



**TOP I      Mehr Freiheit wagen und Verantwortung tragen - diese Reform jedoch macht krank!**

- I - 01**      Resolution des Außerordentlichen Deutschen Ärztetages 2006:  
Mehr Freiheit wagen und Verantwortung tragen - diese Reform jedoch macht krank – sie kennt nur Verlierer!

**ENTSCHLIESSUNG**

---

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache I-01) fassen der Außerordentliche Deutsche Ärztetag und die Sonder-Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung einstimmig folgende Entschliessung:

Der Abbau des deutschen Gesundheitswesens hat begonnen. Die große Koalition ist im Begriff, die leistungsfähigen Strukturen ärztlicher Versorgung zu zerschlagen, das Vertrauen der Patienten in die Medizin nachhaltig zu zerstören und die Beschäftigten im Gesundheitswesen auf Dauer zu demotivieren. Selbstverwaltung wird durch Staatsbürokratie ersetzt, Therapiefreiheit durch Zuteilungsmedizin. Statt „mehr Freiheit wagen“ heißt es nun „der Staat hat das Sagen“. Dieses Ausmaß destruktiver Gesundheitspolitik ist beispiellos. Ebenso einmalig ist die geschlossene Ablehnung der im Gesundheitswesen Tätigen wie auch der Versicherten und Patienten. Über 80 Prozent der Bevölkerung lehnen diese Reform ab, weil sie wissen, dass hier etwas Funktionierendes zerstört wird, aber nichts Besseres nachfolgt. Auch viele Abgeordnete des Deutschen Bundestages wissen um die katastrophalen Folgen für die Patientenversorgung, sollen sich aber der Fraktionsdisziplin unterordnen.

Die Große Koalition spricht von ihrem größten Reformvorhaben und schließt gleichzeitig ganz bewusst den Sachverstand der Gesundheitsberufe aus. Gesundheitspolitik ist keine Sachfrage mehr, Gesundheitspolitik ist eine Machtfrage. Der Erhalt der Koalition ist führenden Politikern offensichtlich wichtiger als ihre Verantwortung für eine gute medizinische Versorgung der Bevölkerung. Deshalb appelliert die verfasste deutsche Ärzteschaft an die Bundeskanzlerin der Bundesrepublik Deutschland, Frau Dr. Angela Merkel: Stoppen Sie diese Reform aus Verantwortung für unser Gesundheitswesen!

Noch in der Einleitung zu dem Entwurf des sogenannten GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes heißt es, Deutschland habe ein modernes und leistungsfähiges Gesundheitswesen, es biete eine Patientenversorgung auf hohem Niveau und seine Innovationskraft sei von erheblicher ökonomischer Bedeutung für den Standort Deutschland.

Ein Gesundheitswesen aber ist weder modern noch leistungsfähig, wenn es zu einer Staatsmonopolisierung auf Kostenträgerseite kommt und zugleich zu einer

Atomisierung der Leistungserbringerseite. Der Staat soll nach Haushaltslage den Beitragssatz festlegen können und ein sogenannter Spitzenverband Bund gibt dann die Verantwortung für die Mangelversorgung in einem ruinösen Preiswettbewerb an die Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ab. Eine Patientenversorgung auf hohem Niveau kann nicht mehr gewährleistet werden, wenn medizinischer Fortschritt eingefroren, Qualitätssicherung durch Kontrolle ersetzt wird und Ärzte in Behandlungsschemata hineingepresst werden. Und es kann sich keine Innovationskraft im Gesundheitswesen entwickeln, wenn der Wettbewerb der Krankenversicherungssysteme aufgehoben wird, um eine Einheitsversicherung mit Einheitsmedizin durchzusetzen.

### **Keine Medizin mit Wartelisten und Leistungsausschlüssen**

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wird der Weg vorgezeichnet in einen Nationalen Gesundheitsdienst nach britischem Vorbild mit Wartelistenmedizin und Leistungsausschlüssen. In Deutschland soll diese Aufgabe der Gemeinsame Bundesausschuss als unterstaatliche Rationierungs- und Zuteilungsbehörde übernehmen. Er wird maßgeblich über die Verteilung sich verringernder Ressourcen entscheiden und über Maßnahmen zur Qualitätskontrolle die Leistungsmenge steuern. Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung und Fortbildung (der Krankenhausärzte), originäre Aufgaben der ärztlichen Selbstverwaltung, sollen nunmehr nach Wirtschaftlichkeitserwägungen und administrativen Vorgaben reguliert werden. Das aber steht im völligen Gegensatz zu den Heilberufsgesetzen der Länder und ist daher verfassungsrechtlich höchst bedenklich.

Eine flächendeckende Versorgung der Patienten – bisher Qualitätsmerkmal des deutschen Gesundheitswesens – wird nach diesem Gesetz nicht mehr möglich sein. Das bisherige System ambulanter Versorgung wird zerschlagen und die bestehende chronische Unterfinanzierung von mehr als 30 Prozent weiter verschärft. Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden vom Vertragswettbewerb ausgeschlossen. Sie werden reduziert auf die Abwicklung der kollektivvertraglichen Regelversorgung und Mangelverwaltung, die immer mehr staatlichen Vorgaben unterliegt. Steuerungsfunktionen gehen zunehmend auf die Krankenkassen über. Wie vor 50 Jahren werden Patienten sich dann vor einer Behandlung erkundigen müssen, ob der Arzt oder Psychotherapeut ihres Vertrauens einen Vertrag mit der Krankenkasse hat. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen entmachtet werden, weil sie angeblich ausschließlich als Interessenvertretung der niedergelassenen Vertragsärzte agieren. In Wirklichkeit jedoch wird durch die Zerschlagung der Kassenärztlichen Vereinigungen vor allem die flächendeckende Versorgung der Patienten zerstört.

### **Keine Budgets für Vertragsärzte**

Statt wie versprochen die Budgets abzuschaffen, werden diese nur ersetzt durch eine restriktive und letztlich budgetierende Vergütungsordnung für Vertragsärzte. Die „festen“ Preise werden nach wie vor Mengen- und Kostendämpfungsmaßnahmen unterworfen, die zwangsläufig zu einem weiteren Preisverfall führen. Die begrüßenswerte Flexibilisierung des Vertragsarztrechts durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz wird dadurch konterkariert. Denn nur auf der Basis einer

Gebührenordnung ohne Budgets hätten die neuen Freiheiten im Patienteninteresse sinnvoll genutzt werden können.

Schon heute sind durch die langjährige Unterfinanzierung der ambulanten ärztlichen Versorgung viele Arztpraxen in ihrer Existenz bedroht. Es bedarf deshalb eines substantiellen Sofortprogramms, insbesondere in den neuen Bundesländern, um diesen Arztpraxen das wirtschaftliche Überleben zu sichern und damit die Patientenversorgung zu gewährleisten.

### **Kein Sonderopfer von Krankenhäusern!**

Die Krankenhäuser sollen ein Sonderopfer in Höhe von einem Prozent des Budgets – also etwa 500 Mio. Euro pro Jahr – erbringen, weil sie angeblich der größte Kostenfaktor sind. Dabei sind die Krankenhäuser durch gesetzlich bedingte Kostensteigerungen wie der Mehrwertsteueranhebung ab 2007, notwendige Tarifanpassungen sowie die gestiegenen Energiekosten ohnehin finanziell überfordert. Der Entzug von einer halben Milliarde Euro wird angesichts der überwiegend kritischen Finanzlage vieler Kliniken und des Investitionsstaus von 30 Milliarden Euro die Situation weiter verschärfen und den Abbau von Personal und Versorgungskapazitäten beschleunigen. Mit der Zwangsabgabe will die Politik eine „Marktberreinigung“ erreichen, Krankenhäuser sollen schließen oder fusionieren. Ein Kliniksterben in diesem Ausmaß aber kann sich unsere Gesellschaft allein schon wegen der demografischen Entwicklung nicht leisten.

### **Gegen die Zerstörung eines freiheitlichen Krankenversicherungssystems**

Die bestehenden Versicherungssysteme sollen auf niedrigem Niveau angeglichen werden. Dazu wird den privaten Krankenversicherungsunternehmen ein GKV-kompatibler Basistarif mit Kontrahierungszwang und Verbot der Risikoprüfung auferlegt. Das Zukunftsmodell einer auf Kapitaldeckung basierenden Krankenversicherung wird demontiert, um den Weg frei zu machen für eine staatlich kontrollierte Einheitszwangsversicherung mit Zuteilungsmedizin. Schrittweise sollen die PKV-Vollversicherungstarife zunächst in Basistarife und dann in Zusatztarife umgewandelt und so die PKV als Vollversicherung abgeschafft werden, um den Weg in eine Bürgerversicherung zu bereiten.

Das Nebeneinander von GKV und PKV hat maßgeblich die Versorgung befördert, Innovation gesichert und medizinischen Fortschritt vorangetrieben. Kein Problem im Gesundheitswesen würde gelöst, wenn die einzig finanziell gesicherte Krankenversicherung zerstört würde. Eine solche Gesundheitsreform löst keine Probleme, sie ist das Problem.

### **Mut zum Neuanfang**

Statt ein bewährtes System in politisch-dogmatischer Manier zu zerstören, sollte die Koalition den Mut aufbringen, den Resetknopf zu drücken und unser bewährtes System der gegliederten Krankenversicherung konstruktiv und an Sachargumenten orientiert weiterzuentwickeln. 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 beenden**

Seit Jahrzehnten destabilisiert die Politik selbst durch Ausweitung versicherungsfremder Leistungen sowie durch Quersubventionierung anderer Sozialversicherungszweige („Verschiebahnhöfe“) 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 zu einander stehen. Große Risiken müssen selbstverständlich umfassend abgesichert sein. Aber Versicherte müssen ihrer Verantwortung für die Solidargemeinschaft entsprechen, in dem 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 Versichertenbeitrages 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.

### **Stabile Steuerfinanzierung der Beiträge für die Versicherung von Kindern**

Eine vollständige Finanzierung der Krankenversicherungsbeiträge für Kinder aus Steuermitteln könnte zu einer Entlastung allein in der GKV von weit über 10 Milliarden Euro führen. Die Krankenversicherung der Kinder ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Es ist allerdings sicherzustellen, dass die Steuerfinanzierung nicht haushaltspolitischer Kurzsichtigkeit oder Beliebigkeit anheim fällt, sondern in ihrem Umfang verlässlich bleibt. Damit wäre den Versicherten und Patienten wie auch der nachwachsenden Generation gleichermaßen gedient.

### **Alterungsrückstellungen durch Gesundheitssoli und demografiebezogener Ausgleichsfaktor für die Krankenversicherung der Rentner**

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

### **Echter Wettbewerb zwischen GKV und PKV**

Wettbewerb im Gesundheitswesen muss auch und vor allem ein Wettbewerb der Versicherungs- und Finanzierungsmodelle sein. Ein System der Krankenversicherung, das auf den Prinzipien der risikoäquivalenten Beiträge, der Kostenerstattung und Kapitaldeckung für den notwendigen demographischen Faktor basiert, darf nicht den Finanzierungsnotwendigkeiten der gesetzlichen Krankenversicherung geopfert werden. Deshalb ist die jetzt geplante Angleichung der privaten Krankenversicherung an das GKV-System der falsche Weg. Ziel muss es sein, einen Wettbewerb der Systeme durch Modernisierung der GKV und Stärkung der PKV zu eröffnen.

### **Einrichtung eines Gesundheitsrates**

Nach Überzeugung der deutschen Ärzteschaft reichen weder die bestehenden Finanzmittel noch die derzeit verfügbaren so genannten Humanressourcen im Gesundheitswesen aus, um die großen Probleme in der Patientenversorgung zukünftig bewältigen zu können. Deshalb ist ein gemeinsames Handeln notwendig. Durch die Einrichtung eines Bundesgesundheitsrates, der im vorpolitischen Raum sachgerecht und transparent politische Entscheidungen für das Gesundheitswesen vorbereitet, könnten Prioritäten unter ärztlichen, ethischen, medizinisch-gesundheitswissenschaftlichen sowie sozialen Kriterien entwickelt und dann mit allen betroffenen Gruppen öffentlich diskutiert werden. In ein solches Gremium

sollten neben Ärzten und Wissenschaftlern auch Patientenvertreter berufen werden.