

Die ärztliche Sichtweise in die Politik einbringen

Wer in die Zukunft sehen will, muss die Vergangenheit verstehen. Auch in der Gesundheitspolitik kann ein Blick auf das vergangene Jahr hilfreich sein, um künftige Entwicklungen zu erkennen und nach Möglichkeit mitzugestalten. Denn trotz Regierungswechsel und neuer Leitung im Bundesgesundheitsministerium sind viele Themen, die die Ärzteschaft 2013 bewegten, auch noch heute brandaktuell. Die Debatte über die künftige Krankenkassenfinanzierung, die Korruptionsbekämpfung oder das breite Feld der Qualitätssicherung sind nur einige Beispiele dafür. Sie zeigen, wie wichtig es ist, dass die Bundesärztekammer ihre Expertise auf nationaler wie auf europäischer Ebene in die politischen Prozesse einbringt und ihre Positionen klar nach außen artikuliert. Im Jahr 2013 kam ihr dabei einmal mehr zugute, dass sie als Interessenvertretung aller Ärztinnen und Ärzte in Deutschland ein von Politik, gesellschaftlichen Akteuren und Medien geschätzter Verhandlungs- und Gesprächspartner in allen gesundheitspolitischen und medizinisch-ethischen Fragen ist.

Dabei vertritt die Bundesärztekammer auch unbequeme Positionen, wie die von der BÄK im vergangenen Frühjahr angestoßene Debatte über die künftige Krankenkassenfinanzierung zeigte. Die Bundesärztekammer hatte im Auftrag des 115. Deutschen Ärztetages 2012 eine Reformskizze für die Neugestaltung des dualen Krankenversicherungssystems erstellt, die im Kern vorsieht, den derzeitigen Versichertenanteil in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu einem festen, einkommensunabhängigen Gesundheitsbeitrag mit Sozialausgleich weiterzuentwickeln (1). Mit ihren Vorschlägen traf die Bundesärztekammer offensichtlich einen Nerv und gab dem bis dahin eher faden gesundheitspolitischen Wahlkampf endlich mehr Würze.

Vor allem aber hat sie eine offene und ehrliche Diskussion über essenzielle Finanzierungsfragen initiiert und dem Konzept einer Bürgerversicherung ein Modell entgegengesetzt, das gleichermaßen Finanzierungs- und Versorgungsfragen berücksichtigt. Der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, stellte im April bei der Vorstellung des Papiers vor Journalisten klar, dass sich das Gesundheitssystem nur unter Beibehaltung der Dualität von gesetzlicher und privater Krankenversicherung zukunftsfest weiterentwickeln lässt.

Bürgerversicherung ist Turbolader für Zweiklassenmedizin

Die Resonanz von Medien und Politik war enorm, als das Papier auf dem 116. Deutschen Ärztetag 2013 in Hannover beraten wurde (2). Die „Süddeutsche Zeitung“ wies unter der Überschrift „Ärzte machen Front gegen Rot-Grün“ darauf hin, dass die Ärzteschaft bei Einführung der Bürgerversicherung Einschränkungen des medizinischen Angebots befürchtet. „Die Versicherten müssten dann für einen Teil der Behandlungen Zusatzversicherungen abschließen. Montgomery hat die Bürgerversicherung deshalb als ‚Turbolader für die Zweiklassenmedizin‘ bezeichnet.“ In einem Kommentar der Zeitung heißt es weiter: „Die von versammelter Opposition geforderte Umstellung [auf eine Bürgerversicherung] würde das gesamte System durchschütteln und kaum absehbare Konsequenzen für die Medizin haben.“ Die Tageszeitung „Die Welt“ kommentierte: „Die Ärzte halten die von der Opposition geplante Bürgerversicherung für gefährlich. Sie haben recht. Mit dem Einheitssystem droht die medizinische Versorgung schlechter und teurer zu

werden. Die „Frankfurter Allgemeine Zeitung“ konstatierte: „Zwar wird das Bürgerversicherungssystem mehr einnehmen, weil die bisher Privatversicherten Beiträge einzahlen und auch ein Steuerzuschuss gewährt werden soll. Doch die Kosten werden weiter steigen.“

Gabriel poltert gegen Ärztetag

Auch der damalige Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) begrüßte die Initiative der Bundesärztekammer. Das sei genau die Herausforderung, der wir uns angesichts steigender Ausgaben wegen der demografischen Entwicklung und des medizinischen Fortschritts stellen müssten, sagte er zur Eröffnung des Deutschen Ärztetages. Gereizt reagierte hingegen die Opposition. Prominentester Kritiker des Ärztekongresses war SPD-Chef Sigmar Gabriel. Millionen Patienten wüssten, dass das Gesundheitssystem „krank“ sei. Die Therapie könne aber nicht die Kopfpauschale „à la Montgomery und CDU sein, sondern nur die rot-grüne Bürgerversicherung“. Der SPD-Gesundheitspolitiker Prof. Dr. Karl Lauterbach sekundierte: „Montgomery reitet ein totes Pferd, denn die PKV wird nicht überleben.“

Doch konnten derlei harsche Töne kaum die Nervosität der Einheitskassenbefürworter überdecken. Der Grund: Vor Hannover wurden die Bürgerversicherungspläne von SPD, Grünen und Linken kaum öffentlich hinterfragt. Erst der Ärztetag thematisierte ausführlich die Risiken und Nebenwirkungen und gab die Initialzündung für eine kritische öffentliche Auseinandersetzung mit dem Konzept, die bis in die Koalitionsverhandlungen zwischen Union und SPD hineinwirkte. Auch das Bündnis Gesundheit 2000, das die Gesundheitsberufe in Deutschland repräsentiert und für die rund fünf Millionen direkt und indirekt Beschäftigten im Gesundheitswesen spricht, forderte in einer Resolution den Erhalt und die Weiterentwicklung des dualen Krankenversicherungssystems (3).

In den Monaten bis zur Bundestagswahl folgten Veröffentlichungen zahlreicher Studien, die sich kritisch mit dem Reformkonzept auseinandersetzten. Am Ende war klar: Die Bürgerversicherung besteht den Faktencheck nicht. Diese Erkenntnis setzte sich auch bei den Koalitionsverhandlungen durch.

Die ärztliche Sichtweise in die Gesetzgebung einbringen Es hat sich gelohnt, dass die BÄK die Finanzierungsdebatte offensiv und mit eigenen Konzepten vorantrieb. So hielt sie es auch bei zahlreichen weiteren politischen Initiativen, die die Ärzteschaft 2013 beschäftigten. Ob Präventionsgesetzgebung, Arzneimittelgesetz oder medizinisch-ethische Themen wie Präimplantationsdiagnostik und Sterbehilfegesetz – die BÄK brachte die ärztliche Sichtweise in die Beratungen ein und setzte mit eigenen Gestaltungsvorschlägen Akzente (4). Vielfältig waren auch die gesundheitspolitischen Aktivitäten auf europäischer Ebene (siehe auch Berichte „BÄK begleitet Umsetzung der Berufsanerkenntnisrichtlinie“ und „BÄK setzt sich für Erhalt bewährter Schutzstandards ein“). Zwar ist dem Lissabon-Vertrag zufolge die Zuständigkeit der Europäischen Union im Bereich des Gesundheitswesens nach wie vor begrenzt, doch übt die EU durch die Binnenmarktregeln und das Wettbewerbsrecht einen erheblichen Einfluss auf die gesetzliche Krankenversicherung und weitere Bereiche des deutschen Gesundheitssystems aus. Die BÄK fordert seit Langem, die europäische Gesundheitspolitik nur auf Felder von echtem Mehrwert zu begrenzen. Unter anderem zeigen die europäischen Normungsvorhaben im Bereich der Medizin den dringlichen Handlungsbedarf auf. So liegt bei der europäischen Normungsorganisation aktuell ein Antrag vor, die ästhetische Chirurgie zu normen. Vorgaben für die Homöopathie sollen folgen. Die BÄK hat wiederholt davor gewarnt, dass die nationalen ärztlichen Berufsregeln und die

nationale ärztliche Aus- und Weiterbildung durch die Normungsbestrebungen ausgehebelt werden können. Zumal die privatwirtschaftlich aufgestellten Normungsorganisationen weder über die notwendigen technischen und berufsethischen Kompetenzen noch über ein öffentliches Mandat verfügen.

Korruption wirksam bekämpfen

Auf nationaler Ebene musste sich die Ärzteschaft mit den auch 2013 fortgesetzten Diffamierungsversuchen der Krankenkassen gegen Ärztinnen und Ärzte auseinandersetzen. Offenbar mit dem Ziel, eine gesetzliche Regelung zur strafrechtlichen Ahndung von ärztlichem Fehlverhalten zu beschleunigen, machen die Kassen seit 2012 auf Grundlage von Auftragsgutachten und fragwürdiger Interpretationen der Studienergebnisse verstärkt Stimmung gegen Ärzte. Im Februar 2013 kamen die ärztlichen Spitzenverbände auf Einladung der Bundesärztekammer in Berlin zusammen und forderten ein Ende der Diffamierungen (5). Gleichzeitig stellten die Verbände klar: „Wir verurteilen jegliche Form der Korruption! Wir setzen uns für die vollständige Aufdeckung und die angemessene Ahndung ein.“

Schnell wurde deutlich: Die Ärzteschaft ist nicht Bremser, sondern Förderer einer gesetzlichen Regelung zur Korruptionsbekämpfung. Diese muss aus Sicht der BÄK aber für alle Beteiligten im Gesundheitswesen gleichermaßen gelten, also auch für die Hersteller von Arzneimitteln und Medizinprodukten sowie für Krankenkassenvertreter. „Wir Ärzte wollen aus dem Generalverdacht raus. Wir wissen, dass die Mittel des Berufsrechts nicht ausreichen, um alle Fälle von vermuteter Korruption zu ermitteln. Deswegen fordern wir eine klare, präzise und ausgewogene Regelung“, sagte Montgomery im Mai in der Rheinischen Post. Die Bundesärztekammer unterstützte in ihren Stellungnahmen im Rahmen des Parlamentarischen Verfahrens grundsätzlich den Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Korruptionsbekämpfung. Allerdings störte sich die Ärzteschaft daran, dass die Strafvorschrift im Sozialgesetzbuch V angelegt werden sollte. Sie forderte eine Regelung im Strafgesetzbuch.

Eine solche Lösung beinhaltete eine von Hamburg in den Bundesrat eingebrachte Länderinitiative, die nach dem Scheitern des schwarz-gelben Regierungsentwurfs im Herbst 2013 Vorlage für eine erneute Gesetzesinitiative auf Bundesebene sein könnte. Die Kampagnenführung der Krankenkassen, das ist offensichtlich, folgt einem immer gleichen Muster. Im Vorfeld wichtiger politischer Entscheidungen werden Auftragsgutachten präsentiert, mit denen die öffentliche Meinungsbildung in gewünschter Weise beeinflusst werden soll. So war es auch im Jahr 2012, als die Kassen eine Studie zur Mengenausweitung in Krankenhäusern vorlegten – kurz bevor ein sogenanntes Omnibusgesetz verabschiedet wurde, das nach den ursprünglichen Plänen des Gesetzgebers auch Vorschläge zur Mengenbegrenzung beinhalten sollte. Die Studie erweckte den Eindruck, Ärzte würden ihre Patienten im großen Stil unnötig und nur des Geldes wegen unters Messer legen. Die Debatte darüber hielt bis weit in das Berichtsjahr 2013 an und wurde zusätzlich durch höchst fragwürdige internationale Vergleichsstudien zu Operationshäufigkeiten befeuert.

Schlagzeilenträchtig sind solche Rankings immer dann, wenn sie für Deutschland angebliche Defizite konstatieren, etwa bei der Zahl der Operationen oder bei der Behandlungsqualität. Die Bundesärztekammer ließ die zum Teil unreflektierte Berichterstattung zu dem Thema nicht unwidersprochen – in schnellen Reaktionen stellte sie Fakten richtig und legte

politische Hintergründe offen. So wies sie darauf hin, dass die Studien häufig an völlig unzureichenden Vergleichsparametern kranken. Selbst die OECD, die im Frühjahr 2013 mit einem Arbeitspapier über vermeintlich unnötige Operationen in Deutschland für Schlagzeilen sorgte, räumte in ihrem später veröffentlichten Gesundheitsbericht 2013 ein, dass unterschiedliche Klassifizierungssysteme und Unterschiede in der Datenerhebung die Vergleichbarkeit beeinträchtigen können. Einige Länder hätten nur die Anzahl der Hüft-Totalendoprothesen angegeben und nicht auch die Anzahl der Teilprothesen der Hüfte. Auch würden in einigen Ländern nur die Aktivitäten der öffentlich finanzierten Krankenhäuser miteinbezogen und nicht auch die der privaten Kliniken.

Die BÄK beließ es aber nicht bei Methodenkritik. Im Kontext der Medienberichterstattung zu den OP-Häufigkeiten bekräftigte sie ihre Kritik an sogenannten Bonusklauseln in Chefarztverträgen, die mit zur Verunsicherung der Menschen beitragen. Die Ärzteschaft hat deshalb wiederholt klargestellt, dass die Anbindung der Chefarztvergütung an vorrangig ökonomisch ausgerichteten Zielkriterien Risiken für die Patientenversorgung birgt und dem ärztlichen Berufsethos widerspricht. In Kooperation mit dem Verband der leitenden Krankenhausärzte richtete die BÄK eine Kontaktstelle (6) ein, an die sich Ärzte mit berufsrechtlich kritischen Vorgaben in ihren Verträgen wenden können (siehe Bericht „Ärzteschaft engagiert sich gegen fragwürdige Vertragsklauseln“).

Auch auf Betreiben der Bundesärztekammer hin verpflichtete der Gesetzgeber die Deutsche Krankenhausgesellschaft, im Einvernehmen mit der BÄK, Empfehlungen zu leistungsbezogenen Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen zu erstellen (7). Diese geben unter anderem vor, dass Zielvereinbarungen, die auf finanzielle Anreize bei einzelnen Leistungen abstellen, ausgeschlossen sein müssen. Vor dem Hintergrund dieser Empfehlungen hat der Gemeinsame Bundesausschuss mittlerweile beschlossen, dass Krankenhäuser künftig in ihren Qualitätsberichten angeben müssen, wenn sie für Operationen, Eingriffe oder Leistungen finanzielle Anreize setzen.

Anstöße zur Meinungsbildung

Häufig geht die Initiative zur öffentlichen Diskussion gesundheitspolitischer und medizinisch-ethischer Themen von der Politik aus. Anstöße zur Meinungsbildung geben aber auch die Organisationen des Gesundheitswesens selbst. Neben Statements und Kommentaren in Presse, Rundfunk und Fernsehen, brachte die Bundesärztekammer in Pressekonferenzen und Pressegesprächen eine Vielzahl von Themen gezielt in die Öffentlichkeit oder leistete eigene Beiträge zu bereits laufenden Debatten. Dabei ging es nicht immer nur um Gesundheitspolitik im engeren Sinne, sondern auch um Themen, die sonst nicht im Fokus des öffentlichen Interesses stehen, wie den rechtlichen Problemen bei der gesundheitlichen Versorgung von Migranten (8) oder dem barrierefreien Zugang zu Gesundheitseinrichtungen (9).

Von Politik, Medien und Öffentlichkeit mit Spannung erwartet wurde die Pressekonferenz von Prüfungskommission (PK) und Überwachungskommission (ÜK) zur Vorstellung des Prüfberichts aller 24 Lebertransplantationsprogramme in Deutschland (siehe Bericht „Für mehr Transparenz und Kontrolle im Transplantationswesen“). Im Beisein der Spitzen der Trägerorganisationen von PK und ÜK sowie des damaligen Bundesgesundheitsministers Bahr informierten die Kommissionsvorsitzenden über die Ergebnisse der Visitationen (10). Der Vorsitzende der Ständigen Konferenz Organtransplantation, Prof. Dr. Hans Lilie, ging zudem auf die von der BÄK im Zuge des Transplantationsskandals vorgenommenen

Richtlinienänderungen ein. „Seit Beginn der Prüfungen ist viel passiert. Inzwischen gibt es ein Mehraugenprinzip bei der Vergabe. Die Zentren müssen mit Kontrollen rechnen. Das macht Manipulationen zumindest viel schwerer“, schrieb die „Westdeutsche Allgemeine Zeitung“. „Es waren nicht vordergründig materielle Motive, die zu Verstößen führten“, zitierte „Die Welt“ BÄK-Präsident Montgomery. Vielmehr habe es strukturelle Anreize aus der Krankenhausfinanzierung, aus dem Wettbewerbsstreben einzelner Krankenhäuser und auch aus dem vermeintlichen Streben nach Ruhm und Ehre gegeben. „Weiter prüfen“, forderten die „Ruhr Nachrichten“. „Die Gesetze sind verschärft, die Aufsicht verbessert, das Problembewusstsein geschärft. Das sind wichtige Voraussetzungen dafür, dass die Spendenbereitschaft wieder steigt.“

Im Juni 2013 widmete sich die Ärzteschaft gleich in zwei Veranstaltungen dem Thema Patientensicherheit. So legte die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft im Rahmen des 4. Deutschen Kongresses für Patientensicherheit bei medikamentöser Therapie den Fokus auf die Arzneimitteltherapiesicherheit und forderte unter anderem, dass die Strukturen und Abläufe der Pharmakotherapie systematisch analysiert und weiter verbessert werden müssen. Wenige Tage später stellte die Bundesärztekammer auf ihrer alljährlichen Pressekonferenz die Behandlungsfehlerstatistik der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern vor (11). „Fehler passieren, auch in der Medizin. Wir kehren diese Fehler aber nicht unter den Tisch, sondern wir lernen aus ihnen“, sagte Dr. Andreas Crusius, Vorsitzender der Ständigen Konferenz der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen, vor rund 60 Journalisten im Haus der Bundespressekonferenz.

Die Medien honorierten die Transparenzbemühungen der Bundesärztekammer mit überwiegend positiver Berichterstattung. „Ärzte machen Fehler, aber keinen Pfuscher“, titelte die „Leipziger Volkszeitung“ und merkte an, dass die Zahl der Fehler angesichts von 800 Millionen Arzt-Patienten-Kontakten im Jahr immer noch im äußerst geringen Promillebereich liegt. „Das böse Wort vom Ärztepfuscher mag griffig sein, es übertreibt dennoch maßlos.“ Die „Passauer Neue Presse“ kommentierte: „Der gern pauschal geäußerte Verdacht im Zusammenhang mit Arztfehlern, eine Krähe hacke der anderen kein Auge aus, ist im Zusammenhang mit den Gutachter- und Schlichtungsstellen unbegründet.“

Was 2014 politisch wichtig wird

„Gute Ansätze, aber kein großer Wurf“, so kommentierte BÄK-Präsident Montgomery den Koalitionsvertrag von Union und SPD. „Der Umfang des gesundheitspolitischen Kapitels täuscht, weil Vieles sehr detailistisch dargestellt wurde“, sagte er in der Dezember-Ausgabe von BÄKground, dem Informationsdienst der Bundesärztekammer. Das meiste ließe sich zügig abarbeiten. Und er merkte an: „Eine solche Große Koalition hätte nun wirklich auch die großen Themen angehen können.“ (12) Bei aller Kritik fällt jedoch positiv auf, dass Union und SPD ihre Ankündigungen im Koalitionsvertrag klar und konkret formuliert haben. Phrasendrescherei gibt es kaum. Vielmehr liest sich das gesundheitspolitische Kapitel wie das Eckpunktepapier eines Reformgesetzes, inklusive Verweise auf die entsprechenden Paragraphen im SGB V.

Die konkrete Gesetzgebung wird durch die relativ präzisen Vorgaben des Vertrages beschleunigt. So brachte Schwarz-Rot unmittelbar nach Unterzeichnung des Koalitionsvertrages das 14. Gesetz zur Änderung des SGB V in den Bundestag ein, das unter anderem die Vergütungsbeschränkungen bei den Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung aufhebt. Noch in Vorbereitung befindet sich ein Entwurf für ein

Präventionsgesetz, das dem Vernehmen nach in diesem Jahr umgesetzt werden soll. Bereits gestartet ist das parlamentarische Verfahren für das Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität der gesetzlichen Krankenversicherung. Mit ihm werden die im Koalitionsvertrag angekündigten Änderungen bei der Krankenkassenfinanzierung umgesetzt. Es schafft aber auch die rechtlichen Grundlagen für die Gründung eines wissenschaftlichen Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. Das Institut soll sich wissenschaftlich mit der Ermittlung und Weiterentwicklung der Versorgungsqualität befassen und dem Gemeinsamen Bundesausschuss Entscheidungsgrundlagen für Maßnahmen der Qualitätssicherung liefern. Vorgesehen ist, dass in die Arbeit des Instituts auch externer Sachverstand einfließen soll.

Dabei täte das Institut gut daran, die Expertise der Ärzteschaft auf diesem Gebiet zu nutzen. So entwickelt die Bundesärztekammer Richtlinien zur Qualitätssicherung für Bundesgesetze. Gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unterhält sie das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (13). Sie ist Gesellschafter der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (14), sowie Gesellschafterin der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (15), um nur einige Aktivitäten zu nennen.

Die Einbindung der Ärzteschaft ist nicht zuletzt deshalb wichtig, weil mit der Institutsgründung entscheidende Vorarbeiten für die geplante Strukturreform im stationären Sektor, insbesondere für die künftig stärkere qualitätsorientierte Klinikfinanzierung und -planung geleistet werden. Bis Ende 2014 soll eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe unter Federführung des Bundesgesundheitsministeriums Eckpunkte für die Krankenhausreform erstellen. Die Bundesärztekammer hat in zwei Positionspapieren zur Krankenhausfinanzierung und zur Krankenhausplanung wichtige Forderungen formuliert und diese an Bund und Länder herangetragen (16). Sie wird sich in die weiteren Beratungen einbringen.

(1) www.tinyurl.com/baek002

(2) www.tinyurl.com/baek003

(3) www.tinyurl.com/baek005

(4) www.tinyurl.com/baek006

(5) www.tinyurl.com/baek007

(6) www.tinyurl.com/baek008

(7) www.tinyurl.com/baek009

(8) www.tinyurl.com/baek010

(9) www.tinyurl.com/baek011

(10) www.tinyurl.com/baek012

(11) www.tinyurl.com/baek013

(12) www.tinyurl.com/baek014

(13) www.tinyurl.com/baek015

(14) www.bqs-institut.de

(15) www.ktg.de

(16) www.tinyurl.com/baek016