



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

- I - 01 Für eine patientenzentrierte Medizin und eine soziale Gesundheitswirtschaft –
- I - 01a Aufgaben für die verbleibende Legislaturperiode
- I - 01c
- I - 01d
- I - 01e
- I - 01f
- I - 01h
- I - 01i
- I - 01k
- I - 01o

Entschließung

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache I - 01) unter Berücksichtigung des Antrags von Herrn Dr. Velken (Drucksache I - 01a), des Antrags von Herrn Dr. Marx (Drucksache I - 01d), des Antrags von Herrn Dr. habil. Schlang (Drucksache I - 01k), des Antrags von Herrn Bakker (Drucksache I - 01e), des Antrags von Herrn Dr. Peters (Drucksache I - 01c), des Antrags von Herrn Wagenknecht (Drucksache I - 01f), des Antrags von Herrn Dr. habil. Schlang (Drucksache I - 01o), des Antrags von Herrn Dr. Bolten, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Frau Dr. Lux und Herrn Dr. Pollok (Drucksache I - 01h) sowie des Antrags von Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Pollok, Herrn Dr. Bolten, Herrn Dr. Emminger und Herrn Prof. Dr. Griebenow (Drucksache I - 01i) fasst der 113. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit folgende Entschließung:

Der 113. Deutsche Ärztetag begrüßt, dass sich die neue Bundesregierung in ihrer Koalitionsvereinbarung vom 26.10.2009 zu einer individuellen, an den Bedürfnissen der Patienten ausgerichteten Gesundheitsversorgung, zur Stärkung des freien Arztberufs und des Selbstverwaltungsprinzips sowie zur Erhaltung eines pluralistisch geprägten, solidarisch finanzierten, gegliederten Krankenversicherungssystems bekannt hat.

Als dringendste konkrete Aufgaben müssen in der verbleibenden Legislaturperiode folgende Herausforderungen in Angriff genommen werden:

- Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung in ländlichen Regionen
- Steigerung der Attraktivität kurativer ärztlicher Tätigkeit
- Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung
- Stärkung der Patientensouveränität und Eigenverantwortung der Versicherten
- Demographiefeste Sanierung der GKV-Finanzierung

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

Stimmen Ja: 0

Stimmen Nein: 0

Enthaltungen: 0



Zu den Aufgabenstellungen im Einzelnen:

Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung in ländlichen Regionen

Der Deutsche Ärztetag wiederholt seine Einschätzung von 2009, dass es konzertierter Aktionen der Selbstverwaltungspartner und Planungsbehörden auf Landesebene gemeinsam mit den Landesärztekammern und den Kommunen bedarf, um den Versorgungsengpässen in der Fläche wirksam entgegenzutreten. Dabei sind insbesondere Maßnahmen zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung zu treffen.

Die bereits jetzt schon bestehende Unterversorgung in ländlichen Regionen und städtischen sozialen Brennpunkten betrifft insbesondere ältere, chronisch und mehrfach erkrankte Patienten und wird sich in den kommenden Jahren dramatisch verschärfen, wenn nicht eine bessere Vernetzung zwischen niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern sowie ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen gefördert wird. Darüber hinaus ist es in ländlichen Regionen erforderlich, den Aktionsradius der niedergelassenen Ärzte zu vergrößern. Hierzu bietet sich die Förderung von ärztlichen Kooperationsgemeinschaften, Zweigpraxen u. a. an, wie sie durch die Flexibilisierung der ärztlichen Kooperationsformen grundsätzlich ermöglicht wurde, sowie eine Arztentlastung bzw. Verstärkung des ärztlichen Teams um qualifizierte Praxisassistenten, die nach dem Vorbild der entsprechend fortgebildeten Medizinischen Fachangestellten delegationsfähige Leistungen in der häuslichen Umgebung des Patienten auch ohne Anwesenheit des Arztes erbringen können.

Der Deutsche Ärztetag begrüßt die in einigen Bundesländern nunmehr initiierten Kooperationen und Förderprogramme, die jedoch um allgemeine Maßnahmen ergänzt werden müssen.

Eine etwaige Übernahme des Sicherstellungsauftrags für die ambulante Versorgung durch die Landesministerien, wie im Rahmen der Gesundheitsministerkonferenz andiskutiert, wird vom Deutschen Ärztetag abgelehnt. Der Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung soll grundsätzlich bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und den für die stationäre Versorgung zuständigen Ländern verbleiben.

Bei der überfälligen Weiterentwicklung sowohl der Krankenhaus- als auch der Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung muss zukünftig jedoch eine transsektorale, populationsbezogene Betrachtungsweise eingenommen werden. Der Deutsche Ärztetag unterstützt den Vorschlag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, zwecks besserer Koordination der Versorgungsplanung Regionalverbände, bestehend aus Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Landesministerien, der Landeskrankenhausesgesellschaft und der Landesärztekammern, unter Beteiligung der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Patientenvertreter zu gründen. Im Rahmen der Regionalverbände übernehmen die Landesärztekammern aufgrund ihrer sektorenübergreifenden Zuständigkeit für die Qualitätssicherung und die ärztliche Weiterbildung eine unverzichtbare Scharnierfunktion. Die Regionalverbände brauchen



nicht flächendeckend implementiert zu werden, sondern sollten sich auf Regionen mit Handlungsbedarf begrenzen.

Eine populationsbezogene Koordination der Versorgungsplanung setzt eine sektorenübergreifende, morbiditätsorientierte Bedarfsanalyse voraus. Im Hinblick auf die Entwicklung des hierzu erforderlichen Instrumentariums sind Kassenärztliche Bundesvereinigung und Bundesärztekammer bereits in Vorleistung gegangen. Der Deutsche Ärztetag begrüßt, dass die Bundesärztekammer darüber hinausgehend die Initiative zur Entwicklung eines sektorenübergreifenden Qualitätsreportings ergriffen hat, da die in eine ähnliche Richtung zielenden Überlegungen des für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung zuständigen Instituts nach § 137a SGB V wahrscheinlich noch längere Zeit bis zur Umsetzung benötigen werden.

Um die allgemein wünschenswerte Entwicklung einer evidenzbasierten Versorgungssteuerung speziell im Interesse der Aufrechterhaltung der wohnortnahen Versorgung in ländlichen Regionen zu beschleunigen, muss die Nutzung von sogenannten Routinedaten (in der Regel Abrechnungsdaten) unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen auch für die fachlich unabhängige Qualitätssicherung durch die Ärztekammern und für die Versorgungsforschung ermöglicht werden.

Steigerung der Attraktivität kurativer ärztlicher Tätigkeit

Der Ärztemangel ist nicht nur in ländlichen Regionen, sondern allgemein zu beobachten. Zurzeit kann bereits jedes vierte Krankenhaus seine Arztstellen nicht vollständig besetzen. Trotz absolut steigender Arztzahlen nimmt die Attraktivität der kurativen ärztlichen Tätigkeit in Deutschland seit Jahren kontinuierlich ab.

Die Steigerung der Attraktivität kurativer ärztlicher Tätigkeit muss bereits im Medizinstudium einsetzen. Ein frühzeitigeres Heranführen der Medizinstudierenden an den Versorgungsalltag ist eine erfolgversprechendere Maßnahme gegen den Ärztemangel in Klinik und Praxis als die etwaige Abschaffung des Numerus Clausus oder die Einführung einer „Landarztquote“.

Die medizinischen Fakultäten sind dazu aufgefordert, im Rahmen der ihnen bei der Umsetzung der Approbationsordnung zur Verfügung stehenden Gestaltungsspielräume die Medizinstudierenden intensiver auf die Berufsrealität, insbesondere der hausärztlichen Tätigkeit, in der Patientenversorgung vorzubereiten, u. a. durch frühzeitige Patientenkontakte, Schulung von Kommunikations- und Teamfähigkeit sowie Förderung einer ganzheitlichen Betrachtungsweise des Patienten und von interdisziplinärem Denken. Interdisziplinarität ist in Anbetracht der Zunahme von multimorbiden Patienten und von Patienten mit komplexen Krankheitsbildern, wie z. B. chronischen Schmerzpatienten, sowie angesichts des speziellen Bedarfs z. B. an Palliativmedizin oder gerontopsychiatrischer Versorgung im ärztlichen Berufsalltag unverzichtbar geworden. Dabei sind Patienten mit geistiger und/oder mehrfacher Behinderung besonders zu



berücksichtigen. Der wissenschaftliche Anspruch an das Medizinstudium sowie die gestiegenen Anforderungen an ein komplexes Krankheitsverständnis und multimodale Therapiekonzepte sind mit einer etwaigen Umwandlung des sechsjährigen Medizinstudiums in Bachelor-Master-Studiengänge nicht vereinbar.

Durch die systematische Evaluation der Weiterbildung und die Koordination von Verbundweiterbildung tragen die Ärztekammern maßgeblich zur Qualität der Weiterbildung und Anbindung der nachwachsenden Haus- und Fachärztegeneration an das deutsche Gesundheitswesen bei. Die Landeärztekammern sind deshalb zwingend an Koordinierungsstellen, z. B. für die Förderung der Weiterbildung in Allgemeinmedizin, zu beteiligen.

Die Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist überfällig und muss zwingend im Anschluss an die Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) in Angriff genommen werden. Als amtliche Gebührentaxe gibt die GOÄ die maßgeblichen Orientierungswerte für eine angemessene Honorierung ärztlicher Leistungen auch außerhalb des PKV-Systems vor. Die Bundesärztekammer hat hierzu einen Vorschlag für eine umfassende Neubeschreibung des ärztlichen Leistungsspektrums sowie für eine empirisch abgestützte Bewertungsfindung entwickelt. Darüber hinausgehend hat die Bundesärztekammer einen Gesetzgebungsvorschlag zur Modifikation der derzeitigen MVZ-Regelung eingebracht, der auf eine Gewährleistung der ärztlichen Unabhängigkeit und Stärkung freiberuflicher Strukturen in der medizinischen Versorgung abzielt.

Das vertragsärztliche Vergütungssystem ist so weiter zu entwickeln, dass den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten endlich ein Ausstieg aus dem Hamsterrad der Fließbandmedizin möglich wird. Das Delta zwischen wirtschaftlich erforderlichem Kalkulationspunktwert undzeitigem Orientierungspunktwert muss geschlossen werden. Wesentliches Element einer Honorarordnung muss eine leistungsgerechte Honorierung sein.

Sämtliche Studien zur Ursachenanalyse des Ärztemangels im deutschen Gesundheitswesen zeigen außerdem, dass die Attraktivität der ärztlichen Tätigkeit in Klinik und Praxis nicht nur vom Einkommen abhängt, sondern in noch viel größerem Maße vom Sinngehalt der Arbeit, den inhaltlichen Gestaltungsmöglichkeiten sowie von Möglichkeiten der Arbeitszeitgestaltung, Kollegialität und Führungskultur bestimmt wird. Der Deutsche Ärztetag unterstützt die Forderungen der in Krankenhäusern (und ähnlichen Einrichtungen) tätigen Ärztinnen und Ärzte auf Verbesserung der Vergütungssysteme und Arbeitsbedingungen. Er fordert die Krankenhausträger und ihre Vertreter auf, dies konstruktiv umzusetzen. Dies gilt auch für andere patientennahe Berufsgruppen im Krankenhaus. Dies stellt eine Investition in die Wettbewerbsfähigkeit der Krankenhäuser dar. Die weiterhin eklatanten Finanzierungslücken im stationären Sektor gefährden die Patientenversorgung. Der Deutsche Ärztetag fordert daher, die Krankenhausfinanzierung umgehend auf eine solide und zukunftsfähige Grundlage zu stellen. Ziel hierbei muss eine flächendeckende und qualitativ hochwertige Patientenversorgung sein. Bei der Kalkulation der Basisfallwerte ist die Refinanzierung der tatsächlichen Krankenhausleistungen



unabdingbar. Gleichzeitig muss die Investitionskraft der Krankenhäuser wesentlich gestärkt werden.

Mit der Novellierung der ärztlichen Berufsordnung im Jahr 2004 sowie mit der anschließenden Änderung des Vertragsarztrechts wurden Möglichkeiten zur Flexibilisierung ärztlicher Kooperationsformen geschaffen, die den gestiegenen Bedürfnissen der neuen Ärztegeneration nach einem ausgewogeneren Verhältnis zwischen Arbeit, Familie und Freizeit entgegenkommen.

Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung

Die vom Bundesministerium für Gesundheit angekündigte Neuregulierung des Arzneimittelmarktes stellt einen Schritt in die richtige Richtung dar. Auch in Zukunft sollen alle am medizinischen Fortschritt teilhaben können. Um dies bezahlbar zu machen, soll nach den Überlegungen des Bundesministeriums am Konzept der Nutzenbewertung von Innovationen grundsätzlich festgehalten werden. Zur Markteinführung sollen die pharmazeutischen Unternehmen ergänzend zu den zur Zulassung eingereichten Unterlagen ein Dossier zu Nutzen und Kosten einreichen, das zukünftig die Grundlage für eine anschließende Frühbewertung, beauftragt durch den Gemeinsamen Bundesausschuss, bilden soll. Dieses Dossier muss alle durchgeführten Studien enthalten. Die pharmazeutischen Unternehmen müssen diese Vollständigkeit bestätigen. Für Arzneimittel mit Zusatznutzen sollen Rabattverhandlungen zwischen dem pharmazeutischen Unternehmen und dem GKV-Spitzenverband vorgeschrieben werden. Kosten-Nutzen-Bewertungen sollen fakultativ durchgeführt werden können, wenn sich bei den Rabattverhandlungen keine Einigung erzielen lässt.

Vor diesem Hintergrund wiederholt der Deutsche Ärztetag seine Grundsatzkritik am Konzept des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zur Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln, die von zahlreichen nationalen und internationalen Fachexperten geteilt wird. Statt aus einer umfassenden Bewertungsperspektive werden die Kosten lediglich aus Sicht der Krankenkassen bewertet. Die von einer Kosten-Nutzen-Bewertung Betroffenen werden nicht angemessen beteiligt. Die methodischen Schwächen des Effizienzgrenzenmodells programmieren fast beliebige Bewertungsergebnisse vor. Es muss sichergestellt werden, dass Frühbewertungen von Arzneimittelinnovationen durch eine fachlich unabhängige Institution erfolgen, die die von der pharmazeutischen Industrie einzureichenden Dossiers mit der gebotenen fachlichen Kompetenz und kritischen Sorgfalt prüft.

An den geplanten obligatorischen Rabattverhandlungen zwischen pharmazeutischen Unternehmen und dem GKV-Spitzenverband ist problematisch, dass diese zu einer noch stärkeren Quersubventionierung der Arzneimittelversorgung im GKV-System durch die private Krankenversicherung mit der Negativfolge steigender Beitragssätze für die Privatversicherten führen dürfte. Der Deutsche Ärztetag regt an, im Hinblick auf die Finanzierung von Arzneimittelinnovationen auch Alternativen zu entwickeln, die nicht nur von den gesetzlichen, sondern auch von den privaten Krankenversicherungen mit den



pharmazeutischen Unternehmen vertraglich vereinbart werden können.

Die Ärzteschaft trägt Mitverantwortung, aber nicht die alleinige Verantwortung für eine wirtschaftliche Arzneimittelversorgung. Die Verwerfungen des Arzneimittelversorgungswirtschaftlichkeitsgesetzes, insbesondere die stark belastende ständige Regressbedrohung, müssen überwunden werden. Der Deutsche Ärztetag unterstützt die Vorschläge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für eine Neugliederung der Arzneimittelversorgung in ein ärztliches Versorgungsmanagement, das durch eine leitliniengerechte Wirkstoffverordnung und Medikationsplanung gekennzeichnet ist, und ein Kostenmanagement, das der pharmazeutischen Industrie und den Apothekern zuzuordnen ist. Auf diese Weise tragen Vertragsärzte, Apotheker und pharmazeutische Industrie gemeinsam zu einer rationalen und wirtschaftlichen Arzneimittelversorgung bei.

Stärkung der Patientensouveränität und Eigenverantwortung der Versicherten

Das Bekenntnis der Regierungskoalition zur Erhaltung der freien Arzt- und Krankenhauswahl als Basis des notwendigen Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient und zur Gewährleistung der ärztlichen Therapiefreiheit im Interesse einer individuellen Patientenversorgung sind die richtigen Signale zur richtigen Zeit. Zu den Patientenrechten muss auch der für das deutsche Gesundheitswesen etablierte Anspruch der Patientinnen und Patienten auf Facharztstandard in der medizinischen Versorgung gezählt werden.

Um eine von Marktinteressen unabhängige Patientenberatung zu fördern, hat das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) Instrumente zur Qualitätssicherung von Patienteninformationen, Arztbewertungsportalen und ähnlichem entwickelt, die auch bei der Errichtung einer unabhängigen Patientenberatung durch den Patientenschutzbeauftragten oder z. B. bei dem Angebot von Arztbewertungsportalen durch Krankenkassen Berücksichtigung finden sollten.

Unter den Rahmenbedingungen der Mittelknappheit wird es darüber hinaus erforderlich sein, die Eigenverantwortung der Versicherten für ein gesundheitsbewusstes Verhalten zu fördern und Anreize für eine gezieltere Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen zu schaffen, als dies bisher durch die Praxisgebühr gelungen ist. Der Deutsche Ärztetag spricht sich für eine stärkere Erprobung von sozialverträglichen Selbstbehalttarifen sowie Wahlтарifen für zusätzliche Versorgungsangebote für GKV-Versicherte auf Basis einer Kostenerstattung aus. Kostenerstattung ermöglicht mehr Transparenz über das Leistungsgeschehen als Voraussetzung für eine von den Versicherten selbst gewählte Individualisierung der Versorgung und fördert das Kostenbewusstsein.

Demographiefeste Sanierung der GKV-Finanzierung

Das Gesundheitswesen ist einer der letzten verbliebenen großen Wachstums- und vor allen Dingen Arbeitsmärkte. Die Hoffnungen der Gesundheitswirtschaft stehen dabei



allerdings in merkwürdigem Kontrast zu der Mangelverwaltung im GKV-System und werden von Investoren insbesondere auf die Wachstumspotentiale des sogenannten zweiten Gesundheitsmarktes projiziert. Demgegenüber sehen die Ärztinnen und Ärzte ihre originäre, berufsentscheidende Aufgabe in der medizinisch notwendigen Versorgung der Patienten und nicht im Angebot von Wellness- oder Beauty-Leistungen o. Ä.

Der Deutsche Ärztetag stellt mit Nachdruck klar, dass ein stabiler erster Gesundheitsmarkt, der die medizinisch notwendige Versorgung der GKV- und PKV-Versicherten abdeckt, die wichtigste Voraussetzung für ein sozial ausgewogenes Gesundheitswesen und der entscheidende Motor für die Innovations- und Wirtschaftskraft des Gesundheitssektors ist.

Damit der erste Gesundheitsmarkt seine Wirtschaftskraft und sein Potential für den Arbeitsmarkt entfalten kann, ist er auf eine solide Finanzierung angewiesen. Mit Strukturreformen allein kann der Finanzbedarf nur in sehr begrenztem Umfang geregelt werden. Der Deutsche Ärztetag begrüßt, dass die Bundesregierung eine Regierungskommission zur Entwicklung eines demographiefesten, sozialverträglichen Finanzierungsmodells gegründet hat. Der Deutsche Ärztetag verweist auf seine Eckpunkte zur strukturellen Weiterentwicklung der GKV-Finanzierung im Ulmer Papier von 2008 – auch unter dem Aspekt einer weiteren Diskussion über die Priorisierung. Hierzu zählen u. a. eine schrittweise Abkehr vom reinen Umlageverfahren und eine stufenweise Einführung von Kapitaldeckung und Bildung von Altersrückstellungen.