

Prolog

Das Jahr 2006 wird als Jahr der Ärzteproteste in Erinnerung bleiben. Die Ärztestreiks an den Kliniken waren die Initialzündung für eine beispiellose Protestwelle, die noch längst nicht abgeebbt ist. Niemals zuvor sind so viele Kolleginnen und Kollegen auf die Straße gegangen, um für bessere Arbeitsbedingungen und eine gesicherte Versorgung ihrer Patienten zu demonstrieren. Zehntausende von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten versammelten sich an vier nationalen Protesttagen im Januar, März, Mai und September in Berlin und an anderen Orten zur Demonstration gegen Zuteilungsmedizin und Mangelversorgung. „Freiberuflichkeit statt Staatsmedizin“ war auch die unüberhörbare Botschaft des Außerordentlichen Deutschen Ärztetages am 24. Oktober 2006. Dass wir Ärzte in unserem Protest gegen das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz einig mit allen anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen sind, hat der bundesweite Aktionstag am 4. Dezember 2006 eindrucksvoll demonstriert. Innerhalb von nur drei Wochen gelang es, über 40 Verbände und Organisationen der Gesundheitsberufe und der Krankenhäuser zu einer öffentlichkeitswirksamen Informationskampagne unter dem Motto „Patient in Not – diese Reform schadet allen“ zu bewegen.

Sowohl der Kampf der Kolleginnen und Kollegen an den Krankenhäusern als auch die Vielzahl der Demonstrationen und Protesttage niedergelassener Kolleginnen und Kollegen hatten außerordentlich hohe Zustimmungsraten in der Öffentlichkeit. Nach einer aktuellen forsa-Umfrage schenken die Bundesbürger keiner anderen Berufsgruppe größeres Vertrauen als den Ärzten, wenn es um die Beurteilung der Gesundheitsreform geht. 62 Prozent der Bundesbürger meinen, dass wir Ärzte die glaubwürdigsten Argumente haben – auch das ist ein Erfolg der Aktionen im vergangenen Jahr und sollte uns bestärken, die Aufklärungsarbeit über die Folgen der Gesundheitsreform in diesem Jahr konsequent fortzusetzen. Dass nur sechs Prozent der Befragten den Argumenten der Politiker trauen, sollte zu denken geben. Gesundheitspolitik kann auch wahlentscheidend sein.

Viele der geplanten Regelungen der Gesundheitsreform müssen wir Ärztinnen und Ärzte als reine Zumutung auffassen. Zwar hat die Bundesregierung noch Änderungen vorgenommen, die an einigen Stellen zu Verbesserungen gegenüber dem Ursprungsentwurf geführt haben. Doch an der Grundrichtung der Reform ändert sich dadurch nichts: Wenn die Grundstrukturen der Reform zu wirken beginnen, wird unser Gesundheitswesen sukzessive in ein staatlich gelenktes System nach dem Vorbild nationaler Gesundheitsdienste umgewandelt werden. Kennzeichnend für solche Systeme ist eine Zuteilungsmedizin mit Rationierung und Wartelisten. Eine gleichmäßige flächendeckende und patientengerechte Versorgung, wie wir sie bisher gewohnt sind, ist dann nicht mehr möglich.

Das Hauptziel der Bundesregierung, dauerhaft sichere Finanzgrundlagen zu schaffen, wird mit dieser Reform verfehlt. Durch den Zugriff des Staates auf die Festsetzung der Beiträge und die Verteilung der Beitragsmittel über einen so genannten Gesundheitsfonds wird die Finanzausstattung der gesetzlichen Krankenversicherung nicht besser. Es bleibt auch zu befürchten, dass die staatliche Beitragsfestsetzung von politischen Erwägungen begleitet wird und nicht von der Notwendigkeit ausreichender Mittel zur Finanzierung des medizinischen Fortschritts.

Dabei würde gerade jetzt, unter diesen politischen Rahmenbedingungen, die Chance bestehen, generationengerechte und demografiefeste Finanzierungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung zu schaffen. Ziel einer solchen Unternehmung müsste es sein, einen Wettbewerb der Systeme durch Modernisierung der GKV und Stärkung der privaten Krankenversicherung zu eröffnen. Statt dessen aber soll nun das demografiefeste Modell der privaten Krankenversicherung Schritt für Schritt der gesetzlichen Krankenversicherung angeglichen werden, um den Weg für eine staatliche Einheitskasse frei zu machen.

Der Außerordentliche Deutsche Ärztetag am 24. Oktober 2006 in Berlin hat Wege aufgezeigt, wie unter Bewahrung unserer freiheitlichen Grundstrukturen und Selbstverwaltungsinstitutionen ein Weg zur Weiterentwicklung des Systems gegangen werden kann, der zu mehr Generationengerechtigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung führen könnte. Deshalb schlagen wir einen demografiebezogenen Ausgleichsfaktor sowie den Aufbau eines Systems zur Alterungsrückstellung vor. Wir haben darauf hingewiesen, dass ausschließlich lohnbezogene Einnahmen nicht mehr ausreichen werden, um zu einer soliden, demografiefesten Finanzierung der GKV beizutragen. Daher muss die Einnahmehasis der GKV entsprechend der tatsächlichen finanziellen Leistungsfähigkeit der Versicherten auf sämtliche Einkommensarten ausgedehnt werden, unter Einbeziehung von Kapitaleinkünften.

Auch wir Ärzte sind unmittelbar vom demografischen Wandel betroffen. Schon jetzt zeichnet sich ein erheblicher Nachwuchsmangel in der kurativen Medizin ab. Die fehlende Motivation junger Medizinstudierender nach dem Studium in den ärztlichen Beruf zu gehen, ist bereits deutlich spürbar. Der Anteil der jüngeren niedergelassenen Ärzte zwischen 35 und 39 Jahren an der Gesamtzahl der berufstätigen Ärzte ist in den letzten vier Jahren deutlich gesunken, vor allem in Ostdeutschland.

Durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wird der Arztberuf noch mehr an Attraktivität einbüßen. Die mit dem Gesetz beabsichtigte „Marktberreinigung“ im ambulanten und stationären Sektor gefährdet die flächendeckende und wohnortnahe Versorgung der Patienten. Besonders ältere Menschen und Familien mit Kindern in ländlichen Gegenden werden dadurch vor kaum lösbare Probleme gestellt.

Aus all diesen Gründen ergibt sich die Notwendigkeit, die Bürgerinnen und Bürger umfassend über die Folgen der Reform zu informieren. Das gilt auch für andere Gesetzesvorhaben der Bundesregierung, die nicht so sehr im Brennpunkt des öffentlichen Interesses stehen, gleichwohl aber zum Nachteil der Patienten reichen können.

Im Schatten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes wird derzeit der Regierungsentwurf für ein Gewebegesetz zur Umsetzung der EU-Geweberichtlinie beraten. Was als vermeintliches Fachgesetz anmutet, betrifft die gesamte Bandbreite der somatischen Medizin – angefangen bei Regelungen für die Verwendung menschlicher Keimzellen im Rahmen der Fortpflanzungsmedizin bis hin zur Transplantation von beispielsweise Augenhornhäuten und Herzklappen. Der Gesetzesentwurf sieht unter anderem vor, menschliche Zellen und Gewebe rechtlich den Arzneimitteln gleichzustellen und sie unter Umständen frei handelbar zu machen – Probleme an den Schnittstellen zur altruistischen, nicht-gewerblich organisierten Organspende und -transplantation sind dadurch vorprogrammiert. Es bleibt unklar, warum der Gesetzgeber hier konsequent

einen Weg verfolgt, der durch einen unnötigen Zuwachs an Bürokratie, eine Steigerung der Kosten für medizinische Einrichtungen, Krankenkassen und Länder, die Gefährdung einer bewährten Patientenversorgung und die Beeinträchtigung der Entwicklungschancen der Gewebemedizin in Deutschland gekennzeichnet ist. Die Ärzteschaft sieht sich in der Pflicht, die Funktionsfähigkeit der Organ- wie der Gewebetransplantation und damit nicht zuletzt die Interessen der betroffenen Patienten, die von diesen Behandlungsmöglichkeiten abhängen, zu wahren.

Die Bundesärztekammer ist die Stimme der Ärzteschaft und – das zeigt auch der vorliegende Tätigkeitsbericht – Fürsprecher der Patienten.



Prof. Dr. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe

Präsident der Bundesärztekammer und des
Deutschen Ärztetages

