



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

I - 01 Erste Bewertung nach Einführung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes

ENTSCHLIESSUNG

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache I-01) fasst der 110. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit folgende Entschliessung:

I.

Die mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz beabsichtigte Reform der Finanzierungsgrundlagen der GKV kann keine dauerhafte Bereitstellung von finanziellen Mitteln für eine an den Patientenbedürfnissen orientierte Gesundheitsversorgung sichern. Die vorgeschlagenen Elemente künftiger Finanzierung (Gesundheitsfonds, Zusatzbeiträge, Ausschöpfung so genannter Wirtschaftlichkeitsreserven, Kassenfusionen, aber auch Insolvenzen) stellen eher ein Experiment mit unsicherem Ausgang dar, als dass sie Verlässlichkeit für die Zukunft bewirken.

- Die Finanzautonomie der Krankenkassen wird beseitigt. Durch Rechtsverordnung der Bundesregierung werden künftig Einheitsbeiträge für alle Krankenkassen festgesetzt. Sie werden über einen Gesundheitsfonds verteilt, über dessen Finanzausstattung mit dem Recht der Beitragsfestsetzung und zusätzlicher Steuerzahlungen der Staat entscheidet. Ob künftig die Mittel zur Finanzierung der am Patientenbedarf orientierten medizinischen Versorgung ausreichen, kann damit niemand voraussagen. Zusatzbeiträge, denen allerdings Grenzen gesetzt sind, sollen Krankenkassen in die Lage versetzen, bei unzureichender Finanzausstattung weitere Finanzmittel zu schöpfen. Auch dies dürfte eine kaum ausreichende Finanzierungsgrundlage für den wachsenden Leistungsbedarf des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung sein, zumal neue Leistungen zusätzlich eingeführt werden sollen.

- Krankenkassen sollen bei unzureichender Finanzausstattung ihre Rettung in Fusionen oder Insolvenzen suchen. Sie werden aufgefordert, mit Leistungserbringern Sonderverträge abzuschließen, denen die Zielsetzung zugrunde liegt, Ausgaben einzusparen, was wiederum darauf hinausläuft, Leistungserbringern angemessene Vergütungen vorzuenthalten. Kassenfusionen werden mittelfristig nicht ausbleiben und zu einigen Großkassen in der Bundesrepublik Deutschland führen, welche

als Monopolisten die Arbeits- und Vergütungsbedingungen der Leistungserbringer diktieren.

- Das Gesetz sieht eine weitere Aushöhlung des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen und die Förderung von besonderen selektiven Verträgen zwischen Krankenkassen und Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern und anderen vor. Der im Patienteninteresse notwendige Schutz zur Wahrung der beruflichen Unabhängigkeit der Angehörigen der Heilberufe geht auf diese Weise verloren. Die langsame Liquidation der Selbstverwaltungskörperschaften wird eingeleitet.
- Über Wahltarife und selektive Verträge entstehen unterschiedliche Sektoren der Patientenversorgung und eine Mehrklassenmedizin. Der vermeintliche Fortschritt, den dieses "Wettbewerbsmodell" bringen soll, wird nicht eintreten: Die im Patienteninteresse gebotene Versorgungssicherheit und Gleichmäßigkeit der Versorgung in räumlicher Nähe und entsprechender Qualität wird auf diese Weise nicht bewirkt werden. Im Gegenteil: Die ärztliche Versorgung der Versicherten wird im Verhältnis zu den Krankenkassen bei nichtautonomer Finanzausstattung leiden. Wachsende Verwaltungsausgaben gehen zu Lasten der medizinischen Versorgung.
- Es erfolgt eine Umstrukturierung des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einer teilweise mit hauptamtlichen Mitgliedern besetzten Exekutiv-Agentur zur verbindlichen Steuerung des Leistungs- und Leistungserbringungsrechts in der gesetzlichen Krankenversicherung ohne verbindliche Mitwirkung der Betroffenen. Mit der Zuweisung umfassender Aufgaben im Bereich der Qualität, der Qualitätssicherung und der Fortbildung von Ärzten an den Gemeinsamen Bundesausschuss wird aus der bisher in der ärztlichen Profession durch Kammer- und Heilberufsgesetze der Länder gesicherten Selbstbestimmung über die beruflichen Belange im Rahmen der gesetzlichen Regelungen eine – auch verfassungsrechtlich höchst fragwürdige – Fremdbestimmung bis hin zum Ausschluss der Mitwirkung der Berufsangehörigen.
- Die Veränderung der Krankenkassenorganisation mit der Auflösung der bisherigen Vielfalt verschiedener Kassenarten und Verbände durch das Zusammenführen und die Pflichtmitgliedschaft aller Krankenkassen in einem so genannten Spitzenverband Bund, welchem Aufgaben in umfassender Weise als künftiger Vertragspartner der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und Kassenärztlichen Vereinigungen sowie im Vergütungsbereich durch Mitwirkung bei der Vergütungsgestaltung über den Bewertungsausschuss zugewiesen werden, entsteht eine zusätzliche Zentralisierung für das Gesundheitssystem.
- Krankenkassen und ihre Verbände, Kassenärztliche Vereinigungen sowie die bisher mit Recht so genannte "gemeinsame Selbstverwaltung" erleiden durch die Veränderungen einen Substanzverlust in ihrer demokratisch legitimierten Autonomie, der es rechtfertigt, von einer Aushöhlung der Selbstverwaltung zu sprechen. Dazu trägt auch die Auslage-

rung bisheriger Selbstverwaltungsentscheidungen in den Körperschaften in so genannte „professionalisierte Gremien“ (Institute u. ä.) bei. Die "Institutologie" überlagert in demokratisch zweifelhafter Weise den Gedanken der Selbstverwaltung, der darauf beruht, dass die Beteiligten ihre Belange selbst gestalten dürfen.

- Durch verschiedene Regelungen wird bewirkt, dass die ärztliche Berufsausübung, die auf den Eckpfeilern der Professionalität und Therapiefreiheit beruht, in die Enge staatsbeeinflusster Programm- und Weisungsmedizin gerät, die dazu beiträgt, dass die Gesundheitsversorgung nicht mehr den Patienteninteressen entspricht. Der jetzige Trend zur Staatsmedizin wird das nach unserer Verfassung und sozialen Erfahrung erwartbare Versorgungsniveau sichtbar und nachhaltig unterschreiten.
- Die Einführung des GKV-gleichen Basistarifs in die private Krankenversicherung ist ein weiterer Eingriff in die Entscheidungsfreiheit des Bürgers zur Absicherung im Krankheitsfall.

II.

Folgende Folgerungen sind darüber hinaus festzuhalten:

1. Die Einführung neuer und erweiterter leistungsrechtlicher Möglichkeiten (z. B. Palliativmedizin) ist teilweise an Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses geknüpft. Die Bundesärztekammer wird die Gelegenheit wahrnehmen, im Rahmen ihres Anhörungsrechts auf sachgerechte Ausgestaltung einzuwirken. Die Regelung des § 52 Abs. 2 SGB V¹ sollte wegen der in ihr enthaltenen Einführung eines "Verursacher-Prinzips" in die GKV politisch thematisiert werden. Ferner ist die kritische Begleitung der Regelung in § 62 SGB V über die Belastungsgrenze für Zuzahlungen für Chronischkranke (sie beträgt in der Regel 1 v. H. der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt) erforderlich, wonach u. a. jährliche Bescheinigungen über den Behandlungsforgang bei chronischen Krankheiten vorzulegen sind und die jährliche Bescheinigung nur ausgestellt werden darf, "wenn der Arzt ein therapiegerechtes Verhalten, beispielsweise durch Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm nach § 137f [SGB V], feststellt..." "Hier sollen Ärzte als "Therapiepolizei" der Gesetzlichen Krankenversicherung eingesetzt werden.

Zu gegebener Zeit zu analysieren sind die Auswirkungen des so genannten Versorgungsmanagements nach § 11 SGB V an den Schnittstellen von ambulanter und Krankenhausversorgung im Hinblick auf die Anforderungen an die beteiligten Ärzte, soweit sie von den Krankenkassen ausgehen.

¹ "... (2) Haben sich Versicherte eine Krankheit durch eine medizinisch nicht indizierte Maßnahme, wie zum Beispiel eine ästhetische Operation, eine Tätowierung oder ein Piercing, zugezogen, hat die Krankenkasse die Versicherten in angemessener Höhe an den Kosten zu beteiligen und das Krankengeld für die Dauer dieser Behandlung ganz oder teilweise zu versagen oder zurückzufordern."

2. Vertragswettbewerb

Das Konzept des Vertragswettbewerbs ist ambivalent in seinen Wirkungen für Patienten und Ärzte. Es stellen sich darüber hinaus mittelbar Fragen der kritischen berufsrechtlichen Bedeutung unterschiedlicher besonderer vertraglicher Regelungen, in denen Ärzte im Wesentlichen durch finanzielle Anreize zu bestimmtem Verhalten (insbesondere im Bereich der Arzneimittelversorgung) veranlasst werden sollen.

3. Arzneimittelversorgung

Bedeutsam ist die Kosten-Nutzen-Bewertung durch das IQWiG (§ 35b SGB V) wegen ihrer Folgen für die Arzneimitteltherapie der Ärzte. Dazu wird das Einbringen von Standpunkten der Bundesärztekammer über das Anhörungsverfahren im Gemeinsamen Bundesausschuss notwendig.

Ferner bedeutsam ist die Zweitmeinung bei Verordnung besonderer Arzneimittel (§ 73d SGB V): eine grundsätzlich verfehlte Vorschrift.

Zunehmend werden die neuen Vorschriften über Preisvereinbarungen, Rabatte und damit verbundene Bonus-Malus-Folgen für die verordnenden Ärzte berufsrechtliche Konfliktlagen bewirken; die therapiegerechte Verordnung notwendiger Arzneimittel, welche der Arzt im Einzelfall für geboten erachtet, wird durch solche Vorgaben für die Versorgung der Versicherten beeinträchtigt. Darüber hinaus besteht die Gefahr, dass entsprechende Regelungen gegenüber den Versicherten nicht transparent werden, weil sie zu komplex sind.

4. Qualitätssicherung

Von entscheidender Bedeutung ist die Mitwirkung der Bundesärztekammer bei der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung:

Ein im Vergabeverfahren zu findendes "fachlich unabhängiges Institut" soll vom Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragt werden mit der

- Entwicklung sektorenübergreifender Qualitätsindikatoren,
- Beteiligung an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung,
- Dokumentation der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung,
- Veröffentlichung der Ergebnisse der Qualitätssicherung.

Unerlässlich sind daher die Mitwirkung der Bundesärztekammer bei der Auswahl des Instituts und die Einflussnahme der Bundesärztekammer auf die Entwicklung sektorenübergreifender Qualitätsindikatoren. Hierbei kommt es vor allem darauf an, den gegenüber dem bisherigen Recht festzustellenden Verlust der Beteiligung der Bundesärztekammer an den Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung auch in Krankenhäusern² im Rahmen eines Korrekturgesetzes rückgängig zu machen oder zumindest durch Einwirkung auf die Entwicklung der "Verfahren zur Messung und

² Die Bundesärztekammer ist hingegen nach wie vor an den Beschlüssen für zugelassene Krankenhäuser über Fortbildungsnachweis, "Mindestmengen", Zweitmeinung, Qualitätsberichte zu beteiligen (§ 137 Abs. 3 Satz 5 SGB V).

Darstellung der Versorgungsqualität für die Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung" durch die "fachlich unabhängige Institution" des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137a SGB V zu kompensieren. Bei der Entwicklung der Inhalte dieser Verfahren, die in § 137a Abs. 2 SGB V näher beschrieben sind, ist nach Absatz 3 dieser Vorschrift die Bundesärztekammer (u. a.) zu beteiligen.

Die Bewertung der Auswirkungen der neuen Systematik auf die Rolle der Ärztekammern in der Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung ist erforderlich. Hier geht es vor allem um den Fortbestand der bisherigen Qualitätssicherungsaufgaben bei den entsprechenden Stellen der Landesärztekammern sowie die Analyse eventueller Datenlieferungspflichten an die unabhängige Institution gemäß § 137a Abs. 2. Bestehende und bewährte Strukturen der Zusammenarbeit zwischen Bund und Land sind dadurch gefährdet.

5. Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) – Konvergenz der Privaten Krankenversicherung (PKV)

Sämtliche Regelungen führen zu einer Schwächung bzw. zu einer Zerstörung der PKV. Entscheidend ist die Zahl der Versicherten, welche den Basistarif wählen oder in den Basistarif gezwungen werden. Je größer die Zahl, umso stärker die Belastung der Bestandsversicherten, da die Prämien des Basistarifs GKV-Höchstbeiträge nicht überschreiten dürfen, was zu einer mittelbaren Subventionierung führt. Das System ist zudem darauf angelegt, die Vergütungssysteme – Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) – mit dem Ziel der Nivellierung der Privathonorare anzugleichen.

Erodiert die PKV, bedeutet dies nicht nur einen Verlust für unser Gesundheitswesen durch den Wegfall des einzig nachhaltig finanzierten kapitalgedeckten Versicherungsmodells, einer Referenzgröße für die Qualität der medizinischen Versorgung, sondern auch erhebliche Einnahmeverluste für die Ärzte in Krankenhaus und Praxis aus Privatbehandlung.

Die Ärzteschaft muss sich daher strategisch positionieren und dabei folgende Ziele verfolgen:

- Die Eigenständigkeit der GOÄ als Referenzgebührenordnung muss erhalten bleiben.
- Die Privatliquidation für wahlärztliche Leistungen im Krankenhaus muss gewährleistet bleiben.
- Die Attraktivität der privaten Krankenversicherung als Vollversicherung ist zu wahren.

Der 110. Deutsche Ärztetag fordert daher die Realisierung der Reform-Eckpunkte des 109. Deutschen Ärztetages zur Weiterentwicklung der GOÄ. Die Realisierung des GOÄ-Konzeptes der Bundesärztekammer auf dieser Basis muss zügig fortgesetzt werden mit dem Ziel, ein ei-

genständiges Konzept zur Sicherung einer angemessenen Vergütungsgrundlage für ärztliche Leistungen in Krankenhaus und Praxis.

III.

Aus alledem folgt, dass in einigen Jahren das deutsche Gesundheitssystem vorherrschend Züge eines staatlichen Gesundheitsdienstes haben wird. Alle zuvor genannten Einzelelemente stellen ein legislatives Virenpogramm zur Zerstörung des freiheitlichen Betriebssystems unseres Gesundheitswesens dar. Es ist festzustellen, dass das durch die Grundrechte der Patienten angelegte Schutzprogramm zur Sorge im Krankheitsfall durch dieses zukünftige Gesundheitssystem nicht verwirklicht werden kann.