

Gesundheitspolitische Leitsätze der Ärzteschaft

– Ulmer Papier –

Beschluss des 111. Deutschen Ärztetages 2008

## Inhaltsverzeichnis

<b>PROLOG: PATIENT UND ARZT IM GESUNDHEITSWESEN .....</b>	<b>4</b>
• <i>Die gute Patient-Arzt-Beziehung.....</i>	<i>4</i>
• <i>Die Arbeit der Ärzte.....</i>	<i>4</i>
• <i>Geschädigtes Vertrauensverhältnis durch politische Administrierung und Rationierung.....</i>	<i>5</i>
• <i>Erwartungen der Patienten an eine gute Medizin .....</i>	<i>6</i>
<b>TEIL A - VERSORGUNG.....</b>	<b>8</b>
1. ROLLE VON STAAT, MARKT UND SELBSTVERWALTUNG IM GESUNDHEITSWESEN NEU AUSRICHTEN.....	8
• <i>Umbau des Gesundheitswesens zwischen Zentralisierung und Deregulierung.....</i>	<i>8</i>
• <i>Die Stellung des Arztes als Freier Beruf und Patientenorientierung stärken.....</i>	<i>9</i>
• <i>Attraktivität des Arztberufes erhöhen.....</i>	<i>10</i>
• <i>Grundsätze für das Zusammenwirken der Gesundheitsberufe festlegen.....</i>	<i>11</i>
2. NEUE PRIORITÄTEN IN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG ZUM ABBAU VON UNTERVERSORGUNG.....	13
• <i>Präventionsmaßnahmen ausbauen und vernetzen.....</i>	<i>13</i>
• <i>Die Förderung der Kinder- und Jugendgesundheit flächendeckend stärken und zielgruppenspezifisch ausbauen.....</i>	<i>13</i>
• <i>Chronische Erkrankungen erfolgreicher bekämpfen .....</i>	<i>15</i>
• <i>Gesundheit im Alter fördern.....</i>	<i>15</i>
• <i>Palliativversorgung stärken.....</i>	<i>16</i>
• <i>Versorgungsforschung ausbauen als Voraussetzung einer rational begründeten Weiterentwicklung von Strukturen des Gesundheitswesens.....</i>	<i>17</i>
3. BEDARFSGERECHTE VERSORGUNGSSTRUKTUREN BEREITSTELLEN .....	19
• <i>Wohnortnahe ambulante Versorgung sicherstellen.....</i>	<i>19</i>
• <i>Integrierte Versorgung konsequent ausbauen.....</i>	<i>19</i>
• <i>Stationäre Versorgung als Teil der Daseinsvorsorge sichern.....</i>	<i>20</i>
• <i>Sektorübergreifende Kooperationsformen flexibel nutzen.....</i>	<i>21</i>
• <i>Öffentlichen Gesundheitsdienst als dritte Säule des Gesundheitswesens stärken.....</i>	<i>23</i>
4. MIT MITTELKNAPPHEIT VERANTWORTUNGSBEWUSST UMGEHEN .....	24
• <i>Budgetmedizin ist zu beenden.....</i>	<i>24</i>
• <i>Leistungsumfang der GKV am Bedarf orientieren.....</i>	<i>24</i>
• <i>Verantwortung des Gesetzgebers für rationierende Rahmenbedingungen klarstellen.....</i>	<i>25</i>
• <i>Positivliste einführen .....</i>	<i>26</i>
• <i>Einrichtung eines Gesundheitsrats.....</i>	<i>27</i>
5. VERSORGUNGSQUALITÄT UND PATIENTENSICHERHEIT IN EINEM MARKTORIENTIERTEN GESUNDHEITSSYSTEM ERHALTEN .....	28
• <i>Qualitätswettbewerb fördern.....</i>	<i>28</i>
6. EIGENVERANTWORTUNG DER PATIENTEN STÄRKEN .....	30

7.	MEDIZINISCHE VERSORGUNG LEISTUNGSGERECHT VERGÜTEN .....	31
	• <i>Vergütung privatärztlicher Leistungen durch GOÄ-Novelle sichern.....</i>	31
	• <i>Vergütung vertragsärztlicher Leistungen erhöhen und planbar machen..</i>	32
	• <i>Vergütung stationärer Leistungen nicht zum Preiswettbewerb missbrauchen.....</i>	33
<b>TEIL B</b>	<b>- FINANZIERUNG .....</b>	<b>34</b>
8.	FINANZIERUNG EINER PATIENTENGERECHTEN GESUNDHEITSVERSORGUNG .....	34
8.1	PRÜFKRITERIEN.....	34
	• <i>Patienteninteresse und ärztlicher Auftrag.....</i>	34
	• <i>Kriterien im Einzelnen.....</i>	34
	• <i>Kritische Bewertung.....</i>	36
	• <i>Folgerungen .....</i>	36
8.2	KURZFRISTIGE UND SYSTEMIMMANENTE WEITERENTWICKLUNG DER FINANZIERUNG DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG.....	37
	• <i>Verbreiterung der Einnahmehasis der GKV.....</i>	37
	• <i>Missbrauch der GKV durch die Politik beenden.....</i>	38
	• <i>Sozialverträgliche Erweiterung der Eigenbeteiligungsformen.....</i>	38
	• <i>Familienversicherung nur noch für erziehende Elternteile.....</i>	38
	• <i>Stabile Steuerfinanzierung der Beiträge für die Versicherung von Kindern.....</i>	38
	• <i>Alterungsrückstellungen durch Gesundheitssoli und demographie- bezogener Ausgleichsfaktor für die Krankenversicherung der Rentner ....</i>	39
	• <i>Echter Wettbewerb zwischen GKV und PKV.....</i>	39
<b>EPILOG</b>	.....	<b>40</b>
<b>ZITAT</b>	.....	<b>40</b>

## PROLOG: PATIENT UND ARZT IM GESUNDHEITSWESEN

Im Bewusstsein, dass das Gesundheitswesen keine Gesundheitswirtschaft oder Industrie ist, dass Ärzte keine Kaufleute und Patienten keine Kunden sind, dass Gesundheit und Krankheit keine Waren und Wettbewerb und Marktwirtschaft keine Heilmittel zur Lösung der Probleme des Gesundheitswesens sind, dass Diagnose und Therapie nicht zum Geschäftsgegenstand werden dürfen, beschließt der 111. Deutsche Ärztetag die gesundheitspolitischen Leitsätze der Ärzteschaft, das „Ulmer Papier“.

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 am sozialen Umfeld und an der Individualität der gesunden und erkrankten Menschen ausgerichtet ist. Dies betrifft sowohl die Auswahl der prophylaktischen Maßnahmen, der Diagnostik als auch der Therapie.

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

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

- **Geschädigtes Vertrauensverhältnis durch politische Administrierung und Rationierung**

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

Der Gesetzgeber sah es als notwendig an, in Deutschland einen bisher nicht vorhandenen Leistungskatalog in der gesetzlichen Krankenversicherung einzuführen, seine Implementierung zu organisieren und seine Einhaltung in Bezug auf die Indikation und die Qualität der Erbringung zu kontrollieren.

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

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

1. der Gesetzgeber durch Bestimmungen über den Leistungskatalog,
2. der Gemeinsame Bundesausschuss durch normative Richtlinien,
3. die Vertragspartner (gesetzliche Krankenversicherung und Leistungserbringer) durch Kataloge und Verträge (z. B. Einheitlicher Bewertungsmaßstab, Diagnose-bezogene Fallpauschalen, dreiseitige Verträge),
4. die gesetzlichen Krankenkassen bei Einzelverträgen (z. B. in der integrierten Versorgung),
5. der Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung durch seine Wahlentscheidungen,
6. und erst zum Schluss der Arzt im individuellen Behandlungsverhältnis.

Die Ärzteschaft in Deutschland wendet sich gegen Rationierung im Gesundheitswesen. Sie fordert, dass es bei der Unverletzlichkeit der Patienten-Arzt-Beziehung bleibt.

- **Erwartungen der Patienten an eine gute Medizin**

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

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

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

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

Vor allem aber sollten alle staatlichen Organe nicht den sachlich unzutreffenden Eindruck erwecken, das bisher gewohnte, weitgehend universelle Leistungsversprechen der GKV könne bei limitierten finanziellen Ressourcen unter Vermeidung jeder Versorgungsungleichheit aufrechterhalten bleiben. Damit werden die Ärzte und Angehörigen anderer Heilberufe bei ihrer Begegnung mit den Kranken vor kaum lösbare Probleme gestellt. Denn sie sind es, die die Leistungsbeschrän-

kungen ihren Patienten zu erklären haben und dabei oft auf deren Unverständnis stoßen. Der Staat ist daher zur Aufrichtigkeit aufgefordert.

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

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

Um die Errungenschaften unseres Gesundheitswesens jedoch zu erhalten und weiterzuentwickeln, ist es erforderlich, alle Dimensionen des Gesundheitswesens – Einnahmen- und Ausgabenseite, den Versorgungsbedarf der Zukunft sowie die dazu erforderlichen Versorgungsstrukturen – in den Blick zu nehmen.

Eine Reduktion politischer Entscheidungsprozesse allein auf Kostensenkung mit der Folge zwanghafter Rationierung kann den großen sozialen Herausforderungen unserer Gesellschaft des langen Lebens nicht gerecht werden.

Verantwortliches Handeln setzt ehrliche Analyse und soziale Kompetenz voraus.

## 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 verschwimmt.

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.

- Die Stellung des Arztes als Freier Beruf und Patientenorientierung stärken

Der Arztberuf ist ein freier Beruf und kein Gewerbe. Dieser steht für Eigenverantwortung, Unabhängigkeit, hoch qualifizierte Sachkunde und das Bekenntnis zu humanen Werten.

Die deutsche Ärzteschaft ist bereit, Mitverantwortung für die Gestaltung des Gesundheitswesens zu übernehmen, wenn folgende Voraussetzungen gegeben sind: 1. Transparenz über die Verantwortung für die derzeitige Mittelknappheit im Gesundheitswesen, 2. verantwortungsbewusster Umgang aller Partner im Gesundheitswesen mit den knapper werdenden Ressourcen, 3. Schaffung von beruflichen Perspektiven, die auch wirtschaftliche Selbstständigkeit umfasst, insbesondere für die nachwachsende Ärztegeneration, sowie 4. professionelle Autonomie.

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

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

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

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

- **Attraktivität des Arztberufes erhöhen**

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

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

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

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

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

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

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

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

Im einzelnen Krankenhaus sind die Arbeitsbedingungen zu verbessern. Hierzu zählt an vorderster Stelle ein im ärztlichen Alltag spürbarer Bürokratie-Abbau. Bei den Arbeitsbedingungen muss das gültige Recht auch tatsächlich angewandt wer-

den. Das gilt für das Arbeitszeitrecht, für die Arbeitszeiterfassung und für den Vergütungsanspruch bei Überstunden.

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

Für die nachwachsende Ärztegeneration ist der Arztberuf nicht nur deshalb unattraktiv, weil sich die wirtschaftliche Perspektive im Vergleich zur freien Wirtschaft schlechter darstellt, sondern weil der eigentlich freie Arztberuf selbst bei der Ausübung seiner Kernkompetenzen zunehmend eingeengt wird. Die Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung muss auch in Zukunft gewährleistet sein.

Darüber hinaus ist es dringend erforderlich, dass Fördermaßnahmen und die Ausgestaltung ärztlicher Arbeitsbedingungen auf die Bedürfnisse der Ärztinnen und Ärzte mit Kindern eingehen. Explizit ist hier die Einrichtung von Kinderkrippen für die Kinder von Ärztinnen und Ärzten gemeint. Da der Frauenanteil bei den Ärzten immer höher wird, ist es zwingend nötig, Ärztinnen im Beruf zu halten. Durch die Flexibilisierung ärztlicher Kooperationsformen im ärztlichen Berufsrecht und entsprechende Änderungen im Vertragsarztrechtsänderungsgesetz sind bessere Voraussetzungen für ärztliche Berufsausübung in Teilzeit als Praxisinhaber oder im Angestelltenverhältnis sowie für den Wiedereinstieg in den Beruf geschaffen worden. Insbesondere die Krankenhäuser müssen ihre Anstrengungen noch deutlich intensivieren, um familienfreundlichere, mitarbeiterorientierte Arbeitsbedingungen zu schaffen.

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

- **Grundsätze für das Zusammenwirken der Gesundheitsberufe festlegen**

**Der steigende Versorgungsbedarf macht eine stärkere Einbeziehung nichtärztlicher Gesundheitsberufe sinnvoll. Im Mittelpunkt der Bildung multiprofessioneller Teams und berufsgruppenübergreifender Versorgungskonzepte muss die Synergie der verschiedenen Kompetenzen stehen.**

**Der Schutzgedanke, der der ärztlichen Letztverantwortung für Diagnostik und Therapie und dem Rechtsanspruch der Patienten auf Facharztstandard in der medizinischen Versorgung innewohnt, darf nicht untergraben werden.**

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

Aus Gründen der Patientensicherheit darf mit den Modellvorhaben weder die Einheitlichkeit der Heilkundenausübung gefährdet, noch der Schutzgedanke, der dem Prinzip des Arztvorbehalts innewohnt, geschwächt werden.

In Regionen mit lokalem zusätzlichem Versorgungsbedarf ist eine Sicherstellung der Versorgung durch verstärkte ärztliche Kooperation und arztunterstützende bzw. arztentlastende Delegation von Tätigkeiten an entsprechend qualifizierte Praxismitarbeiter sinnvoll. Für Patienten, die wie Pflegebedürftige einen komplexen Versorgungsbedarf haben, ist eine Verbesserung der Gesamtversorgung durch multiprofessionelle Kooperation im Rahmen von integrierten Versorgungsverträgen möglich.

Demgegenüber würden mit der Einführung einer neuen, nichtärztlichen Leistungserbringergruppe im Primärversorgungsbereich konkurrierende Strukturen errichtet, die absehbar zu einer Potenzierung von Schnittstellenproblemen, Unwirtschaftlichkeit und fraglichen Auswirkungen 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 zusammenhängt. Familien mit Kindern in Deutschland haben ein deutlich erhöhtes Armutsrisiko. Jedes sechste Kind lebt in Armut. Viele Eltern sind in der Betreuung ihrer Kinder überfordert und bedürfen einer Unterstützung.

Vor diesem gesellschaftlichen Hintergrund ist eine verbesserte Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen unverzichtbar.

Dazu gehören:

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

- **Chronische Erkrankungen erfolgreicher bekämpfen**

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

Strukturierte Behandlungsprogramme sollten auf Basis der Nationalen Versorgungsleitlinien als spezialisierte Versorgungsangebote für Hochrisiko-Patienten entwickelt und vor einer flächendeckenden Einführung zunächst regional erprobt werden. Sie müssen unter dem Primat medizinischer Versorgung und nicht unter dem der Systemfinanzierung weiterentwickelt werden. Auch muss der Patient im Behandlungsprogramm Individuum bleiben.

Da viele chronische Krankheiten in engem Zusammenhang mit gesundheitsgefährdenden Lebensgewohnheiten stehen, sind Prävention und frühzeitige Erkennung von Krankheitsrisiken zu verstärken. Die Suchtmedizin muss gestärkt werden. Dazu sind die rechtlichen Rahmenbedingungen der suchtmmedizinischen Anforderung anzupassen.

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

- **Gesundheit im Alter fördern**

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

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

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

Um ihre kontinuierliche Versorgung und Betreuung sicherzustellen, müssen auch medizinische Versorgungsstrukturen stärker als bisher auf eine Vernetzung von Prävention und akuter Behandlung einerseits und ambulanter, teil- bzw. stationärer geriatrischer Rehabilitation andererseits ausgerichtet werden. Die hausärztliche Koordinierungsfunktion, unterstützt durch das Praxisteam, muss sich auch auf die fachärztliche und pflegerische Versorgung sowie begleitende Hilfen erstrecken. In diesem Zusammenhang sind die medizinischen Standards für geriatrische Einrichtungen im Sinne einer interprofessionellen leitliniengestützten Versorgung weiterzuentwickeln.

Eine Hauptursache für den steigenden Pflegebedarf und die damit steigenden Gesundheitskosten im Alter stellen die Demenzerkrankungen dar. Demenz entwickelt sich zu einer Volkskrankheit.

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

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

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

- **Palliativversorgung stärken**

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

**Insofern ist das neue Versorgungsangebot der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung zu begrüßen. Qualitätsanforderungen, Finanzierung und Versorgungsanspruch müssen jedoch noch konkretisiert werden.**

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

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

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

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

Von einer flächendeckenden ambulanten Palliativversorgung ist das deutsche Gesundheitswesen weit entfernt.

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

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

- **Versorgungsforschung ausbauen als Voraussetzung einer rational begründeten Weiterentwicklung von Strukturen des Gesundheitswesens**

**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.**

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.

Die Zielsetzungen im Gesundheitssystem – hohe Qualität, Kosteneffektivität und Sicherung des faktisch chancengleichen Zugangs zu allen Gesundheitsleistungen

gen – 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.

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

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 ambulante Versorgung sicherstellen

**Alle Patienten haben Anspruch auf eine flächendeckende hausärztliche und fachärztliche 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 Rollenverständnisses des Staates, bei dem der Staat zukünftig weniger eine Erfüllungsverantwortung als eine Gewährleistungsverantwortung wahrnimmt“ – so der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. In einigen Bundesländern werden ein Rückzug aus der dualen Finanzierung der Krankenhäuser und die „Selbstbegrenzung“ auf eine Rahmenplanung diskutiert.

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

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

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

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

Bund und Länder nehmen eine falsche Weichenstellung vor, wenn sie die stationäre Versorgung Marktgesetzen unterwerfen. Der Markt kann das Sozialschutzziel – die Sicherstellung einer flächendeckenden stationären Versorgung auf hohem Niveau – nicht erreichen. Ausgedünnte Versorgung und Risikoselektion sowie eine Reduzierung des Angebots an stationären Einrichtungen auf lediglich gewinnbringende Einrichtungen wären das Ergebnis.

- **Sektorübergreifende Kooperationsformen flexibel nutzen**

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

Krankenhausärzte können in die ambulante Versorgung eingebunden werden.

Das Belegarztsystem wird im Kollektivvertrag verbleiben und gefördert.

Außerdem sollen Fachärzte insbesondere in der Versorgung von Patienten mit hochspezialisierten Leistungen sowohl ambulant als auch stationär behandeln können. Gerade in der spezialisierten fachärztlichen Versorgung muss zukünftig der einzelne Arzt/die Ärztin sowohl ambulant als auch stationär behandeln können, entweder als angestellte/r Arzt/Ärztin eines Krankenhauses oder auch als (gleichzeitig) niedergelassene/r Vertragsarzt/ärztin.

Alle Patienten haben Anspruch auf eine flächendeckende hausärztliche und fachärztliche Versorgung. Dabei muss sowohl für die hausärztliche als auch für die fachärztliche Regelversorgung eine wohnortnahe individuelle Betreuung gewährleistet sein. Die bewährte haus-/fachärztliche Arbeitsteilung wird auch zukünftig Bestand haben. Die Patienten behalten den direkten Zugang sowohl zum wohnortnahen Hausarzt als auch zum wohnortnahen Facharzt ihrer Wahl.

Die Hausärzte und die Fachärzte im Vertragsarztbereich organisieren sich in Einzelpraxen, Gemeinschaftspraxen, Ärztehäusern, Teilgemeinschaftspraxen, Medizinische Versorgungszentren (MVZ), Apparategemeinschaften oder anderen vom

Gesetzgeber erlaubten Kooperationsformen. Sie arbeiten dabei selbstständig freiberuflich oder angestellt je nach ihrer individuellen Lebenssituation und -planung.

Durch Umsetzung der erweiterten Kooperationsformen ergeben sich bessere Versorgungsmöglichkeiten durch effektivere gemeinsame Nutzungen von Ressourcen für moderne diagnostische und therapeutische Verfahren.

Ein Teil der Fachärzte einer Fachgruppe bietet spezialisierte Leistungen an, wobei diese Ärzte im Vertragsarztbereich meist auch an der Regelversorgung dieser Fachgruppe beteiligt sind. Die Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern garantieren die Einheitlichkeit der Fachgebiete und, dass sowohl die Regelversorgung als auch die spezialisierte Versorgung durch die Ärzte dieser Fachgruppe in hoher Qualität erbracht werden.

Eine weitere Verbesserung der Patientenversorgung und Reduktion der Schnittstellenverluste wird durch eine engere Verzahnung der Vertragsärzte und der Kliniken ermöglicht. Dabei werden auf der Grundlage des Kollektivvertrags sektorübergreifende Kooperationsformen flexibel genutzt.

Neben einem ärztlich geleiteten Entlassungs- und Versorgungsmanagement zur Überwindung der stationär/ambulanten Schnittstellenproblematik ist es sinnvoll, Überbrückungsstationen einzurichten mit einer Versorgung von Patienten durch ihren Arzt unter stationären Bedingungen, bevor diese in die ambulante Versorgung entlassen werden.

Die Betreuung sehr seltener Krankheiten erfolgt durch Spezialisten aus Kliniken und aus Praxen in Spezialambulanzen, wobei dies unter gleichen finanziellen Bedingungen unabhängig von dem Ort und der Struktur der Erbringung erfolgen muss.

Spezialisierte Fachärzte müssen künftig auch außerhalb des Belegarztsystems vermehrt die Möglichkeit haben, sowohl ambulant als auch stationär zu behandeln. Gerade im hochspezialisierten Bereich wird eine durchgängige ambulante und stationäre Versorgung ohne strukturbedingte Arztwechsel eine Verbesserung der Versorgung darstellen. Außerdem können notwendige, meist teure Infrastrukturen intensiver genutzt werden.

Darüber hinaus könnte die Integration von Fachärzten (einschließlich Fachärzten für Allgemeinmedizin) in eine sowohl stationäre als auch ambulante Versorgung der Patienten gerade in ländlichen Regionen eine effiziente Alternative für die flächendeckende und wohnortnahe stationäre und ambulante Grundversorgung darstellen.

Praxisnetze stellen für eine schnittstellenarme, fach- und sektorenübergreifende Versorgung im Sinne der Integration eine sinnvolle Versorgungsform dar.

- **Öffentlichen Gesundheitsdienst als dritte Säule des Gesundheitswesens stärken**

In der sektorübergreifenden Zusammenarbeit ist der Öffentliche Gesundheitsdienst unentbehrlich. Er übernimmt vorwiegend bevölkerungsmedizinische Aufgaben. Mit der Gesundheitsberichterstattung, der Epidemiologie, dem Infektionsschutz, dem gesundheitlichen Umweltschutz, dem Kinder- und Jugendärztlichen Dienst oder auch der Sozialmedizin und der amtsärztlichen Begutachtung erfüllt er vorsorgende, überwachende und beratende Aufgaben. Gerade im Öffentlichen Gesundheitsdienst ist es in der aktuellen Situation wichtig, die ärztliche Kompetenz zu erhalten und zu stärken.

Dem öffentlichen Gesundheitsdienst muss wieder die Personal- und Sachausstattung zukommen, die seiner zentralen Bedeutung als dritte Säule des Gesundheitswesens entspricht. Die weitere Reduzierung im Bereich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes einschließlich Stellenabbau und Ungleichbehandlung bei der Bezahlung der Ärzte führt zwangsläufig dazu, dass zentrale Aufgaben des Staates nicht mehr im vollen Umfang wahrgenommen werden können. Besonders prekär kann die Situation dann werden, wenn es um die Erfüllung koordinierender Aufgaben, z. B. bei der Bewältigung von Seuchen, geht.

#### 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) als 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 Indi-

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

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

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

- **Verantwortung des Gesetzgebers für rationierende Rahmenbedingungen klarstellen**

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

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

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

Wenn der Gesetzgeber nicht gewillt ist, die für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung erforderlichen Mittel im Gesundheitswesen zur Verfügung zu stellen und weiterhin auf eine Steuerung der Gesundheitsausgaben durch Budgets setzt,

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

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

- **Positivliste einführen**

**Die deutsche Ärzteschaft fordert den Gesetzgeber auf, die Rechtsgrundlagen für die Erstellung einer Positivliste wiederherzustellen und dafür Sorge zu tragen, dass die Erstellung dieser Positivliste unter Einbeziehung der Bewertung durch die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft stattfindet. Die Einführung einer Positivliste darf die Therapiefreiheit im Patient-Arzt-Verhältnis nicht engen.**

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

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

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

- **Einrichtung eines Gesundheitsrats**

**Die deutsche Ärzteschaft fordert die Einrichtung eines Gesundheitsrats, der gesundheitspolitische Priorisierungsentscheidungen vorbereitet.**

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

## 5. Versorgungsqualität und Patientensicherheit in einem marktorientierten 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 dem in 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.

Qualitätswettbewerb muss in erster Linie der Verbesserung der Patientenversorgung dienen. Hieran soll sich auch das Verfahren der sektorübergreifenden Qualitätssicherung orientieren und damit eine wichtige Funktion übernehmen. Bei Qualitätssicherungsverfahren und Qualitätsberichten (z. B. der Krankenhäuser) ist zwingend zu berücksichtigen, ob die gesetzlichen Arbeitszeitgrenzen eingehalten werden.

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 Staates 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 sozioökonomischem 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 1982 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 inves-

tieren. Auch diese Leistungen brauchen eine transparente und rechtssichere Abrechnungsgrundlage.

- Vergütung vertragsärztlicher Leistungen erhöhen und planbar machen

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

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

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

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

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

- Vergütung stationärer Leistungen nicht zum Preiswettbewerb missbrauchen

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

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

Schon heute gibt es erhebliche Finanzierungslücken im stationären Sektor. Ein Sofortprogramm muss die Deckelung der Budgets beenden, eine realistische Refinanzierung der Aufgaben – orientiert an den tatsächlichen Kosten der Krankenhausleistungen einschließlich der Tarifentwicklung – ermöglichen, eine sofortige Rücknahme der Sanierungsabgabe an die Krankenkassen beinhalten und die Investitionskraft der Krankenhäuser stärken.

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

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

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

Die Zukunft für eine qualifizierte medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten kann nur durch eine strukturierte Weiterbildung gewährleistet werden. Die ärztliche Weiterbildung muss durch zusätzliche Mittel finanziert werden.

## 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 müssen.

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
- Garantie der Berufsfreiheit der „Leistungserbringer“ für den für die Patientenversorgung notwendigen professionellen Handlungsspielraum.

In diesem Rahmen ist Folgendes zu fordern:

a) Individualebene – Selbstbestimmung und Berufsfreiheit

- Arztwahlfreiheit für den Patienten
- Therapiefreiheit für den Arzt in Verantwortung für den Patienten
- Erhalt der Entscheidungsfreiheit des Patienten bei ärztlichen Therapieoptionen
- Transparenz unvermeidlicher Rationierung
- „Zuwahl“-Rechte des Patienten über den geregelten Versicherungsschutz hinaus zur autonomen Bestimmung seiner Gesundheitsversorgung.

b) Strukturelle Ebene (Zugang zu den Gesundheitsleistungen)

- Chancengleichheit zur Heilbehandlung (gleicher Zugang zu Gesundheitsleistungen)
- Diskriminierungsfreie Zuzahlungen und Selbstbeteiligungen
- Räumlich nahe hausärztliche Versorgung
- Fachärztliche Versorgung in zumutbarer Entfernung
- Bedarfsgerechte Krankenhausversorgung
- Optionen des Patienten für personale oder institutionelle Versorgungsweisen unter Berücksichtigung des Primats "ambulant vor stationär"!

Im Übrigen ist zu fordern:

- Die solidarisch getragene medizinische Versorgung muss auch in Zukunft für jedermann erreichbar sein, dem aktuellen medizinischen Standard entsprechen und mit ausreichenden Ressourcen flächendeckend, auch für den Notfall ausgestattet sein.
- Versorgungsstrukturen müssen primär am medizinischen Bedarf des Patienten ausgerichtet sein und dürfen nicht von ökonomischen Einsparzielen dominiert werden. Dies gilt insbesondere für die integrierte Versorgung.

c) Versorgungsebene – Qualität und Professionalität

- Definitionskompetenz der Ärzte für die notwendige medizinische Versorgung (u. a. durch Versorgungsleitlinien)
- Maßgebliche und verantwortliche Rolle der Ärzteschaft bei Weiterentwicklung von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement
- Wahrung der Professionalität durch Ausschluss von Fremdbestimmung.

d) Vertragsebene

- Wettbewerbsgleichheit der Ärzte und Krankenhäuser im Zugang zu Versorgungsaufträgen zur Versorgung Versicherter
- Kompensatorische Instrumente zum Ausschluss von Marktmacht der Krankenkassen.

#### e) Flexibilität und Reaktionsfähigkeit des Versorgungssystems

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

#### • Kritische Bewertung

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

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

#### • Folgerungen

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

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

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

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

- Flexibilität in der Inanspruchnahme der Versorgungsmöglichkeiten,
- Freiheit in der Wahl des Arztes und
- vor allem auch Freiheit der Berufsangehörigen im Zugang zur Behandlung von Versicherten bestehen.

Die Besinnung auf freiheitlich ausbalancierte Lösungen ist mehr Erfolg versprechend; 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 Einkommensteuerrecht 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 zueinander stehen. 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 Ehegattenmitversicherung 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 demographiebezogener 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 Finanzierungsnöten 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.

## EPILOG

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

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

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

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

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

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

Nur dann besteht die Chance, auch unter den Bedingungen einer verschärften Mittelknappheit, gute Patientenversorgung und ärztliche Berufszufriedenheit herzustellen. Dann werden Ärztinnen und Ärzte sowohl ihre Kompetenz, als auch Empathie und Zuwendung für Patientinnen und Patienten noch umfangreicher einbringen können.

## ZITAT

„Die armen Kranken zwang man, sich von einem von oben her bestimmten Arzt behandeln zu lassen. ... Die Ärzte zwang man durch eine maßlose Konkurrenz eine Stellung anzunehmen, welche ihnen den ihrer Anstrengungen würdigen Lohn vorenthielt. ... Diese Verhältnisse mussten notwendig die Armen und die Ärzte erbittern; beide mussten allmählich mehr und mehr von der Überzeugung durchdrungen werden, dass sie Opfer falscher gesellschaftlicher Grundsätze waren. ...

Nicht genug, dass die Armen und die Ärzte in die politisch-soziale Opposition gedrängt wurden, es gestaltete sich auch ihr gegenseitiges Verhältnis oft genug sehr ungünstig. Die armen Kranken stellten an den Arzt, den man ihnen aufgezwungen ... hatte, Forderungen. ... verlangten sie doch von ihm jede Aufopferung bei Tag und Nacht, jede Hingebung des Körpers und des Geistes.

Der Arzt, seinerseits, mit Geschäften und wohl auch mit ... Sorgen belastet, ohne hinreichende Mittel zur wirklichen Pflege der Kranken, fast ohne Aussicht auf persönliche Anerkennung seiner Mühen, abgespannt und missmutig, kam nur zu leicht dazu, seine Pfleglinge zu vernachlässigen, ihren übertriebenen Forderungen kaltes Phlegma entgegenzusetzen, und in einer dankbareren und einträglicheren Praxis Ersatz für seine Entbehrungen zu suchen. Was war einfacher und natürlicher?

Und welches war das Resultat für den Staat? Die Zahl der Siechen vermehrte sich, wie die Zahl der Armen überhaupt stieg. ... Mochte immerhin in den Händen Einzelner größerer Reichtum aufgehäuft werden, der National-Wohlstand im Ganzen erhielt immer schwankendere Grundlagen."

Rudolf Virchow, Der Armenarzt, aus: Die Medizinische Wochenschrift,  
3. November 1848

