



---

**TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**

Betrifft: Prüfsteine für eine neue, vorausschauende Gesundheitspolitik

**Entschließungsantrag**

Von: Vorstand der Bundesärztekammer

---

DER DEUTSCHE ÄRZTETAG MÖGE FOLGENDE ENTSCHEIDUNG FASSEN:

Die Ursachen für die Krise der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind bestens bekannt und ziehen mehr und mehr das gesamte Gesundheitswesen in Mitleidenschaft.

Statt jedoch den wahren Ursachen der Krise in unserem Gesundheitswesen nachzugehen, hat im Zentrum der Gesundheitsreformen der letzten Jahre die Zerschlagung des sogenannten Korporatismus gestanden, eine Auseinandersetzung mit der angeblichen „ärztlichen Dominanz“ und allgemein die Demontage des Selbstverwaltungsprinzips im Gesundheitswesen.

Die Folgen sind: Die Patientenversorgung hat sich spürbar verschlechtert, die gemeinsame Selbstverwaltung in der GKV ist mehr oder weniger entmündigt und fungiert nur noch als verlängerter Arm des Staates. Die Gesundheitsausgaben sind zwar gestiegen, halten jedoch mit den Chancen, Möglichkeiten und Leistungen der Medizin nicht Schritt. Durch die resultierende Mittelknappheit werden Ärzte in den Streik und die Krankenkassen in die Unterfinanzierung getrieben.

Die Rahmenbedingungen für eine qualitativ hochwertige, soziale und stabile Gesundheitsversorgung werden sich durch die internationale Finanz- und Wirtschaftskrise nochmals verschlechtern. Der Deutsche Ärztetag appelliert deshalb an den Gesetzgeber, an problemorientierten, dem Primat des Patientenwohls verpflichteten Lösungen zu arbeiten. Dabei drückt die deutsche Ärzteschaft ihr Unverständnis aus, mit welcher Geschwindigkeit und Leichtigkeit die Politik Milliardensummen zur Kompensation einer fehlgeleiteten Finanzpolitik und zur Konsolidierung von Banken und Unternehmen aufwendet, während Patienten, Ärzte und Bürger unseres Landes seit Jahren heftig um vergleichsweise kleine Zuwächse an den Finanzmitteln der GKV kämpfen müssen. Die Folge ist eine zunehmende Verlagerung der Probleme auf zukünftige Generationen. Sie werden die Schulden der heutigen Finanzkrise zurückzahlen müssen, sei es durch Kapitaltransfer oder Inflation.

Auf Basis seiner Grundsatzüberlegungen von Ulm 2008 stellt der Deutsche Ärztetag folgende Prüfsteine für eine neue, vorausschauende Gesundheitspolitik auf:

---

Angenommen:  Abgelehnt:  Vorstandsüberweisung:  Entfallen:  Zurückgezogen:  Nichtbefassung:

Stimmen Ja: 0

Stimmen Nein: 0

Enthaltungen: 0



## **1. Stärkung des Selbstverwaltungsprinzips**

In Zeiten der Krise ist der Ruf nach dem Staat eine naheliegende, aber nicht immer die beste Lösung. Leistungsfähigkeit und soziale Stabilität demokratischer Gesellschaften beruhen auf der Emanzipation des Einzelnen bei gleichzeitiger Verinnerlichung von Verantwortlichkeit für die Allgemeinheit. Die Dauerkrise unseres Gesundheitswesens wird nicht durch mehr Staat, sondern nur durch Förderung von Verantwortlichkeit bei allen Beteiligten des Gesundheitswesens überwunden werden.

Die deutsche Ärzteschaft bringt als Bestandteil ihres beruflichen Selbstverständnisses traditionell eine hohe Verantwortlichkeit für den einzelnen Patienten und ein professionelles Engagement zur ständigen Optimierung der medizinischen Versorgung mit. Der Deutsche Ärztetag verlangt, die teils verdeckte, teils offene Destabilisierung der ärztlichen Selbstverwaltung in den Gesundheitsreformen der letzten Jahre endlich abzustellen. Eine starke Selbstverwaltung ist keine Konkurrenz zum Staat, sondern entlastet und ergänzt den Staat aufgrund ihrer Bürgernähe und Fachkompetenz.

Der Deutsche Ärztetag wiederholt seine Grundsatzposition von Ulm als Forderung an die Gesundheitspolitik: Der Staat muss sich auf eine subsidiäre Rolle rückbesinnen und stabile Rahmenbedingungen für ein freiheitliches Gesundheitswesen gewährleisten, statt durch immer mehr Bürokratie die medizinische Versorgung zu blockieren.

## **2. Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten**

Zur Förderung der individuellen Verantwortlichkeit zählt eine Übernahme von mehr Eigenverantwortung des Einzelnen für seine Gesundheit, unterstützt durch Angebote im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention. Auch eine informierte Entscheidung der Versicherten für eine besondere Versorgungsform, zum Beispiel ein strukturiertes Behandlungsprogramm, oder eine stärkere finanzielle Eigenbeteiligung, zum Beispiel in Gestalt von freiwilligen Selbstbehalt- oder Kostenerstattungstarifen, trägt zu mehr Gesundheits- und Kostenbewusstsein bei.

## **3. Ausstieg aus dem Hamsterrad**

Obwohl mehr Geld in die GKV fließt, ist die Unzufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte in Klinik und Praxis größer geworden. Dies ist das paradoxe Ergebnis einer Gesundheitspolitik, die die ärztliche Leistung, aber auch die Leistungen anderer Gesundheitsberufe, nur noch als Kostenfaktor betrachtet.

Hauptursache der Frustration der Ärztinnen und Ärzte ist das Getriebensein im Hamsterrad. Die durch die Gesundheitsreformen der letzten Jahre verursachte, gleichermaßen patienten- und arztfeindliche Fließband- und Billigmedizin hat dazu geführt, dass die nachwachsende Ärztesgeneration den Einstieg in die kurative Medizin scheut oder dem deutschen Gesundheitswesen für immer den Rücken kehrt.



#### **4. Ganzheitliche Wahrnehmung des Patienten und Wertschätzung ärztlicher Leistung**

Der Deutsche Ärztetag fordert Rahmenbedingungen für eine zuwendungsintensive Medizin, damit die Patientinnen und Patienten nicht auf Symptome reduziert, sondern in der Ganzheit ihrer subjektiven Befindlichkeit und ihres Versorgungskontexts wahrgenommen werden können.

Eine zuwendungsintensive Medizin erfordert Zeit und eine Bewertungsphilosophie, die ärztliche Leistung nicht am Maßstab einer Massenabfertigung von Patienten herunterrechnet, sondern den Wert einer persönlichen, qualitativ hochwertigen Versorgung für den Einzelnen und die Allgemeinheit anerkennt.

#### **5. Stärkung ärztlicher Freiberuflichkeit statt Kommerzialisierung**

Das freiberufliche Selbstverständnis des Arztes, seine medizinisch-fachliche Weisungsungebundenheit und seine im ärztlichen Berufsethos und im ärztlichen Berufsrecht verankerte Verpflichtung zur Übernahme persönlicher Verantwortung für das Wohl der Patienten stellen den wirksamsten Patientenschutz dar. Dies gilt umso mehr, je mehr das Gesundheitswesen für Preis-Wettbewerb geöffnet und als austauschbarer Kapitalanlagemarkt entdeckt wird.

Private Träger oder sonstige private Investoren von medizinischen Versorgungseinrichtungen sollten deshalb zu einer Reinvestition von Gewinnen in die Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung verpflichtet werden. Darüber hinaus fordert der Deutsche Ärztetag, dass auch angestellten Ärzten in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) Weisungsungebundenheit in medizinisch-fachlichen Angelegenheiten garantiert werden muss.

#### **6. Flächendeckende Sicherstellung der wohnortnahen ambulanten Versorgung**

Der Deutsche Ärztetag betrachtet mit Sorge, dass die Patientenversorgung zunehmend Gegenstand rein kommerzieller Interessen zu werden droht und Kapitalgesellschaften vor allem niedergelassene Fachärzte verdrängen. Sollte diese Entwicklung so weitergehen, wird sich nicht nur die Qualität der Patientenversorgung in Richtung Entindividualisierung und Anonymisierung verändern, sondern es droht auch eine Standortselektion zulasten wirtschaftlich uninteressanter, strukturschwacher Regionen.

Eine flächendeckende wohnortnahe haus- und fachärztliche Versorgung wird nur durch engagierte niedergelassene Ärztinnen und Ärzte aufrechtzuerhalten sein. Der Deutsche Ärztetag fordert deshalb, ärztliche Freiberuflichkeit speziell in der ambulanten Versorgung strukturell zu unterstützen, zum Beispiel durch Förderung von MVZs in ärztlicher Trägerschaft.



## **7. Drohende Unterfinanzierung im stationären Bereich endlich beseitigen**

Im stationären Bereich ist es dringend erforderlich, die Krankenhausfinanzierung mit dem Ziel einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen medizinischen Patientenversorgung zeitnah auf eine solide, zukunftsfähige Grundlage zu stellen. Auf diese maßgebliche Forderung der Ärzteschaft ist leider auch das erst Anfang des Jahres verabschiedete und in Kraft getretene Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) eine klare Antwort schuldig geblieben. In Anbetracht der weiterhin enormen und die Versorgung gefährdenden Finanzierungslücken im stationären Sektor fordert der Deutsche Ärztetag nachdrücklich ein Finanzierungsprogramm, welches eine realistische Refinanzierung der Aufgaben – orientiert an den tatsächlichen Krankenhausleistungen – ermöglicht. Dies muss in der Kalkulation der DRG's berücksichtigt werden. Darüber hinaus muss auch die Investitionskraft der Krankenhäuser gestärkt werden. Die aktuelle Entwicklung zeigt mehr als deutlich, dass die Kliniken mit Kostensteigerungen konfrontiert werden. Deswegen ist zu befürchten, dass Krankenhäuser eine Kompensation der resultierenden finanziellen Belastungen durch eine weitere Reduktion der derzeit schon unzureichenden Personalausstattung anstreben müssen. Diese kann in den nächsten zwei Jahren zu einer erheblichen Gefährdung der Sicherstellung der Versorgung im stationären Sektor führen.

## **8. Ärztekammern als Garanten für ärztliche Weiterbildung, Fortbildung und Qualitätssicherung statt sozialgesetzlicher Überregulierung**

Durch den Gesetzgeber und die gemeinsame Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung sind zahlreiche zusätzliche Regelungen im SGB V im Hinblick auf die ärztliche Qualifikation geschaffen worden, die sich als bürokratisches Ärgernis und faktische Zugangsbarriere erweisen. Für viele Ärztinnen und Ärzte ist nicht nachvollziehbar, warum trotz erfolgreich abgeschlossener Weiterbildung und Kammer-Fortbildungszertifikat zusätzliche Auflagen nach Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses absolviert werden müssen, um eine Leistung erbringen zu dürfen.

Der Deutsche Ärztetag stellt klar, dass die ärztliche Qualifikation und die Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung sich in erster Linie nach dem ärztlichen Berufsrecht ausrichten. Ärztliche Weiterbildung und Fortbildung sowie die Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung sind zentrale Regelungsinhalte des ärztlichen Berufsrechts und liegen in der Zuständigkeit der Ärztekammern. Sozialgesetzliche Zusatzregelungen zum Beispiel in Gestalt von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sollten nicht routinemäßig, sondern nur dort erlassen werden, wo auch tatsächlicher und entsprechend begründeter Regelungsbedarf besteht. Der Deutsche Ärztetag appelliert an den Gemeinsamen Bundesausschuss, die von ihm selbst produzierte Bürokratie im Bereich der Strukturqualitätsanforderungen und seiner anderen Qualitätssicherungsrichtlinien abzubauen.

## **9. Konzentration des solidarisch finanzierten Leistungsangebots auf das**



## **originäre Leistungsversprechen**

Mit begrenzten Mitteln kann kein unbegrenztes Leistungsversprechen finanziert werden. Der Leistungsumfang im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung muss auf ein seinen Grundsätzen – medizinisch notwendig, ausreichend und zweckmäßig – entsprechendes Maß zurückgeführt werden. Wellness-Angebote oder andere „Lockvogel“-Angebote mögen zwar dem Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen dienen, führen jedoch zu einer Überforderung des Solidarsystems.

### **10. Transparente Differenzierung des Versorgungsspektrums**

Statt Zweckentfremdung von Solidarbeiträgen für Krankenkassenwettbewerb, Rationierung und Einführung von Zweiklassenmedizin befürwortet der Deutsche Ärztetag eine transparente Differenzierung des Versorgungsspektrums in eine Regelversorgung, die den Grundsätzen der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht, sowie darauf aufbauende zusätzliche Versorgungsangebote.

Die fakultativen, frei wählbaren Versorgungsangebote dürfen nicht aus den Solidarbeiträgen für die Regelversorgung quersubventioniert werden und setzen deshalb eine stärkere finanzielle Eigenbeteiligung der Versicherten voraus.

### **11. Stabiler Ordnungsrahmen für Sicherstellungsauftrag und Vertragswettbewerb**

Die flächendeckende Sicherstellung der ambulanten Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen als Körperschaften des öffentlichen Rechts setzt einen stabilen Kollektivvertrag voraus. Dieser kann durch die Neukonstruktion der hausarztzentrierten Versorgung im Zuge des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der GKV (GKV-OrgWG) in Frage gestellt werden, da es sich hierbei nicht um einen Selektivvertrag für eine besondere Versorgungsform handelt, sondern quasi um einen konkurrierenden Kollektivvertrag für die eine der beiden tragenden vertragsärztlichen Säulen, die hausärztliche Versorgung.

Selektivverträge dürfen nur als Ergänzung, und nicht als Konkurrenz zu den kollektivvertraglichen Regelungen konzipiert werden. Der Deutsche Ärztetag befürwortet die Erprobung neuer, von Haus- und Fachärzten gemeinsam getragener Modelle für eine patientenzentrierte Versorgung, zum Beispiel auf Basis einer Zusammenführung der §§ 73b und c SGB V. Im Interesse der Patientinnen und Patienten muss eine Abschottung der hausärztlichen von der fachärztlichen Versorgung verhindert werden.

### **12. Förderung transsektoraler Vernetzung**

Der Deutsche Ärztetag spricht sich nachdrücklich für die Überwindung der Sektorsierung



des deutschen Gesundheitswesens unter Beibehaltung des Grundsatzes ambulant vor stationär aus. Der Patient mit seiner Erkrankung muss Ausgangspunkt für die Gestaltung der Versorgungsstrukturen und -abläufe sein. Sowohl die Bedarfsplanung, die Qualitätssicherung, die Weiterbildung und Fortbildung sowie die Honorierung ärztlicher Leistungen müssen zukünftig aus sektorenübergreifendem Blickwinkel betrachtet werden.

Die Arbeit von hochqualifizierten Fachärzten in der Klinik und in der Praxis ist ein Qualitätsmerkmal des deutschen Gesundheitssystems. Dieses Strukturelement würde durch eine planlose Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen bedroht. Die derzeitigen Regelungen über ambulant erbringbare Leistungen nach § 116b SGB V sind hochkonfliktiv, da neben unstreitig zur Maximalmedizin gehörenden Spezialdisziplinen der Medizin gleichrangig auch Elemente flächendeckender Versorgung mit geregelt werden sollen. An ihrer Stelle sollten daher freiwillige Kooperationsmodelle von niedergelassenen Fachärzten und Krankenhäusern gefördert werden, die zu einer sinnvollen Ergänzung des Versorgungsangebots bei seltenen Erkrankungen und hochspezialisierten Leistungen führen.

### **13. Strukturelle Weiterentwicklung der GKV**

Die Grundsteinlegung für eine nachhaltige und generationengerechte Finanzierung des Gesundheitswesens durch den Gesundheitsfonds ist misslungen. Mit dem Gesundheitsfonds sollte die Aussicht auf eine Entkopplung der Beiträge von den Arbeitskosten eröffnet werden, dies ist aber nicht erfolgt. Durch die Rezession wird es zu Beitragsausfällen von mindestens 3 Mrd. Euro kommen, die durch Steuermittel gegenfinanziert werden müssen. Dem stehen jedoch zu erwartende Einbrüche bei den Steuereinnahmen im zweistelligen Milliardenbereich gegenüber.

Der Deutsche Ärztetag fordert, den Gesundheitsfonds grundsätzlich neu zu überdenken. Die Krankenkassen sollten bis auf weiteres ihre Beitragssätze wieder selber festlegen können, um auf die Wirtschaftskrise flexibel und effizient reagieren zu können. Voraussetzung hierfür ist eine strukturelle Weiterentwicklung der GKV. Hierzu zählt u. a. eine schrittweise Abkehr vom reinen Umlageverfahren und eine stufenweise Einführung von Kapitaldeckung und Bildung von Altersrückstellungen.

Eine Sanierung der in der Krise steckenden GKV zu Lasten der privaten Krankenversicherung (PKV) lehnt der Deutsche Ärztetag ab. Durch eine Zwangseingliederung der PKV in die GKV und Einbeziehung der PKV in den Gesundheitsfonds wird zwar die Einnahmenbasis verbreitert. Bereits mittelfristig aber dürften die Entlastungseffekte dieser Maßnahme von den bekannten Strukturdefiziten der GKV nicht nur eingeholt, sondern auch auf einen weiteren Personenkreis ausgedehnt worden sein.

### **14. Erhaltung der privaten Krankheitsvollversicherung**

Der Deutsche Ärztetag lehnt eine „GKVisierung“ der PKV ab. Im Schatten einer



Einheitsversorgung würde genau das entstehen, was durch die Koexistenz von GKV und PKV in Deutschland bislang vermieden werden konnte: Zweiklassenmedizin und graue Gesundheitsmärkte.

Die private Krankheitsvollversicherung muss als Wahlmöglichkeit erhalten und im Sinne eines echten Wettbewerbs zwischen GKV und PKV einem größeren Versichertenkreis zugänglich gemacht werden, zum Beispiel durch Absenkung der Versicherungspflichtgrenze, der sogenannten „Friedensgrenze“.

Der Deutsche Ärztetag lehnt die willkürliche Destabilisierung des PKV-Systems durch die Einführung des Basistarifs, die erschwerten Wechselbedingungen von der GKV in die PKV und andere Regelungen ab, die im Zuge des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) eingeführt worden sind. Diese Regelungen sind weder versicherungsökonomisch zwingend erforderlich, noch nutzen sie dem Gesamtsystem.

## **15. Stärkung von Kostenerstattungsprinzip und GOÄ**

Kostenerstattung fördert die Transparenz und stärkt die Eigenverantwortung der Versicherten. Der Deutsche Ärztetag spricht sich deshalb für eine stärkere Erprobung von sozialverträglichen Kostenerstattungs- und Selbstbehalttarifen in der GKV aus.

Der Deutsche Ärztetag begrüßt, dass die Bundesärztekammer ihren Vorschlag für eine neue Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) so weiterentwickelt, dass die Gebühren nicht bloß die betriebswirtschaftlichen Kosten abbilden, sondern eine Wertschätzung ärztlicher Leistung ausdrücken. Die neue GOÄ soll im Sinne einer Referenzgebührenordnung die maßgeblichen Orientierungswerte für die Vergütung ärztlicher Leistungen auch außerhalb der PKV vorgeben.

Der Deutsche Ärztetag fordert ein klares Bekenntnis der Politik und der PKV zur Neufassung der GOÄ auf Basis des Vorschlags der Bundesärztekammer. Eine Angleichung der GOÄ an den EBM wird strikt abgelehnt.

## **16. Erhaltung der Innovationsfähigkeit**

Besondere Herausforderungen im Hinblick auf die Zukunftsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens stellen die Implementierung von Innovationen und die Priorisierung von Gesundheitsleistungen dar. Letztere wird aufgrund der dauerhaften Finanzierungsprobleme des GKV-Systems wahrscheinlich unvermeidbar sein. Um auch weiterhin eine Teilhabe der gesamten Bevölkerung am medizinischen Fortschritt zu ermöglichen und gleichzeitig die Innovationskraft der deutschen Gesundheitswirtschaft zu erhalten, bedarf es neuer Grundsatzüberlegungen. Derzeit erfolgt die Überprüfung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden beim G-BA mehr oder weniger planlos



auf Zuruf einzelner Krankenkassen oder einzelner Akteure.

Weder die Definition der medizinisch notwendigen Versorgung noch die Nutzenbewertung von Innovationen und die Klärung medizinischer Priorisierungsfragen sind ohne Einbeziehung der Expertise der Ärzteschaft möglich. Die deutsche Ärzteschaft ist bereit, Mitverantwortung für Priorisierungsfragen zu übernehmen, wenn sich alle Partner des Gesundheitswesens zu Transparenz und einem verantwortungsbewussten Umgang mit den knapper werdenden Ressourcen verpflichten und für die Ärzteschaft eine Vereinbarkeit von Sozialrecht und Berufsrecht gewährleistet wird.

### **17. Gründung eines Gesundheitsrates**

Gesundheit ist ein übergeordnetes Gut. Gesundheitspolitik muss deshalb resistent sein gegenüber tagespolitischem Aktionismus und darf nicht getrieben sein von Partikularinteressen.

Der Deutsche Ärztetag wiederholt seinen Vorschlag, als Beratungsgremium für eine vorausschauende Gesundheitspolitik einen Gesundheitsrat einzurichten, in dem Vorschläge für prioritäre Gesundheitsziele und Versorgungsaufgaben unter Berücksichtigung ethischer, gesundheitsökonomischer und juristischer Aspekte beraten werden. Wir brauchen eine vorausschauende Gesundheitspolitik mit einer vorwärtsgewandten Formulierung nationaler und regionaler Gesundheits- und Versorgungsziele, die durch nationale und regionale Gesundheitsberichterstattung sowie Qualitätssicherung auf Bundes- und Landesebene überprüft und kontinuierlich weiterentwickelt wird.

### **18. Zukunftssicherung des Gesundheitsstandorts Deutschland**

Die Gesundheitswirtschaft ist eine der wenigen verbliebenen Wachstumsmärkte. In der Gesundheitsbranche mit einem Gesamtumsatz von rund 270 Milliarden Euro jährlich sind derzeit 4,6 Mio. Beschäftigte tätig, darunter 153.799 Krankenhausärzte und 138.330 niedergelassene Ärzte, die wiederum Arbeitsplätze für rund 320.000 Arzthelferinnen/Medizinische Fachangestellte stellen. Jeder neunte Arbeitsplatz in Deutschland ist inzwischen in der Gesundheitswirtschaft angesiedelt.

Die Richtlinie der Europäischen Union über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung verdeutlicht, dass der Wettbewerb zwischen den Gesundheitssystemen innerhalb der EU durch die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen sowie die Mobilität von Ärztinnen und Ärzten zunehmen wird. Der Deutsche Ärztetag fordert eine Intensivierung der Anstrengungen zur Schaffung zufriedenstellender Arbeitsbedingungen und einer Vertrauenskultur im deutschen Gesundheitswesen, damit insbesondere die Ausübung kurativer Medizin in Deutschland wieder attraktiver wird.

Die Verhinderung von Versorgungsengpässen in der Fläche wird nicht allein durch



Vergütungsanreize zu verhindern sein, sondern bedarf gemeinsamer Anstrengungen, zum Beispiel durch eine intensivere Weiterentwicklung der regionalen Infrastruktur durch Länder und Kommunen.