

Beschlüsse und EntschlieÙungen

des AuÙerordentlichen Deutschen Ärztetages

am 18. Februar in Berlin

Forderungen und Vorschläge der Ärzteschaft für die Gesundheitsreform 2003

I - 01	Resolution des Außerordentlichen Deutschen Ärztetages 2003: Für eine neue soziale Krankenversicherung – Individuelle Gesundheits- versorgung für alle	A	4
I - 02	Professionelle Positiv-Image Kampagne für die Ärzteschaft	A	8
I - 03	Krankenhäuser in einem zukunftsorientierten und humanen Gesundheitssystem .	A	9
I - 04	Verfassungsbeschwerde	A	11
I - 05	Für den Erhalt des solidarisch finanzierten Gesundheitswesens - Den Kostendruck durch Qualität mindern	A	11
I - 06	Dem Frieden verpflichtet	A	15
I - 07	Ablehnung eines "Vorbeugungskrieges" gegen den Irak	A	15

Inhalt (<i>thematisch</i>)	Seite
Forderungen und Vorschläge der Ärzteschaft für die Gesundheitsreform 2003	
Resolution des Außerordentlichen Deutschen Ärztetages 2003:	
Für eine neue soziale Krankenversicherung – Individuelle Gesundheitsversorgung für alle.....	A 4
Professionelle Positiv-Image Kampagne für die Ärzteschaft	A 8
Krankenhäuser in einem zukunftsorientierten und humanen Gesundheitssystem	A 9
Verfassungsbeschwerde.....	A 11
Für den Erhalt des solidarisch finanzierten Gesundheitswesens –	
Den Kostendruck durch Qualität mindern	A 11
Dem Frieden verpflichtet	A 15
Ablehnung eines “Vorbeugungskrieges“ gegen den Irak.....	A 15

Forderungen und Vorschläge der Ärzteschaft für die Gesundheitsreform 2003

ENTSCHLIESSUNGSANTRAG

I – 01

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache I-01) fasst der Außerordentliche Deutsche Ärztetag bei nur wenigen Gegenstimmen und Enthaltungen folgende EntschlieÙung:

Patient und Arzt brauchen Vertrauen und stabile Rahmenbedingungen für eine gute Medizin. Der Patient hat Anspruch auf eine individuelle Behandlung entsprechend dem medizinischen Fortschritt. Für eine solche Krankenversorgung zahlen die Versicherten bisher ihre Beiträge. Allerdings braucht der Arzt auch die notwendige Zeit, um auf den einzelnen Patienten eingehen zu können. Schematisierung und Standardisierung der Medizin führen mehr und mehr in die Entfremdung der Patienten-Arzt-Beziehung. Staatlich vorgegebener Dokumentationswahn bindet Zeit, die für die Patientenbehandlung verloren geht.

Entmündigung des Patienten und Bevormundung des Arztes, das sind die offensichtlichen Konsequenzen der Gesundheitspolitik dieser Regierung. Die bisherigen Leistungen werden schlecht geredet, um eine staatlich verordnete Wartelisten-Medizin aufzubauen. Denn was jetzt als Effizienzsteigerung versprochen wird, ist in Wahrheit der direkte Weg in die Zuteilungsmedizin. Der Patient hat dann keine Aussicht mehr auf eine individuelle Behandlung. Die Ärzte werden nicht mehr das tun können, was nach dem medizinischen Fortschritt geboten ist. Der kranke Mensch wird so zur Norm- und Kostengröße, der Arzt zum Erfüllungsgehilfen der Krankenkassen.

Gesundheitspolitik heute plant unverkennbar den Wechsel von der Patientenversorgung in die Krankheitsverwaltung.

Notwendig sind vernünftige Arbeitsbedingungen in Klinik und Praxis, unter denen gute Medizin wieder möglich wird. Erforderlich sind außerdem Konzepte gegen den zunehmenden Ärztemangel.

Notwendigkeiten für eine gute Medizin

Die Entwicklung hin zu einer Gesellschaft des langen Lebens, die enormen Möglichkeiten des medizinischen Fortschritts und die gestiegene Bedeutung der Gesundheit im Leben des einzelnen Menschen bedeuten eine gewaltige Herausforderung für die Finanzierung unseres Gesundheitswesens. Eine Neugestaltung der sozialen Krankenversicherung ist unausweichlich, soll auch in Zukunft noch eine Gesundheitsversorgung für alle möglich sein. Die jetzt geplante Weichenstellung ist deshalb der wichtigste Einschnitt im Gesundheitswesen seit der Deutschen Einheit.

Eine Neugestaltung der sozialen Krankenversicherung muss gewährleisten,

- dass Patientinnen und Patienten die Gesundheitsversorgung bekommen, die sie individuell benötigen,
- dass Patientinnen und Patienten selbst entscheiden können, wem sie vertrauen und welche Behandlung sie akzeptieren, Patienten wollen in eigener Souveränität und mit dem Arzt als Partner die Behandlung selbst steuern,
- dass die Mittel für die Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung gerecht zur Verfügung gestellt werden.

Die Ärzteschaft fordert deshalb die Politik auf, dem Arztberuf die Freiheit zu sichern, damit

- sich die Behandlung des Patienten nach medizinischen Notwendigkeiten richten kann und nicht nach ökonomischen Vorgaben;
- die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und anderen Gesundheitsberufen gefördert wird und nicht der Konflikt um finanzielle Ressourcen;
- der Arzt nach höchstmöglicher Qualität der Patientenversorgung streben kann, statt an das Mittelmaß einer staatlich verordneten Programm-Medizin gebunden zu sein.

Eckpunkte des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung - oder: Rezepte von gestern für die Probleme von morgen

Der Ausblick der Bundesregierung ist ein Blick in den Rückspiegel. Mit Rezepten von gestern sollen die vor uns liegenden Probleme der modernen Medizin und der Gesundheitsversorgung von morgen gelöst werden. Eine rigide Kontrolle der Leistungserbringer, staatlicher Dirigismus und Zuteilung von medizinischen Leistungen lassen nicht erkennen, dass die Regierung die Probleme des Gesundheitswesens bisher wirklich verstanden hat.

Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin. Wenn die Regierung mit dem deutschen Zentrum für Qualität in der Medizin eine Art "Stiftung Warentest im Gesundheitswesen" eröffnen will, dann zeigt das einmal mehr, dass diese Regierung das Gesundheitswesen zu einem Marktsegment degradieren will, indem es lediglich um Waren und Dienstleistungen geht, nicht aber um Menschen und deren Bedürfnisse. Die Qualität in der Medizin reduziert sich für die Regierung auf Kontrolle und staatlichen Dirigismus, der die Bedürfnisse des kranken Menschen in den Hintergrund drängt. Die Schematisierung von Diagnose und Therapie durch ein nicht-ärztliches, durch die Regierung installiertes Gremium, ist keine Garantie für Qualität, sondern eine Rechtfertigung der Rationierung und der Zuteilungsmedizin.

Behandlungs-TÜV. Der Medizin liegt kein mechanistisches Weltbild zu Grunde und sie ist auch nicht nur Naturwissenschaft. Medizin ist vor allem auch Erfahrungswissenschaft; der ärztliche Beruf den Grundsätzen einer humanen Patientenversorgung verpflichtet. Deshalb auch bedarf ärztliche Fortbildung der Vielfalt, deshalb auch ist Fortbildung Berufspflicht. Sinnvoll ist die Weiterentwicklung des von den Ärztekammern geschaffenen praxisbezogenen Fortbildungszertifikats und der Maßnahmen des Continuous Professional Development (CPD), d.h. der kontinuierlichen Kompetenzentwicklung unter Einschluss der entsprechenden Dokumentation. Zwangsmaßnahmen und staatliche Kontrollen hingegen mit denen überwacht werden soll, ob Seminare und Kurse besucht worden sind, suggerieren nur eine trügerische Sicherheit für den Patienten. In der internationalen Literatur gibt es nicht den geringsten Beleg dafür, dass eine Rezertifizierung - und um die handelt es sich hier - eine positive Wirkung auf die Behandlung der Patienten hat.

Anstatt die Bemühungen um Qualität zu fördern, wird hier im Gegenteil ein System von Repressionen aufgebaut werden.

Zerschlagung der fachärztlichen Struktur. Die Reformvorschläge der Regierung zielen darauf ab, die fachärztliche Versorgung radikal auszudünnen. Nach den Plänen der Regierung sollen sich die Patienten in Zukunft im Krankenhaus anstellen, um eine fachärztliche Behandlung zu erlangen. Wenn allerdings die Zahl der niedergelassenen Ärzte reduziert wird, ist eine wohnortnahe, fachärztliche Behandlung auf hohem Niveau nicht mehr möglich. Wie in den staatlichen Gesundheitswesen werden die Patienten dann längere Wege und lange Wartezeiten für die fachärztliche Behandlung in Kauf nehmen müssen. Kurzfristig mag damit Geld gespart werden können, langfristig aber wird der Schaden für die

Gesundheit der Menschen dramatisch sein und bezahlen werden in erster Linie kranke Menschen. Auch dieser Vorschlag ist ein weiterer Schritt in die Rationierung und die Zuteilungsmedizin.

Reformvorschläge der Ärzteschaft

Der Patient hat Anspruch auf eine Krankenversicherung, die diesen Namen auch verdient. Aber allein in den letzten acht Jahren sind der Patientenversorgung 30 Milliarden Euro zur Quersubventionierung anderer Sozialversicherungszweige entzogen worden. Es gäbe kein milliardenschweres Defizit, wenn die Versichertengelder nur für die Patientenversorgung verwendet würden.

Neben einer sauberen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung ist auch eine Weiterentwicklung der Strukturen notwendig. Die Ärzteschaft ist zu konstruktiver Mitarbeit bereit:

Hausärztliche Versorgung ausbauen. Die Gesellschaft eines langen Lebens - im Jahre 2030 ist mehr als ein Drittel der Bevölkerung älter als 60 Jahre - , die Entwicklung hin zu einer Single-Gesellschaft, vor allem aber die zunehmende Differenzierung in der Medizin sprechen für eine kontinuierliche Betreuung des Patienten durch eine qualifizierte hausärztliche Versorgung. Die modellhafte Erprobung freiwilliger Hausarzttarife erscheint gerade vor diesem Hintergrund sinnvoll.

Fachärztliche Versorgung stärken. Die ambulante fachärztliche Versorgung ist eine der bedeutendsten Strukturelemente der GKV. Sie garantiert eine wohnortnahe, den Patientenerfordernissen entsprechende Versorgung. Tendenzen, die eine generelle Ausdünnung der fachärztlichen ambulanten Versorgung favorisieren, ist entgegen zu treten.

Durchgängige medizinische Betreuung. Die bisherigen Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Behandlung und die getrennten Budgets müssen zu Gunsten einer durchgängigen Betreuung des Patienten überwunden werden. Die Leistung sollte dort erbracht werden, wo sie patientengerecht und effizient durchgeführt werden kann. Krankenhausärzte sollten, über das heutige Maß hinaus, personenbezogen in hochspezialisierte ambulante Versorgung einbezogen werden; Vertragsärzte sollen verstärkt auch am Krankenhaus tätig werden können.

Wirtschaftliche Stabilität der Krankenkassen gewährleisten. Durch Verschiebeparkplätze und versicherungsfremde Leistungen werden der GKV seit Jahren Milliardensummen (6 Milliarden Euro pro Jahr) entzogen. Zudem ist die Finanzierungsbasis darüber hinaus durch ihre alleinige Ankoppelung an die Löhne und Gehälter konjunkturellen Schwankungen und Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt schutzlos ausgesetzt. Diese Konstruktion der Einnahmeseite ist insbesondere im Hinblick auf die demographischen Veränderungen weder verteilungsgerecht noch zukunftsfest.

Mehr Transparenz schaffen. Jeder Patient sollte das Recht haben, sich über Art, Menge, Umfang und auch Kosten der für ihn erbrachten Leistungen informieren zu können. Transparenz bedeutet aber auch, dass Patienten in der Krankenversicherung die Möglichkeit erhalten, an den Entscheidungsprozessen mitzuwirken.

Prävention stärkt Lebensqualität. Steigende Lebenserwartungen bei schwindenden Finanzressourcen machen Prävention und Eigenvorsorge zunehmend wichtiger. Dabei sollten die Menschen verstehen lernen, dass sich gesundheitsbewusstes Verhalten für sie persönlich lohnt, wie auch für die Versichertengemeinschaft insgesamt. Die Ärzteschaft unterstützt deshalb nachhaltig nationale Präventionskampagnen wie auch das vom Bundesgesundheitsministerium geplante und ausreichend zu finanzierende "Forum für Prävention und Gesundheitsförderung".

Ja zu einer Positivliste. Angesichts der Vielzahl der Arzneimittel und die Vielfalt der Informationen zur Arzneimittel-Therapie kann eine Positivliste ein wirkungsvolles Instrument zur rationellen Arzneitherapie sein. Voraussetzung allerdings ist, dass eine solche Liste verordnungsfähiger Arzneimittel am jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft ausgerichtet ist und keine medizinisch fragwürdigen Arzneien enthält. Das Buch "Arzneiverordnungen" der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft ist bereits eine tragfähige Grundlage für die Erstellung einer Positivliste.

Nationales Leitlinien-Programm. Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität ärztlicher Arbeit gehören zum Selbstverständnis des Arztberufes und zu den originären Aufgaben ärztlicher Selbstverwaltung. Die Ärzteschaft selbst hat deshalb medizinisch-wissenschaftliche Leitlinien als Entscheidungshilfe für eine wirksame Behandlung entwickelt. Die individuelle Entscheidung im konkreten Behandlungsfall aber ist und bleibt ärztliche Kunst. Eine staatlich eingesetzte Zentralbehörde für Qualität aber, wie derzeit geplant, kann hingegen nur zu Normenmedizin und Schematisierung der Patientenbehandlung führen. Sinnvoll sind also nationale Leitlinien, die als Entscheidungshilfen dienen, den Kriterien der evidenzbasierten Medizin entsprechen und zugleich ständig den rasant wachsenden Möglichkeiten des medizinischen Fortschritts angepasst werden. Das Nationale Leitlinien-Programm unter der Schirmherrschaft der Bundesärztekammer und mit Beteiligung von Patientenvertretern ist die konsequente Weiterentwicklung einer solchen Leitlinienarbeit.

Patientenrechte verteidigen. Das wichtigste Patientenrecht ist der einklagbare Anspruch auf eine qualitativ hochstehende, dem wissenschaftlichen Stand der Erkenntnisse entsprechende medizinische Versorgung. Der Patient hat Anspruch auf eine individuelle, nach seinen Bedürfnissen ausgerichtete Behandlung und Betreuung. Das setzt die Therapiefreiheit des Arztes ebenso voraus, wie die Bereitstellung der notwendigen Mittel. Der Patient hat auch Anspruch auf die freie Arztwahl. Patientenrechte und Patientenautonomie bleiben hohle Phrasen, wenn dieses Recht auf freie Wahl und damit auf die individuelle Vertrauensbeziehung zum Patienten aufgehoben wird.

Menschliche Arbeitsbedingungen schaffen. Überbürokratisierung abbauen.

Arbeitsüberlastung von Ärzten und Pflegekräften mit Millionen unbezahlter Überstunden gefährden die Sicherheit der Patientenversorgung. Eine unsinnige Bürokratisierung wirkt demotivierend und entzieht der Patientenversorgung zusätzlich notwendige Zeit.

Versorgungsforschung fördern. Das deutsche Gesundheitswesen wird zur Zeit mit den Negativattributen Über-, Unter- und Fehlversorgung schlecht geredet. Die Begründungen dafür bleiben vage und halten einer wissenschaftlichen Prüfung nicht stand. Zwingend geboten ist eine solide Beschreibung der Versorgungssituation im deutschen Gesundheitswesen, die auch den internationalen Vergleich mit einschließt. Die Ärzteschaft ist bereit, sich am Aufbau einer Versorgungsforschung in Deutschland zu beteiligen.

Die Ärzteschaft steht für eine soziale Krankenversicherung. Doch dazu ist eine Neudefinition von Subsidiarität und Solidarität und Eigenverantwortung notwendig. Die vor uns liegenden Probleme lassen sich durch Engagement der Gesundheitsberufe allein nicht mehr kompensieren.

Eine neue soziale Krankenversicherung, die auch in Zukunft gute Medizin für alle versprechen kann, wird nur dann entstehen, wenn wir ehrlich miteinander umgehen und uns tatsächlich um Generationengerechtigkeit bemühen!

Der Antrag von Frau Dr. Gisela Trübsbach (Drucksache I – 02) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Außerordentliche Deutsche Ärztetag beschließt, eine bundesweite professionelle Positiv-Image-Kampagne für die Ärzteschaft durchzuführen.

Begründung:

Die Reaktion der Ärzte auf die Nullrunde der rot-grünen-Koalition ist gespalten, wie man aus den Meinungsäußerungen z. B. in der Ärzte-Zeitung entnehmen kann. Wir sind frustriert. Wir sind der immer wiederkehrenden Diffamierung müde.

Wir benötigen für unser Selbstverständnis und unsere Außenwirkung eine positive Darstellung unserer beachtlichen Leistungen. Positive ärztliche Leistungen werden trotz Mangelwirtschaft und versagender Politik erbracht.

Die Positivkampagne wird uns einigen. Sie wird unser Mitspracherecht bei den erforderlichen Reformen sichern.

Wir benötigen kein Qualitätsinstitut oder Ärzte-TÜV. Wir sorgen uns um unsere Patienten und sichern seit Jahren unsere Fortbildung selbst.

Wir sorgen uns um die Versorgung chronisch Kranker und treffen gute Vereinbarungen, so wie die Diabetikervereinbarung in Sachsen, die jetzt durch eine schlechtere DMP gekippt wurde. Bei uns Ärzten funktioniert die Integration zwischen stationärer und ambulanter Versorgung. Wir haben aber oft keine günstigen Rahmenbedingungen.

Die Bundesministerin Ulla Schmidt will die Bevölkerung glauben machen, dass wir mit unseren sachgerechten wirtschaftlichen Ansprüchen die Solidargemeinschaft gefährden würden. Im Gegenteil wir wollen im Interesse der Kranken, der schlechter Gestellten und der sozial Schwachen eine Neubestimmung der Solidargemeinschaft erreichen. Wir sind nicht mehr eine Arbeitergesellschaft, sondern eine individualisierte Gesellschaft und Dienstleistungsgesellschaft. Dem muss man Rechnung tragen.

Die Kampagne soll kurz und in steter Wiederholung bundesweit die Vorteile unserer ärztlichen Leistungen und unserer Qualität auch im Vergleich zur ehemaligen DDR und Großbritannien hervorheben.

4 Thesen zur Kampagne

1. Gegen eine Reform und eine Veränderung in der Gesundheitspolitik, die auf der Diffamierung der Ärzteschaft aufbaut.

Aktion für die Leistungsbereitschaft der Ärzte, die effektiv an Reformen zugunsten der Patienten mitwirken.

2. Gegen Platitüden der Eckpunkte des Bundesgesundheitsministeriums zu einer Reform in der Gesundheitspolitik, die auf einem angeblichen Mangel an Fortbildung oder Qualitätssicherung basiert.

Aktion für den bereits jetzigen hohen Standard an Qualitätssicherung und Fortbildung in der Ärzteschaft (siehe Flyer als Beispiel).

3. Gegen eine Reform in der Gesundheitspolitik, in der Nichtfachleute als Bundesminister die Ärzteschaft damit diffamieren, die integrierte Versorgung müsse erst erfunden werden.

Aktion für den bereits hohen Standard an fachlicher Integration in der ambulanten und klinischen Patientenversorgung.

4. Gegen ein Sozialsystem, in dem die Versicherten versicherungsfremde Leistungen alleine tragen müssen, ohne dass sich die Gemeinschaft aller Bürger mit allen Erwerbseinkommen beteiligt.

Aktion für die Sicherung und Fortentwicklung des Sozialsystem auf der Basis der Grundsätze von Bismarck. Für die Neudefinition der Versichertengemeinschaft in der jetzigen modernen Dienstleistungsgesellschaft mit allen Beamten und allen Selbständigen.

- Anlage: Beispiel einer Praxisauslage in Herne/NRW:

Qualitätssicherung in der Medizin

Die Qualitätssicherung in der Medizin ist schon heute gesichert durch ein "verschultes" Studium mit ständigen Leistungskontrollen durch zentrale Prüfungen auf Staatsexamens-Niveau.

Weiter geht es durch Facharztprüfungen, Prüfungen für Spezialgebiete, ständige Prüfungen von Praxiseinrichtungen und Untersuchungsgeräten in gesetzlich vorgeschriebenen Zeitabständen.

Ein approbierter Arzt in eigener Praxis, egal ob Hausarzt oder Facharzt, hat keine Chance, durch die Maschen dieser Vorschriften zu schlüpfen.

Jeder Tag, der der aktiven Patientenversorgung gewidmet ist, trägt zur Erweiterung des medizinischen Erfahrungsschatzes bei. Jeder Fachartikel, jeder Arztbrief, jede kleine oder große Fortbildungsveranstaltung, jeder Kongress jedes kollegiale Gespräch trägt zur Erweiterung des medizinischen Erfahrungsschatzes bei.

Aus diesen Grund erfreut sich dieser Berufsstand einer hohen Wertschätzung international in der gesamten Bevölkerung.

Wir lassen uns diesen Status nicht durch unqualifizierte Politikeräußerungen und üble Nachrede zerstören.

ENTSCHLIESSUNGSANTRAG

I – 03

Der Antrag von Herrn Henke, Dr. Mitrenga, Dr. Wolter und Dr. Ungemach (Drucksache I-03) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern human und attraktiv gestalten

Der Außerordentliche Deutsche Ärztetag fordert die Einhaltung und zügige Umsetzung der gegebenen Zusagen zur Änderung des Arbeitszeitgesetzes und Abschaffung der Arzt im Praktikum (AiP)-Phase.

Der Deutsche Ärztetag erinnert nachdrücklich an die vor der Bundestagswahl von allen Parteien gegebene Zusage, unter Beachtung des entsprechenden Urteils des Europäischen Gerichtshofes nach der Wahl einen Gesetzentwurf zur Anerkennung der Bereitschaftsdienste als Arbeitszeit vorzulegen. Dazu müssen das Arbeitszeitgesetz geändert und die Einstellung von 15.000 zusätzlichen Ärztinnen und Ärzten in Krankenhäusern finanziert werden. Die bislang von der Bundesregierung im Rahmen des Fallpauschalengesetzes zugestandenen zusätzlichen Finanzmittel für die Jahre 2003 und 2004 reichen dazu bei weitem nicht aus.

Politik und Arbeitgeber müssen umgehend die Arbeitsbedingungen in deutschen Krankenhäusern verbessern. Dazu gehören:

- eine ausreichende Personalausstattung des ärztlichen und pflegerischen Dienstes,
- eine der Verantwortung und hohen Spezialisierung angemessene Vergütung der Arbeit im Krankenhaus,
- die Finanzierung der Kosten, die durch immer höher werdende Anforderungen an die ärztliche Fort- und Weiterbildung entstehen,
- die sofortige Abschaffung des AiP,
- der Abbau unnützer Hierarchien,
- die Einführung eines Kollegialsystems,
- die Gewährleistung einer besseren Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhausärzten.

Zunehmend haben Krankenhäuser in der gesamten Bundesrepublik Probleme bei der Besetzung ärztlicher Stellen. Was vordergründig wie ein Ärztemangel aussieht, ist in Wirklichkeit eine Ärzteflucht. Unattraktive Arbeitsbedingungen und fehlende Berufsperspektiven verjagen den Nachwuchs.

„Nullrunden“ sind Bankrotterklärungen

Der Deutsche Ärztetag fordert statt „Nullrunden“ die Abschaffung der patientenfeindlichen Budgets und eine Neubewertung ärztlicher Arbeitskraft.

Statt mit Nullrunden notwendige Reformen im Gesundheitswesen zu blockieren, ist eine zukunftsgerechte Neubewertung der ärztlichen Arbeitskraft notwendig. Grundsätzliche Forderung ist und bleibt die Abschaffung der leistungsfeindlichen Budgets. Diese sind mit dem Ziel einer zeitgemäßen ausreichenden stationären Versorgung, den zunehmenden Patientenzahlen und einer politisch gewollten Ausweitung der Krankenhausleistungen nicht vereinbar.

Die Politik muss bei einer angestrebten Stärkung ambulanter Versorgung in Krankenhäusern die technischen und personellen Voraussetzungen für diese zusätzlichen Leistungen schaffen. Es ist offensichtlich, dass dies ohne zusätzliche Ressourcen und Kosten nicht möglich ist.

Die Politik muss eine volle Finanzierung der erforderlichen Personalkosten im Krankenhaus durch die Krankenkassen gewährleisten. Die bisherige unzureichende Personalkostenerstattung hat den Mangel an qualifiziertem Personal einschliesslich Ärzteflucht, die Arbeitsverdichtung und eine erhebliche Leistungsverschlechterung zumindest mit verursacht.

Durchgreifende Reform des Gesundheitswesens

Der Deutsche Ärztetag fordert die Politik auf: Nicht Symptome, sondern Ursachen behandeln, nicht Patienten und Leistungserbringer gängeln, sondern Finanzierungs- und Leistungsseite reformieren!

Wieder einmal beschäftigt sich die Gesundheitspolitik nur mit Ausgabenkürzungen und Budgetrestriktionen. Eine grundlegende Reform des Systems, die die Einnahmen- und Ausgabenproblematik umfassend löst, ist aber längst überfällig:

- Der demographische Wandel mit gesteigener Lebenserwartung und gesunkenen Geburtenzahlen hat einen erheblich steigenden Anteil alter und hochbetagter Menschen an der Gesamtbevölkerung bewirkt.
- Der medizinisch-technische Fortschritt hat enorme neue diagnostische und therapeutische Möglichkeiten und Notwendigkeiten eröffnet.
- Die Bedeutung von Gesundheit für jeden Einzelnen in der Bevölkerung ist gestiegen.

Dabei gilt es zu entscheiden, ob das Gesundheitswesen auf der Grundlage der systembestimmenden Prinzipien Solidarität, Subsidiarität und Eigenverantwortung als beitragsfinanziertes umlageorientiertes System weiter entwickelt werden kann oder ob ein Systemwandel notwendig ist, um auch in Zukunft ein leistungsfähiges und flexibles Gesundheitssystem für die Bevölkerung bereit zu halten.

Diese Debatte muss gemeinsam mit den Patienten und den Vertretern der Ärzteschaft öffentlich geführt werden. Noch so kompetente Kommissionen können den öffentlichen demokratischen Diskurs nicht ersetzen.

Ein zukünftiges Krankenversicherungssystem muss sich an folgenden Kriterien orientieren:

- an den Bedürfnissen der Patienten
- am medizinischen Fortschritt
- an der demographischen Entwicklung
- an der Arbeitskosten- und Arbeitsmarktverträglichkeit

Der Deutsche Ärztetag fordert Politik und Gesetzgeber auf, die anstehende Diskussion zügig, gemeinsam und zukunftsorientiert mit der Ärzteschaft zu führen und deren Sachverstand zum Vorteil der Menschen zu nutzen.

ENTSCHLIESSUNGSANTRAG

I - 04

Der Antrag von Herrn Büchner (Drucksache I-04) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Außerordentliche Deutsche Ärztetag begrüßt und unterstützt die Verfassungsbeschwerde gegen die sogenannte Null-Runde im Beitragssatzsicherungsgesetz, die vom NAV-Virchow-Bund, Landesverband Schleswig-Holstein initiiert wurde und der sich in einer gemeinsamen Kammer- und Abgeordnetenversammlung am 12.02.2003 die ärztlichen Körperschaften und sämtlichen freien und Berufsverbände in Schleswig-Holstein angeschlossen haben. Das Fass läuft über, nach über 30 gesetzlichen Neuregelungen in den vergangenen 20 Jahren, nach Budgetierung, Rationierung, DRGs und DMPs. Wir machen unsere verfassungsmäßigen Rechte geltend, wie schon Rudolf Virchow (1849) sagte: „Will man etwas, so muss man radikal sein.“

ENTSCHLIESSUNGSANTRAG

I – 05

Der Antrag von Dr. Gerhard Schwarzkopf-Steinhauser (Drucksache I-05) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Angesichts der Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung und mangelhaften Ressourcenverwertung im deutschen Gesundheitswesen fordert der Außerordentliche Deutsche Ärztetag:

1. Das solidarisch finanzierte Krankenversicherungssystem muss erhalten bleiben und ausgebaut werden.
2. Eine Aufteilung des Leistungskataloges in Wahl- und Regelleistungen wird abgelehnt.
3. Die starre Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung sowie die sektorale Gliederung des Gesundheitswesens muss weiter aufgelöst werden. Der Sicherstellungsauftrag muss von allen Beteiligten im Gesundheitswesen, der Ärzteschaft und den Krankenkassen wahrgenommen werden. Eine Beteiligung der Patienten an dieser Aufgabe ist wünschenswert.
4. Versicherungspflichtgrenze und Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung müssen angehoben werden mit dem Ziel, langfristig die Versicherungspflichtgrenze vollständig aufzuheben.
5. Die Mittel im Gesundheitswesen müssen konzentrierter zur Behandlung der großen Volkskrankheiten eingesetzt werden.
6. Die Qualität medizinischer Leistungen muss objektivierbarer werden. Nachprüfbare Qualität soll die Richtschnur der Mittelvergabe werden.
7. Nur über verbesserte Fortbildung der Ärzteschaft kann der medizinische Fortschritt in eine sichere, rationale und auch kostengünstige Behandlung unserer Patienten umgesetzt werden. Der Fortbildungsstand muss kontinuierlich auch durch Rezertifizierung einmal erworbener Kenntnisse und Fähigkeiten nachgewiesen werden. Der Einfluss der pharmazeutischen Industrie auf die Fortbildung ist zu kontrollieren und einzuschränken.
8. Eine schärfere Kontrolle der Produkte von Pharma- und medizinischer Geräteindustrie ist notwendig. Es dürfen nur noch die medizinisch-technischen Geräte und Verfahren eingesetzt werden, deren Nutzen nachgewiesen ist.
9. Der so genannte medizinisch-technische Fortschritt ist kritischer zu bewerten. Nicht jede medizinische Neuerung sollte unkontrolliert in den medizinischen Alltag übernommen werden.
10. Die Gesundheitsberichterstattung ist zu verbessern. Die Datenlage zur Erarbeitung epidemiologischer Erhebungen ist sehr schlecht bzw. es fehlt an Möglichkeiten, vorhandene Daten auszuwerten.
11. Die totale Medikalisierung der Versicherten muss gestoppt werden. Medizin hat ihre Grenzen.
12. Dokumentation und Datenerfassung haben die Tendenz zu unkontrolliertem Eigenleben. Die Ärzteschaft in Klinik und Praxis sieht sich heute mit einer Unzahl bürokratischer Aufgaben und Tätigkeiten konfrontiert, deren Sinn oft verschlossen bleibt, die aber Zeit der eigentlichen ärztlichen Tätigkeiten kosten. Bürokratische Vorschriften müssen auf ein nachvollziehbares Mindestmaß reduziert werden, mehrfach durchgeführte Dokumentation und Daten- und Leistungserfassung muss vermieden werden.

Begründung:

Der Deutsche Ärztetag setzt sich für die Erhaltung der solidarisch finanzierten Krankenversicherung in Deutschland ein. Jeder Mensch hat den gleichen Anspruch auf Gesundheit und Versorgung im Krankheitsfall, Gesundheit darf nicht abhängen von Einkommen oder Vermögen. Gesundheit ist keine Ware, deren Qualität von der Höhe des Preises abhängig ist. Die solidarisch von allen Versicherten entsprechend ihrem Einkommen getragene Versicherung stellt einen Eckpfeiler der sozialen Sicherung und des sozialen Friedens in Deutschland dar, an dem nicht aus kurzfristigen finanziellen Erwägungen heraus gerüttelt werden darf. Solidarische Finanzierung heißt auch, dass sie zu gleichen Teilen von Arbeitnehmern und Arbeitgebern getragen wird, nur so lässt sich die soziale Verantwortung

der Arbeitgeber für die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit der Arbeitnehmer sichern.

Der Deutsche Ärztetag spricht sich gegen jede Form der Beitragsauftrennung in Grund- und Wahlleistungen oder Wahl- und Regelleistungen aus. Wenn sich ein Teil der Versicherten von der Vorsorge gegen bestimmte Risiken ausschließen kann, wird die Versicherung dieser Risiken für den Rest der Versicherten zwangsläufig teurer werden. Eine solche Aufteilung wird das Prinzip des solidarisch getragenen Risikos aushöhlen. Aus dem gleichen Grunde wird auch eine Ausweitung der Zuzahlung der Versicherten zu bestimmten Leistungen abgelehnt. Notwendige medizinische Leistungen müssen für alle Versicherten zu gleichen Bedingungen zugänglich sein.

Untersuchungen von OECD und WHO haben gezeigt, dass der Stand der medizinischen Versorgung im internationalen Maßstab nicht den dafür aufgebrauchten Mitteln entspricht. Das deutsche Gesundheitswesen ist teuer und international gesehen nur noch Mittelmaß. Die vorhandenen Mittel werden ineffektiv eingesetzt, zu sehr bestimmten wirtschaftliche Partikularinteressen von Industrie, Krankenkassen, niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern die Mittelverteilung. Es hat sich gezeigt, dass zunehmende Konkurrenz als Mittel der freien Marktwirtschaft im Gesundheitswesen keine synergistischen Effekte hat. Wenn der wirtschaftliche Vorteil im Mittelpunkt steht, kommen die Interessen der Patienten zu kurz.

Der Maßstab einer solidarischen Gesundheitsversorgung kann nur die Qualität der erbrachten medizinischen Leistung sein. Gesicherte und nachprüfbare Qualität muss Steuerinstrument des Mittelflusses im Gesundheitswesen werden. Qualitativ hochwertige Medizin wird langfristig Mittel im Gesundheitswesen einsparen. Deshalb unterstützt und fördert der Deutsche Ärztetag alle Bestrebungen, die Vorsorge und medizinische Behandlung durch Leitlinien und evidenzbasierte Grundsätze auf eine rationale, nachprüfbare Basis zu stellen. Diese Leitlinien müssen regelmäßig evaluiert werden und die Qualität der erbrachten Leistung ist in Verbindung zur Vergütung dieser Leistung zu setzen. Qualität als Maß für medizinische Leistungen wird umso wichtiger, als mit steigender Konkurrenz im Gesundheitswesen wirtschaftliche Interessen und ökonomische Argumentation Grundlage gesundheitspolitischer Entscheidungen werden. Leitlinien müssen auf wissenschaftlich nachprüfbarer Basis stehen. Sie dürfen nicht zur Durchsetzung von Sonderinteressen missbraucht werden. Die Definition und Überprüfbarkeit von Qualität in der medizinischen Versorgung ist eine schwierige Aufgabe. Es ist ein wesentliches Ziel der verfassten Ärzteschaft, an der Lösung dieser Aufgabe mitzuarbeiten.

Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens fördert die Ausbildung eines zweiten Gesundheitsmarktes außerhalb des Aufgabenbereichs der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Wildwuchs in diesem Bereich wird mit Sorge beobachtet. Der Einnahmerückgang aus der Vergütung der gesetzlichen Krankenversicherung verleitet Kollegen, bei gesetzlich versicherten Patienten außerhalb des Leistungskataloges zu liquidieren. Häufig werden dabei die Grenzen des ethisch Vertretbaren überschritten. Dieser Bereich muss zukünftig schärfer kontrolliert oder gänzlich vom gesetzlichen Versorgungsbereich getrennt werden.

Der Kostenanstieg für Arzneimittel ist ein wesentlicher Grund für die Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Krankenkassen. Langfristig kann eine evidenzbasierte, rationale Arzneitherapie diese Kosten drastisch reduzieren, kurzfristig sind steuernde Eingriffe in den sich wild entwickelnden Markt erforderlich. Ein Mittel hierfür kann die Einführung der von der Ärzteschaft auf Ärztetagen geforderten Positivliste für Arzneimittel sein. Auch die jetzt eingeführte aut-idem Regelung stellt – bei allen administrativen Mängeln bei der Einführung – eine sinnvolle Möglichkeit zur Kostenreduktion dar. Die Überwachung der Arzneimittelsicherheit muss verbessert werden.

Dringend notwendig ist die verstärkte öffentliche Finanzierung der klinischen Forschung in Deutschland. Es geht nicht an, dass dieser für die Sicherheit von Medikamenten so wichtige Bereich zunehmend und fast ausschließlich von der Pharmaindustrie bezahlt und kontrolliert wird. Da klinische Forschung im öffentlichen Interesse durchgeführt wird, sollten auch die Versicherten und Patienten als Hauptbetroffene ein Mitspracherecht bei Planung und Mittelvergabe haben. Selbstverständlich aber muss die Industrie für die Erforschung der Anwendungssicherheit ihrer Präparate die finanzielle Verantwortung übernehmen. Die Risiken und der Nutzen des medizinisch-technischen Fortschritts müssen ebenso wie die Arzneimittelsicherheit von einer zentralen Institution, die von allen Beteiligten im Gesundheitswesen getragen wird, beurteilt und für die allgemeine Anwendung freigegeben werden.

Ein weiterer kostentreibender Faktor ist die Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung. Die sektoral gegliederten Teilbereiche des Gesundheitswesens von Vorsorge über ambulante und stationäre Versorgung bis hin zur Rehabilitation müssen eng verzahnt werden. Deshalb begrüßt der Deutsche Ärztetag die im Gesundheitsreformgesetz 2000 gemachten Ansätze zur Aufhebung dieser Trennung und fordert weitere Entwicklung in diese Richtung. Insbesondere ist die weitere Einbeziehung der hochtechnisierten Kliniken in die ambulante Versorgung der Patienten wünschenswert. Umgekehrt müssen auch die ambulant tätigen Kolleginnen und Kollegen und insbesondere die Allgemeinmediziner Zugang zu den stationären Versorgungseinrichtungen erhalten.

Der Sicherstellungsauftrag muss neu geregelt werden. Den gesetzlichen Krankenkassen als Kostenträger der medizinischen Versorgung steht das Recht zu, den Mittelfluss ihrer Versicherten mit zu kontrollieren und steuern. Um diese Aufgabe übernehmen zu können, müssen die Krankenkassen ihr rein wirtschaftliches Denken zugunsten Versicherten- und Patienten-zentrierten Perspektiven aufgeben. Auch den Versicherten, den Patienten und ihren Selbsthilfegruppen steht ein Mitspracherecht bei der Sicherstellung des Versorgungsauftrages zu. Regionale Gesundheitskonferenzen mit Einbeziehung aller Beteiligten können ein Mittel der Steuerung und Planung des Gesundheitswesens sein.

Es ist zu begrüßen, dass die Krankenkassen in Zukunft ihre Mittel zur Bekämpfung der häufigsten Erkrankungen der Bevölkerung konzentrieren wollen. Dies stellt eine sicherere Investition in die Zukunft dar als die Finanzierung spektakulärer, aber in ihren Auswirkungen noch nicht beurteilbarer hochtechnischer Leistungen. Doch ist mit Sorge zu beobachten, dass diese Programme häufig zur ökonomischen Positionierung auf dem Gesundheitsmarkt missbraucht werden. Um den Erfolg dieser Maßnahmen zu kontrollieren, ist die Gesundheitsberichterstattung in Deutschland massiv zu verbessern.

Mit zunehmender Spezialisierung der Medizin kommt dem Hausarzt die zentrale Rolle der Koordination und Befundzusammenfassung zu. Er muss der Partner sein, der den Patienten durch die immer undurchsichtiger werdenden Wege des Medizinbetriebes begleitet und leitet. Um seine Entscheidungen nicht durch finanzielle Anreize zu beeinflussen, muss seine Bezahlung nach Möglichkeit pauschaliert unter Berücksichtigung des Arbeitseinsatzes erfolgen. Je weiter die ärztliche Leistung vom Geld getrennt ist, um so objektiver kann sie im Sinne der Patienten erbracht werden.

Das Gesundheitswesen dient den Interessen der Versicherten. Die Sicherstellung des Wirtschaftsstandortes Deutschland ist nicht Aufgabe des Gesundheitswesens. Die Patienten sollten im Mittelpunkt unseres medizinischen Denkens stehen. Wir dürfen nicht vergessen, dass die Versicherten einen Großteil unseres Gesundheitswesens und damit auch des ärztlichen Einkommens finanzieren. Deshalb sollten sie ein größeres Mitspracherecht bei der Planung des Gesundheitswesens haben. Die Rechte der Patienten müssen gestärkt werden. Initiativen zur Verabschiedung eines Patientenschutzgesetzes sind – sofern sie wirklich die Rechte der Patienten stärken – zu unterstützen.

ENTSCHLIESSUNGSANTRAG**I – 06**

Der Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache I-06) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Deutsche Ärzteschaft bekennt sich zu der Aufgabe, Leben zu retten, Krankheiten zu heilen, Gesundheit zu erhalten und Leiden zu lindern. Im Einklang zu diesen Zielen ist die Ärzteschaft stets dem Frieden verpflichtet. Frieden wird gebrochen durch gewaltsame Auseinandersetzungen, Frieden wird auch gebrochen durch Diktatur und Willkürherrschaft. Unterdrückung ist Gewalt.

Der Deutsche Ärztetag sieht sich in Übereinstimmung mit der gemeinsamen Position der EU-Staats- und Regierungschefs zur Irak-Krise. Der Deutsche Ärzteschaft hofft weiter auf eine friedliche Lösung dieser Krise.

ESCHLIESSUNGSANTRAG**I – 07**

Der Antrag von Frau Christa Blum (Drucksache I-07) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Wir Ärztinnen und Ärzte lehnen jeden Krieg ab, der nicht der Verteidigung wegen eines nachgewiesenen Angriffs dient. Einen „Vorbeugungskrieg“ („pre-emptive war“) gegen Irak lehnen wir ab, da er zu großen Verlusten unter der ohnehin leidenden Bevölkerung führen würde. Außerdem würde er die Arbeit der UN-Inspektoren beenden, die für den Erhalt von Frieden von größter Bedeutung ist. Unsere ärztliche Aufgabe im Geist Albert Schweitzers ist es, Tod und Leiden unserer Mitmenschen vermeiden zu helfen.