstbeteiligungen in die GKV ist zu beachten, dass die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in starkem Maße vom jeweiligen sozioökonomischen Status der Versicherten abhängt. Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status sind kränker und verhalten sich weniger gesundheitsbewusst. Da alle GKV-Versicherten mehr Eigenverantwortung für ihre Gesundheit übernehmen sollen, müssen in Abhängigkeit von Krankheitslast und sozioökonomischem Status hierzu jeweils unterschiedliche Strategien für die verschiedenen Versichertengruppen entwickelt werden.

Eine sozialverträgliche prozentuale Selbstbeteiligung fördert die Kostentransparenz. Um notwendige Härtefallregelungen implementieren und die Abwicklung der Zahlung in der Praxis vereinfachen zu können, ist die prozentuale Selbstbeteiligung von der Krankenkasse beim Versicherten zu erheben.

7. Medizinische Versorgung leistungsgerecht vergüten

- Vergütung privatärztlicher Leistungen durch GOÄ-Novelle sichern

Die Amtliche Gebührenordnung für Ärzte bildet als Rechtsverordnung die Referenzgrundlage für alle deutschen ärztlichen Gebührenordnungen oder Vergütungsregelungen. Sie dient dem Interessenausgleich zwischen Patient und Arzt und hat damit eine wichtige ordnungspolitische Funktion.

Eine Erfüllung dieser ordnungspolitischen Funktion setzt eine regelmäßige Anpassung der GOÄ an den medizinisch-technischen Fortschritt sowie an die wirtschaftliche Entwicklung voraus. Die Ärzteschaft hat klare Vorstellungen zur Novellierung der GOÄ entwickelt, die politisch aufzugreifen sind.

Als staatliche Gebührenordnung stellt die GOÄ ein eigenständiges Bewertungs- und Preissystem für ärztliche Leistungen dar. Sie fußt auf den - für Angehörige eines Freien Berufs - spezifischen Charakteristika der qualifizierten persönlichen Leistungserbringung in fachlich unabhängiger Eigenverantwortung und wirtschaftlicher Selbstständigkeit. Direkter Arztbezug und persönliche Leistungserbringung sind Ausdruck ärztlicher Verantwortung auf Basis einer individuellen Patient-Arzt-Beziehung. Patient und Arzt bestimmen individuell die zu erbringenden Leistungen im Rahmen eines privatrechtlichen Behandlungsvertrags und eines darauf basierenden Vertrauensverhältnisses.

Der GOÄ liegt ein Rechtsverhältnis zwischen Patient und Arzt i. S. eines Dienstleistungsvertrags zugrunde. Davon getrennt bestehen zwischen Versichertem und Privater Krankenversicherung ein Versicherungsvertrag bzw. zwischen Beihilfe und Beihilfeberechtigtem gesetzliche Fürsorgebestimmungen. Die GOÄ muss deshalb als Amtliche Gebührentaxe - unabhängig sowohl von Versicherungs-, Tarif- oder Erstattungsbedingungen der Privaten Krankenversicherung als auch von Leistungsbegrenzungen der Beihilfe - die Vergütung frei vertraglich vereinbarter ärztlicher Leistungen gewährleisten.

Die derzeitige GOÄ stammt im Wesentlichen aus dem Jahre 1983 und wird ihrer ordnungspolitischen Aufgabe - der Herstellung eines Interessenausgleichs zwischen Patient und Arzt - immer weniger gerecht. Das Vertrauensverhältnis von Patient und Arzt wird durch unnötige Auseinandersetzungen belastet, zunehmender Verwaltungsaufwand beeinträchtigt Verfahrensabläufe und Finanzierbarkeit des Systems.

Eine Novellierung der GOÄ und Erfüllung der ihr zugeordneten Schutzfunktion für Patient und Arzt ist umso dringlicher, als der private Gesundheitsmarkt in den kommenden Jahren an Bedeutung zunehmen wird. Je restriktiver der GKV-Leistungskatalog ausgestattet wird, desto mehr Leistungen fließen in den privaten Gesundheitsmarkt ab. Gleichzeitig ist das Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung gestiegen; immer mehr GKV-Versicherte sind bereit, privat in Vorsorgeleistungen und besonderen Komfort, den die GKV nicht mehr leisten kann, zu investieren. Auch diese Leistungen brauchen eine transparente und rechtssichere Abrechnungsgrundlage.

1
2 • **Vergütung vertragsärztlicher Leistungen erhöhen und planbar machen**
3

4 **Die mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz vorgegebene umfassende Neuordnung der**
5 **vertragsärztlichen Vergütung kann den Patienten, den Vertragsärzten und den**
6 **Mitarbeitern in Praxen und Medizinischen Versorgungszentren nur dann nutzen, wenn**
7 **die damit verbundenen politischen Zusagen zur Behebung der gegebenen**
8 **Unterfinanzierung der vertragsärztlichen Versorgung auch eingelöst werden.**
9

10 **Die neue Systematik der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen ist daher so zu**
11 **gestalten, dass es den Vertragsärzten wieder ohne wirtschaftlichen Nachteil möglich**
12 **wird, ihre Patienten angemessen, krankheitsgerecht und mit der notwendigen**
13 **Zuwendung zu versorgen.**

14
15 Die mit den geplanten Euro-Gebührenordnungen angestrebte Vereinheitlichung der regional
16 bisher sehr unterschiedlichen Vergütungsregelungen darf nicht zu weiteren
17 vertragsärztlichen Honorarminderungen führen. Die überregionale Homogenisierung des
18 Mangels darf nicht das Ergebnis der Vergütungsreform werden. Daher muss der durch den
19 Erweiterten Bewertungsausschuss mit seiner Beschlussfassung zum Einheitlichen
20 Bewertungsmaßstab (EBM 2008) festgestellte Aufwertungsbedarf der vertragsärztlichen
21 Leistungsvergütungen allerorts endlich auch honorarwirksam umgesetzt werden. Weiterhin
22 muss auch der versorgungsbeeinträchtigende Unterschied zwischen EBM-
23 Bewertungsrealität (kalkulatorischer Punktwert: 5,11 Cent) und EBM-Vergütungsrealität
24 (durchschnittlicher Auszahlungspunktwert: 3,7 Cent) dringend überwunden werden. Bei der
25 Weiterentwicklung der haus- und fachärztlichen Vergütungen müssen die versorgungs-
26 bereichsspezifischen Erfordernisse gleichberechtigt ihre angemessene Berücksichtigung
27 finden.
28

29 Die vorgesehene umfassende Pauschalierung der vertragsärztlichen Vergütung muss mit
30 Bedacht umgesetzt werden und darf weder zur Fehlabbildung des krankheitsbezogenen
31 Behandlungs- und Zuwendungsbedarfs der Patienten noch zum Verlust der fachlichen und
32 qualitativen Identität der haus- und fachärztlichen Versorgung führen. Über eine sinnvolle
33 Pauschalierung erreichte Vereinfachungen der Abrechnung dürfen nicht durch einen
34 begleitend verstärkten Kontrollbürokratismus wieder zunichtegemacht werden.
35

36 Unter dem durch Selektivverträge sowie die ambulante Öffnung der Krankenhäuser
37 zunehmenden Wettbewerb in der ambulanten Versorgung müssen systematische
38 Benachteiligungen durch ungleiche Bedingungen der Zulassung, Finanzierung, Innovation
39 und Qualitätssicherung vermieden werden.

- 1
2 • **Vergütung stationärer Leistungen nicht zum Preiswettbewerb**
3 **missbrauchen**
4

5 **Die Ärzteschaft fordert von Bund und Ländern ein Sofortprogramm zur Stabilisierung**
6 **der wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser. Die notwendige stationäre**
7 **Versorgung der Bevölkerung darf angesichts ihres steigenden Bedarfs nicht weiter**
8 **gefährdet werden. Die im Rahmen der Neuordnungsdebatte erörterte Aufhebung des**
9 **Kontrahierungszwangs der Gesetzlichen Krankenkassen mit den im Bedarfsplan**
10 **aufgenommenen Krankenhäusern wird abgelehnt, da sie die Versorgungssicherheit**
11 **der Bevölkerung gefährden würde.**

12
13 **Ebenso muss die Mitverantwortung der Krankenhäuser für die Aus-, Weiter- und**
14 **Fortbildung in den Gesundheitsberufen erhalten bleiben und diese Leistung finanziert**
15 **werden.**

16
17 Schon heute gibt es erhebliche Finanzierungslücken im stationären Sektor. Ein
18 Sofortprogramm muss die Deckelung der Budgets beenden, eine realistische
19 Refinanzierung der Aufgaben - orientiert an den tatsächlichen Kosten der Krankenhausa-
20 leistungen einschließlich der Tarifentwicklung - ermöglichen, eine sofortige Rücknahme der
21 Sanierungsabgabe an die Krankenkassen beinhalten und die Investitionskraft der
22 Krankenhäuser stärken
23

24 Ferner muss spätestens mit dem Ende der Konvergenzphase zum 01.01.2009 die
25 Abschaffung der Grundlohndeckelung des Krankenhausbudgets erfolgen. Bei mehr oder
26 weniger Leistungen müssen für die Krankenhäuser in einem leistungsorientierten
27 Vergütungssystem auch volle Mehr- oder Mindererlöse möglich sein. Unabhängig hiervon
28 müssen die Ergebnisse von Tarifabschlüssen in die Vergütungen der Krankenhäuser
29 einfließen.
30

31 Bei der erforderlichen Weiterentwicklung des Fallpauschalen-Systems als Basis der
32 Vergütung stationärer Leistungen ist von dem anfänglich politisch geforderten 100%-
33 Abbildungsansatz aller Diagnosen und Prozeduren zurecht faktisch Abstand genommen
34 worden. Die von allen Beteiligten bislang uneingeschränkt konsentierten Nichteinbeziehung
35 der Psychiatrie etc in die Fallpauschalensystematik muss im Sinne der besonderen
36 Schutzwürdigkeit weiterhin Bestand haben. Einer zukünftigen Nutzung des DRG-Systems
37 für Rabbatierung und Preisdumping wird seitens der Ärzteschaft eine klare Absage erteilt.
38

39 Die Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bleibt unverzichtbares
40 Vergütungsinstrument für ärztliche Wahlleistungen und für die Mitarbeiterbeteiligungen im
41 Krankenhaus. Sie ist dem wissenschaftlichen Fortschritt laufend anzupassen.
42
43

Teil B - Finanzierung

8. Finanzierung einer patientengerechten Gesundheitsversorgung

8.1 Prüfkriterien

- **Patienteninteresse und ärztlicher Auftrag**

Es ist Aufgabe der Ärzteschaft, Maßstäbe für die notwendige ärztliche Versorgung zu entwickeln, an denen sich ein sozialstaatlich organisiertes Versicherungssystem messen lassen muss. Zugleich ist die Stellung des Patienten ein Mittelpunkt des zu bildenden Kreises solcher Kriterien. Dies bedeutet, dass das Selbstbestimmungsrecht des Patienten für die Wahl seiner Gesundheitsversorgung ebenso wie seine Eigenverantwortung Ausgangspunkt der Zielsetzungen sein muss.

Der Behandlungsauftrag des Arztes und sein Berufsethos sind die Schnittstellen zum System des sozialen Schutzes. Die Regeln, die die Deckung des Bedarfs an gesundheitlicher Versorgung individuell, strukturell und qualitativ steuern, beeinflussen den Behandlungsauftrag des Arztes und die Heilungschancen des Patienten. Behandlungsbedarf des Patienten und Chancengleichheit in der Gesundheitsversorgung sind nach den Grundsätzen der Modelle des Sozialschutzes und seines Umfangs zu prüfen.

Die Politik drückt sich vor der Verantwortung, eine langfristige Sicherung der Finanzierung des deutschen Gesundheitswesens anzugehen. Aus der Sicht der Ärzteschaft kann die Finanzierungstechnik indessen nur ein Mittel zum Zweck sein:

- Sicherung einer im Zugang chancengleichen und qualitativ hochstehenden Patientenversorgung.

Dies ist der Maßstab, an dem die Ärzteschaft die Finanzierungskonzepte in ihrer „Versorgungsadäquanz“ messen muss.

- **Kriterien im Einzelnen**

Die nachfolgenden Maßstäbe gehen von einem Rahmen aus, der mindestens folgende Gestaltungsprinzipien erfordert:

- Eigenverantwortung des Patienten
- Subsidiarität des notwendigen sozialen Schutzes
- Pflichtversicherung oder Versicherungspflicht zur Abdeckung mindestens der Grundbedürfnisse an sozialem Schutz
- Konzentration auf das Versicherungsprinzip (Abdeckung des Krankheitsrisikos) und Ausschluss insoweit versicherungsfremder sozialpolitisch motivierter Transferleistungen

1 - Garantie der Berufsfreiheit der „Leistungserbringer“ für den für die Patientenver-
2 sorgung notwendigen professionellen Handlungsspielraum.

3

4 In diesem Rahmen ist Folgendes zu fordern:

5

6 a) Individualebene – Selbstbestimmung und Berufsfreiheit

7

8 - Arztwahlfreiheit für den Patienten

9 - Therapiefreiheit für den Arzt in Verantwortung für den Patienten

10 - Erhalt der Entscheidungsfreiheit des Patienten bei ärztlichen Therapie-
11 optionen

12 - Transparenz unvermeidlicher Rationierung

13 - „Zuwahl“-Rechte des Patienten über den geregelten Versicherungsschutz
14 hinaus zur autonomen Bestimmung seiner Gesundheitsversorgung.

15

16 b) Strukturelle Ebene (Zugang zu den Gesundheitsleistungen)

17

18 - Chancengleichheit zur Heilbehandlung (gleicher Zugang zu
19 Gesundheitsleistungen)

20 - Diskriminierungsfreie Zuzahlungen und Selbstbeteiligungen

21 - Räumlich nahe hausärztliche Versorgung

22 - Fachärztliche Versorgung in zumutbarer Entfernung

23 - Bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

24 - Optionen des Patienten für personale oder institutionelle Versorgungsweisen.

25

26 Im Übrigen ist zu fordern:

27

28 - Die solidarisch getragene medizinische Versorgung muss auch in Zukunft für
29 jedermann erreichbar sein, dem aktuellen medizinischen Standard
30 entsprechen und mit ausreichenden Ressourcen flächendeckend, auch für
31 den Notfall ausgestattet sein.

32 - Versorgungsstrukturen müssen primär am medizinischen Bedarf des
33 Patienten ausgerichtet sein und dürfen nicht von ökonomischen Einsparzielen
34 dominiert werden. Dies gilt insbesondere für die integrierte Versorgung.

35

36 c) Versorgungsebene – Qualität und Professionalität

37

38 - Definitionskompetenz der Ärzte für die notwendige medizinische Versorgung
39 (u. a. durch Versorgungsleitlinien)

40 - Maßgebliche und verantwortliche Rolle der Ärzteschaft bei Weiterentwicklung
41 von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement

42 - Wahrung der Professionalität durch Ausschluss von Fremdbestimmung.

43

44 d) Vertragsebene

45

46 - Wettbewerbsgleichheit der Ärzte und Krankenhäuser im Zugang zu
47 Versorgungsaufträgen zur Versorgung Versicherter

48 - Kompensatorische Instrumente zum Ausschluss von Marktmacht der
49 Krankenkassen.

1
2 e) Flexibilität und Reaktionsfähigkeit des Versorgungssystems

- 3
4 - Modellhaftes Vorgehen muss ermöglicht werden
5 - Evaluation und Folgenabschätzung müssen systemimmanent werden
6 - Die Steuerungsfähigkeit des Systems muss die Teilhabe der Versicherten am
7 medizinisch-technischen Fortschritt nachhaltig ermöglichen und auf die
8 demographischen Herausforderungen reagieren.
9

10 • **Kritische Bewertung**

11
12 Werden die genannten Kriterien für ein chancengleiches und bedarfsgerechtes
13 Versorgungssystem als Maßstab genommen, muss ernsthaft die Frage diskutiert werden,
14 ob nicht eine Weiterentwicklung des bestehenden Systems der gesetzlichen
15 Krankenversicherung unter Rückbesinnung auf die Aufgabe als Versicherungssystem ohne
16 gesellschaftspolitische Aufgaben (Stichwort: versicherungsfremde Leistungen) und unter
17 Berücksichtigung eines Lösungsprinzips, welches davon ausgeht, dass nicht jedes
18 Gesundheitsrisiko solidarisch versichert sein muss, ein möglicher Weg ist.
19

20 Entscheidend ist dabei indessen, dass die bürokratisierte Versorgungsstruktur in der
21 Beziehung von Krankenkassen und Ärzten in dem heutigen Vertragsarztrecht aufgelöst und
22 wieder auf ihren Ursprung zurückgeführt wird: Es ging darum, eine freiheitliche Integration
23 der Ärzteschaft unter Übernahme der Verantwortung für die Sicherstellung der ambulanten
24 Versorgung in der Beziehung zum GKV-System zu wählen. Die weithin anerkannte Lösung
25 war ein echtes Verhandlungsmodell der Gleichberechtigten mit dem Ausschluss
26 vertragloser Zustände. Die genossenschaftliche Verantwortung der Vertragsärzte in der
27 kassenärztlichen Versorgung garantiert die flächendeckende, qualitätsorientierte, aber auch
28 wirtschaftliche Versorgung der Versicherten. Der Umbau dieses Modells in ein
29 Versorgungsmodell mit Behördencharakter, welches von der ursprünglichen
30 Selbstverwaltung nur noch die Hülse übrig lässt, war ein falscher Weg.
31

32 • **Folgerungen**

33
34 Werden die hier niedergelegten Kriterien der Ärzteschaft beachtet, muss die künftige
35 Finanzierung gesundheitlicher Versorgung der Bevölkerung so gestaltet sein, dass sie einen
36 verlässlichen und chancengleichen Zugang zur gesundheitlichen Versorgung auf dem
37 medizinisch angemessenen Niveau für den jeweiligen individuellen Zustand des Patienten
38 ermöglicht. Die Beschaffung der finanziellen Mittel muss auf die Eigenverantwortung der
39 Bürger und die Subsidiarität sozialen Schutzes Rücksicht nehmen.
40

41 Dies schließt daher ein, dass es über den durch das soziale Versicherungssystem
42 abgedeckten notwendigen Schutz eine selbstbestimmte Option der Bürger als Patienten
43 und Verbraucher für ärztliche Gesundheitsleistungen unterschiedlicher Art nach eigener
44 Wahl geben muss. Dafür ist Informiertheit Voraussetzung. Dazu wird die Ärzteschaft ihren
45 Beitrag leisten.
46

47 Wenn die gesellschaftspolitische und gesetzgeberische Entscheidung einer Niveaubestimmung des sozialen Schutzes diejenige einer „Grundversorgung“ sein soll, ist es unausweichlich, dass die Bürgerinnen und Bürger auf der Grundlage ihres Rechts zur Selbstbestimmung ihrer Gesundheit ärztliche Leistungen in Anspruch nehmen können oder auch müssen, die über den sozialen Schutz hinausgehen. Ob eine sogenannte

1 Basisversorgung noch dem Verfassungsauftrag eines sozialen
2 Krankenversicherungsschutzes entspricht, muss hier ausdrücklich bezweifelt werden. Je
3 flexibler das Finanzierungsmodell im Hinblick auf diese Möglichkeit ist, umso eher wird es
4 den individuellen Bedürfnissen der Bürger gerecht. Ein mit impliziter Rationierung
5 verbundenes Versicherungssystem, welches den Versicherten vor die Wahl stellt, als
6 Sachleistung die medizinische Versorgung des Versicherungssystems in Anspruch nehmen
7 zu müssen oder ihrer verlustig zu gehen, wird der notwendigen Selbstbestimmung und der
8 notwendigen Subsidiarität des sozialen Schutzes nicht gerecht.

9

10 Aus der Sicht der Ärzteschaft ist es deshalb – ohne dass sie die Finanzierungstechnik und
11 das versicherungsrechtliche Niveau der Gesundheitsversorgung vorgeben will, weil dies
12 Aufgabe des Gesetzgebers ist – im Interesse der individuell bedarfsgerechten Versorgung
13 der Patienten erforderlich, dass

- 14 ○ Flexibilität in der Inanspruchnahme der Versorgungsmöglichkeiten,
- 15 ○ Freiheit in der Wahl des Arztes und
- 16 ○ vor allem auch Freiheit der Berufsangehörigen im Zugang zur Behandlung von
- 17 Versicherten besteht.

18

19 Die Besinnung auf freiheitlich ausbalancierte Lösungen ist mehr Erfolg versprechend;
20 patientenorientierte und qualitätsgesicherte Sonderstrukturen wären damit nicht verbaut.

8.2 Kurzfristige und systemimmanente Weiterentwicklung der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung

Eine verantwortungsbewusste Gesundheitspolitik muss Lösungen für die drängenden Finanzierungsprobleme finden. Nur so können Innovationen und medizinischer Fortschritt auf Dauer gewährleistet werden.

- **Verbreiterung der Einnahmehasis der GKV**

Ausschließlich lohnbezogene Einnahmen werden nicht mehr ausreichen, um zu einer soliden Finanzierung der GKV beizutragen. Die Einnahmehasis muss entsprechend der tatsächlichen finanziellen Leistungsfähigkeit der Versicherten auf sämtliche Einkommensarten ausgedehnt werden. Dadurch ließe sich der durchschnittliche Beitragssatz spürbar senken. Zur Verbreiterung der Einnahmehasis müssen dann sämtliche Einkünfte gemäß dem Einkommenssteuerrecht herangezogen werden.

- **Missbrauch der GKV durch die Politik beenden**

Seit Jahrzehnten destabilisiert die Politik selbst durch Ausweitung versicherungsfremder Leistungen sowie durch Quersubventionierung anderer Sozialversicherungszweige ("Verschiebebahnhöfe") die GKV in jährlich zweistelliger Milliardenhöhe. Allein die sogenannten Hartz-Gesetze belasten die GKV seit diesem Jahr mit 3,6 Milliarden Euro. Durch die Rücknahme des Bundeszuschusses zur Finanzierung versicherungsfremder Leistungen entzieht der Bundesfinanzminister dem GKV-System weitere 4,2 Milliarden Euro. Darüber hinaus werden der GKV durch die Erhöhung der Mehrwertsteuer auch auf Arzneimittel über 2 Milliarden Euro entzogen. Die GKV muss endlich auf ihre originären Aufgaben zurückgeführt werden.

- **Sozialverträgliche Erweiterung der Eigenbeteiligungsformen**

Die Eigenverantwortung der Versicherten und die Inanspruchnahme solidarisch finanzierter Leistungen müssen in einem ausgewogenen Verhältnis zueinanderstehen. Große Risiken müssen selbstverständlich umfassend abgesichert sein. Aber Versicherte müssen ihrer Verantwortung für die Solidargemeinschaft entsprechen, indem sie z. B. durch Prävention und Gesundheitsvorsorge aktiv zur Risikominderung beitragen. Auch Eigenbeteiligung und eine der Patientensouveränität angemessene Weiterentwicklung der Gestaltungsfreiheit bei Leistungen und Tarifen, so beispielsweise eine Beitragsminderung des Versichertenbeitrags durch individuellen Leistungsausschluss für selbstverantwortlich finanzierbare Leistungen oder Beitragsminderung bei nicht chronisch Kranken für selbst gewählte Leistungsbegrenzung durch Festzuschüsse, stärken die Eigenverantwortung.

- **Familienversicherung nur noch für erziehende Elternteile**

Die generell beitragsfreie Ehegattenversicherung ist angesichts der demografischen Entwicklung nicht mehr zeitgemäß. Allerdings sollte diese Form der Versicherung angesichts der für die Gesellschaft bedeutsamen Erziehungsarbeit für diejenigen Elternteile aufrechterhalten bleiben, die sich ausschließlich der Kindererziehung widmen.

1 • **Stabile Steuerfinanzierung der Beiträge für die Versicherung von**
2 **Kindern**

3
4 Eine vollständige Finanzierung der Krankenversicherungsbeiträge für Kinder aus Steuermit-
5 teln könnte zu einer Entlastung allein in der GKV von weit über 10 Milliarden Euro führen.
6 Die Krankenversicherung der Kinder ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Es ist aller-
7 dings sicherzustellen, dass die Steuerfinanzierung nicht haushaltspolitischer Kurzsichtigkeit
8 oder Beliebigkeit anheim fällt, sondern in ihrem Umfang verlässlich bleibt. Damit wäre den
9 Versicherten und Patienten wie auch der nachwachsenden Generation gleichermaßen ge-
10 dient.

11
12 • **Alterungsrückstellungen durch Gesundheitssoli und demographie-**
13 **bezogener Ausgleichsfaktor für die Krankenversicherung der Rentner**

14
15 Der Anteil der beitragszahlenden Rentner unter den gesetzlich Krankenversicherten hat in
16 den letzten Jahren stetig zugenommen. Im Jahr 2005 waren knapp 17 Millionen Rentner
17 Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung, fast zehn Prozent mehr als 1998. Dieser
18 zahlenmäßige Anstieg der Rentner hat zu erheblichen Mindereinnahmen der GKV geführt,
19 weil Rentner im Durchschnitt weniger als Arbeitnehmer in die GKV einzahlen. Die Schere
20 zwischen Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben in der Krankenversicherung der Rent-
21 ner (KVdR) geht immer weiter auseinander. Betrug die Differenz zwischen Einnahmen und
22 Ausgaben im Jahr 1993 noch 24,9 Mrd. Euro, so klafft inzwischen eine Lücke von 35 Mrd.
23 Euro (2005). Die stetig steigende Quersubventionierung der KVdR durch die GKV muss
24 durch einen demografiebezogenen Ausgleichsfaktor sowie durch den Aufbau eines Systems
25 zur Alterungsrückstellung durch einen "Gesundheitssoli" sukzessive reduziert werden.

26
27 • **Echter Wettbewerb zwischen GKV und PKV**

28
29 Wettbewerb im Gesundheitswesen muss auch und vor allem ein Wettbewerb der Versiche-
30 rungs- und Finanzierungsmodelle sein. Ein System der Krankenversicherung, das auf den
31 Prinzipien der risikoäquivalenten Beiträge, der Kostenerstattung und Kapitaldeckung für den
32 notwendigen demographischen Faktor basiert, darf nicht den Finanzierungsnöten der ge-
33 setzlichen Krankenversicherung geopfert werden. Deshalb ist die jetzt geplante Angleichung
34 der privaten Krankenversicherung an das GKV-System der falsche Weg. Ziel muss es sein,
35 einen Wettbewerb der Systeme durch Modernisierung der GKV und Stärkung der PKV zu
36 eröffnen.

1 EPILOG

2
3 **„Der ärztliche Beruf ist wunderlicher Natur, und immer wieder haben geistvolle Köpfe**
4 **darüber nachgedacht, was eigentlich an diesem Gemisch von Wissenschaft, Kunst,**
5 **Handwerk, Liebestätigkeit und Geschäft das Wesentliche ist.“**
6

7 Diese eigentlich rhetorisch gemeinte Frage des Medizinhistorikers Hermann
8 Kerschensteiner (1873 - 1937), gestellt Anfang des 20. Jahrhunderts, ist durch die
9 Gesundheitspolitik in Deutschland seit Ende der 80er Jahre des vergangenen Jahrhunderts
10 zumindest vorläufig beantwortet:

11
12 Wissenschaft und Handwerk haben zwar erfolgreich überlebt, Kunst und Liebestätigkeit
13 aber sind weitgehend zurückgedrängt, das Geschäft ist durch den Siegeszug der
14 Gesundheitswirtschaft sogar in den Mittelpunkt gerückt. Die Krankheiten der Patienten sind
15 zum Geschäftsgegenstand geworden und Ärztinnen und Ärzte sowie Angehörige der
16 anderen Gesundheitsberufe zu Gliedern einer Wertschöpfungskette. Dabei ist der
17 merkantile Gewinn und nicht etwa die Genesung der Erkrankten das eigentliche Ziel der
18 Wertschöpfung.

19
20 Durch die Zentralisierung medizinischer Entscheidungsprozesse bei staatlichen und
21 substaatlichen Institutionen einerseits und die Ausrufung des Preiswettbewerbs unter den
22 Leistungserbringern andererseits ist ein überbordendes Vorschriften- und Kontrollsystem
23 entstanden, das Zeit in der Patientenversorgung kostet und den Druck zur Rationierung bis
24 ins Unerträgliche erhöht.

25
26 Die in diesem „Ulmer Papier“ vom 111. Deutschen Ärztetag beschlossenen Leitsätze und
27 Anregungen sollen helfen, patientenfeindliche Fehlentwicklungen zu korrigieren.

28
29 Im Mittelpunkt eines funktionierenden Gesundheitswesens muss wieder der kranke Mensch
30 stehen und nicht mehr der Geschäftsgegenstand Diagnose.

31
32 Nur dann besteht die Chance, auch unter den Bedingungen einer verschärften Mittel-
33 knappheit, gute Patientenversorgung und ärztliche Berufszufriedenheit herzustellen. Dann
34 werden Ärztinnen und Ärzte sowohl ihre Kompetenz, als auch Empathie und Zuwendung für
35 Patientinnen und Patienten noch umfangreicher einbringen können.
36