

Gesundheitspolitische Grundsätze der deutschen Ärzteschaft^{*}

*vom Vorstand der Bundesärztekammer,
zur Vorlage auf dem Außerordentlichen Deutschen Ärztetag
am 18. Februar 2003 in Berlin*

^{*} Zusammengefasst auf der Grundlage der Beschlüsse Deutscher Ärztetage

Gesundheitspolitische Grundsätze der deutschen Ärzteschaft

Ein hoch entwickeltes Gesundheitswesen droht zusammenzubrechen – trotz und gerade wegen der jahrzehntelangen phantasielosen Kostendämpfungspolitik. Die sich verschärfende Rationierung von Leistungen für Patienten kann nicht länger durch das Engagement der Gesundheitsberufe kompensiert werden. Die Versorgung der Patienten entsprechend der tatsächlichen Leistungsfähigkeit der Medizin ist deshalb nicht mehr zu gewährleisten.

Damit die Kranken nicht Opfer einer ideologisch bestimmten

Durchökonomisierung des Gesundheitswesens werden, fordern die Ärztinnen und Ärzte in Deutschland eine Gesundheits- und Sozialpolitik, die den Ansprüchen einer Gesellschaft des langen Lebens gerecht wird. Die wirtschaftlichen Konsequenzen des medizinischen Fortschritts dürfen nicht länger als Kostenexplosion gebrandmarkt oder in eine absurde Lohnnebenkostendebatte geführt werden.

Überfällig ist vielmehr eine ehrliche Diskussion darüber, wie viel der Gesellschaft die Gesundheit wert ist und welche Leistungen solidarisch bezahlt werden können, ohne die nachwachsende Generation zu überfordern.

In den ersten Jahrzehnten des neuen Jahrtausends wird sich der Altersaufbau in Deutschland wegen der seit 50 Jahren pro Jahrzehnt um vier bis fünf Jahre zunehmenden Lebenserwartung weiterhin stark verändern. Von 1950 bis 1995 stieg bereits der Anteil der über 60jährigen von 14,4 % auf 21 %, bis zum Jahr 2040 wird er dann auf gut 33 % der Bevölkerung angestiegen sein. Der Altenquotient, der die Relation von älteren Menschen und der Bevölkerung im erwerbstätigen Alter aufzeigt, wird sich von 35 % auf 71 % erhöhen, also etwa verdoppeln. Der „Generationenvertrag“ im Gesundheitswesen und damit die Generationengerechtigkeit sind gescheitert.

Wegen der analog zu erwartenden Zahl älterer akut oder chronisch Kranker und z. B. durch Stürze verletzter Personen ergeben sich erhebliche Konsequenzen für die Versorgung und damit für die Gesundheitspolitik. Wegen der oft notwendigen Pflege oder Langzeitbetreuung ist dabei besonders brisant, dass heute schon etwa ein Drittel der über 60jährigen in Deutschland in Ein-Personen-Haushalten lebt.

Ein zukunftsorientiertes Gesundheitswesen muss jedoch eine hochstehende medizinische und gesundheitliche Versorgung für alle Bürgerinnen und Bürger unabhängig von Einkommen, sozialer Stellung, Wohnort und vor allem unabhängig vom Alter

garantieren. Der Zugang zu gesundheitsrelevanten Leistungen muss weiterhin allen Menschen in Deutschland offen stehen.

Grundlagen einer patientengerechten Gesundheitsversorgung

I. 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. Eine Rationierung medizinischer Leistungen oder auch der Weg in eine Checklistenmedizin führen jedoch zu einer schlechten medizinischen Versorgung.

II. Der Patient hat Anspruch auf die freie Arztwahl. Patientenrechte und Patientenautonomie bleiben aber hohle Phrasen, wenn dieses Recht auf freie Wahl, und damit auf die individuelle Vertrauensbeziehung zum Patienten aufgehoben wird. Es muss in der Entscheidung des Patienten liegen, Versorgungstarife frei zu wählen.

III. Der Patient hat Anspruch auf Transparenz. Die Ärzteschaft setzt sich deshalb nachdrücklich für eine regelmäßige Information des Patienten über Art, Menge, Umfang und vor allem der Kosten der für ihn erbrachten Leistungen ein. Zugleich aber muss der Patient die Möglichkeit erhalten, zwischen Sachleistung und Kostenerstattung auf der Basis einer amtlichen Gebührenordnung zu wählen.

IV. Der Patient hat Anspruch auf Wahrung des Patientengeheimnisses. Grundlage einer freien und vertrauensvollen Beziehung zwischen Patient und Arzt ist deshalb die ärztliche Schweigepflicht. Gesetzliche Mitteilungspflichten müssen auf das medizinisch unerlässlich notwendige begrenzt bleiben. Abgelehnt werden alle Versuche, das Patientengeheimnis im System der Gesetzlichen Krankenversicherung zu durchbrechen, insbesondere die Absicht, die Behandlung des Patienten gegenüber der Krankenkasse offen zu legen. Bei der Erfassung und Verwendung von Patientendaten ist in jedem Einzelfall die Zustimmung des Patienten unerlässlich.

V. Der Patient hat Anspruch auf die Solidarität der Versicherten. Solidarität heißt, dass jeder entsprechend seiner finanziellen Möglichkeiten einen Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung zu leisten hat und die gesetzliche Krankenversicherung auch nur nach Maßgabe des Notwendigen in Anspruch nimmt. Über das Notwendige hinausgehende Leistungen gehören in eine Zusatzversicherung und dürfen nicht zu Lasten der

Solidargemeinschaft erbracht werden. Zugleich muss im Wettbewerb der Krankenversicherung Raum für die private Krankenversicherung bleiben. Eine Einheitsversicherung widerspricht den Prinzipien der Eigenverantwortung sowie der Patientenautonomie und wird deshalb von der Ärzteschaft abgelehnt

VI. Der Patient hat Anspruch auf eine Krankenversicherung, die diesen Namen verdient. Als Versicherter zahlt er Beiträge in die Krankenversicherung ein, um im Krankheitsfall notwendige Leistungen zu erhalten. Darauf hat er Anspruch, anders als in steuerfinanzierten Systemen wie beispielsweise in Großbritannien, wo die Aufwendungen für Gesundheit stets in Konkurrenz mit anderen Politikbereichen stehen. Doch weil den Krankenkassen immer mehr versicherungsfremde Aufgaben zugewiesen werden, die mit ihrer originären Aufgabenstellung nichts mehr zu tun haben, kann der Anspruch der Patienten auf eine notwendige Behandlung kaum mehr aufrecht erhalten werden. Die gesetzliche Krankenversicherung hätte kein milliardenschweres Defizit zu beklagen, wenn sie nicht fortwährend als sozialpolitischer Verschiebeparkplatz missbraucht würde (30 Milliarden Euro in den letzten acht Jahren). Der Missbrauch der gesetzlichen Krankenversicherung als verkapptes zweites Steuersystem muss endlich beendet werden.

VII. Der Patient hat Anspruch auf ein bürgernahes Gesundheitswesen. Dies ist nur durch eine Selbstverwaltung der Beteiligten und Betroffenen zu gewährleisten. Wird die Selbstverwaltung jedoch abgeschafft oder wird den Krankenkassen die alleinige Steuerungsmacht über das Gesundheitswesen übertragen, dann sind Anonymisierung, Deprofessionalisierung und weitere Mangelverwaltung nicht mehr aufzuhalten. Dann ist die Rationierung als Strukturprinzip unausweichlich. Menschlichkeit und medizinischer Fortschritt sind dann Luxus in einer Zwei-Klassen-Medizin.

VIII. Der Patient erwartet Fürsorge und Zuwendung von den im Gesundheitswesen Tätigen. Doch die zunehmende Reglementierung im Gesundheitswesen, die z.T. menschenunwürdigen Arbeitsbedingungen und die überbordende Bürokratie führen zu wachsender Demotivation der Gesundheitsberufe. Die gesundheitspolitischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen müssen deshalb endlich so gestaltet werden, dass diese Berufe wieder an Attraktivität gewinnen. Anderenfalls droht ein empfindlicher Personalmangel in der medizinischen Versorgung.

Schon heute zeichnet sich ein immer stärker werdender Ärztemangel ab. Immer weniger Studenten schließen das Medizinstudium ab; immer seltener wollen sie in der Patientenversorgung tätig werden. Die Zahl der Medizinstudenten hat sich in den letzten neun Jahren um 13,6 % verringert, von 90 600 auf 78 300. Die Zahl der Absolventen in der Medizin ist in den letzten Jahren sogar um 25 % zurück gegangen. Über ein Fünftel der Absolventen beginnt nach der Ausbildung nicht mit dem ärztlichen Praktikum. Dementsprechend ist die Zahl der Ärzte im Praktikum von über 22 000 im Jahre 1994 auf 17 500 im Jahre 2001 deutlich gesunken.

Medizinische Unterversorgung ist keine ferne Vision. So werden bis zum Jahre 2011 wahrscheinlich 23 000 Hausärzte aus dem Berufsleben ausscheiden. Besonders dramatisch sieht es in den neuen Bundesländern aus, weil dort in den nächsten zehn Jahren etwa 35 % bis 40 % in den Ruhestand gehen werden. In den Krankenhäusern können viele Arztstellen schon heute nicht mehr besetzt werden.

Diese Entwicklung gewinnt gerade vor dem Hintergrund des Urteils des Europäischen Gerichtshofes vom 3. Oktober 2000 zu den gesetzlichen Arbeitsbedingungen für Ärzte eine besondere Brisanz. Denn danach ist der Bereitschaftsdienst als Arbeitszeit anzusehen und das würde zu einem Mehrbedarf von bis zu 27 000 Ärzten führen.

Perspektiven einer zukunftssicheren Patientenversorgung

Die Gesundheitspolitik ist bisher gekennzeichnet durch Dirigismus, Reglementierung und zunehmende Schematisierung der Medizin. Dabei werden die finanziellen und strukturellen Defizite über das Haftungsrecht auf die Ärzte abgewälzt. Diese Prinzipien einer dogmatischen Standardisierung aber können den Erfordernissen einer individuellen Versorgung der Kranken nicht gerecht werden

Eine humane medizinische Patientenversorgung erfordert hingegen Rahmenbedingungen, unter denen Ärzte gute Medizin erbringen können. Dies erfordert eine Anpassung der Finanzierungs- und Versorgungsstrukturen an die veränderten gesellschaftlichen Verhältnisse, die Fortschritte der Medizin und die Bedürfnisse der Patienten.

- I. In einem hoch spezialisierten medizinischen Spektrum und angesichts der demographischen Entwicklung kommt der wohnortnahen hausärztlichen Versorgung eine besondere Bedeutung zu. Vor allem wegen der demographischen Entwicklung erfordert die kontinuierliche ärztliche Betreuung eines Patienten

bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes eine qualifizierte hausärztliche Versorgung.

Überlegungen zum Aufbau eines nursing-systems führen auf Grund mangelnder medizinischer Aus-, Weiter- und Fortbildung gerade auch in der hausärztlichen Versorgung in die Irre.

Für die fachärztliche Versorgung ist eine starke Kooperation sowohl mit Hausärzten in der Durchführung von Disease Management-Programme (DMP) als auch mit dem Krankenhaus nach Einführung von Diagnosis Related Groups (DRG) von besonderer Bedeutung. Dies bedarf insbesondere im hochspezialisierten Bereich einer starken - auch interdisziplinären - Kooperation unter den Fachärzten.

- II. Die bisherigen Grenzen stationärer und ambulanter Versorgungsbereiche müssen - je nach Art und Schwere der Krankheit - zur durchgängigen Behandlung des Patienten überwunden werden. Eine vernünftige Arbeitsteilung zwischen ambulanter haus- und fachärztlicher Versorgung einerseits und der Behandlung im Krankenhaus andererseits ist dabei sicherzustellen. Die Leistung sollte jeweils dort erbracht werden, wo sie am effizientesten und mit größter Sicherheit für den Patienten durchgeführt werden kann. Dies erfordert eine Änderung der Dienststrukturen im Krankenhaus mit Einführung des Kollegialsystems. Nur so können qualifizierte Fachärzte langfristig für das Krankenhaus gewonnen werden.

Fachärzte im Krankenhaus sind in die ambulante Versorgung personenbezogen einzubeziehen, wenn hierzu deren besondere Kenntnisse und Fertigkeiten erforderlich sind. Die Ärzteschaft lehnt allerdings eine institutionelle Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung ab und befürwortet statt dessen die verstärkte Zulassung von Vertragsärzten am Krankenhaus und den Ausbau des kooperativen Belegarztsystems.

Für die persönliche Ermächtigung oder die Niederlassung von Fachärzten im Krankenhaus bieten sich außerdem Leistungen aus folgenden hochspezialisierten Bereichen an:

- Interventionelle Kardiologie
- Interventionelle Gastroenterologie

- Interventionelle Radiologie
- Versorgung spezieller onkologischer Patienten
- Versorgung spezieller Formen der AIDS-Erkrankung

Eine Integration zwischen ambulantem und stationärem Versorgungsbereich ist u.a. auch für folgende Versorgungsbereiche anzustreben:

- Nachsorge von Transplantationspatienten
- Gemeinsames Betreiben von Notfallpraxen/- ambulanz in Krankenhäusern
- Spezielle nephrologische Kooperationsformen
- Behandlung von Patienten mit komplexen Verletzungen (analog zum berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren)
- Orthopädische Versorgung geistig und körperlich behinderter Kinder
- Versorgung schwer psychisch Behinderter

Diese flexible integrierte Versorgung wird durch verbesserte Information und Kommunikation erhebliche Effizienzsteigerungen bewirken können.

Dazu muss durch ein einheitliches Vergütungssystem den Fachärzten, auch soweit sie nicht mit Krankenhäusern kooperieren, Wettbewerbsgleichheit in der vertragsärztlichen Versorgung garantiert werden.

- III. Aus-, Weiter- und Fortbildung müssen den Veränderungen des Versorgungsbedarfs wie auch den rasant wachsenden Möglichkeiten des medizinischen Fortschritts schnell und flexibel angepasst werden. So muss die Approbationsordnung allein an den Erfordernissen der Patientenversorgung ausgerichtet werden und darf nicht erneut zum Spielball der Politik werden. Nach der letzten Novellierung der Approbationsordnung ist der „Arzt im Praktikum“ hinfällig geworden und muss daher unverzüglich abgeschafft werden. Ärztliche Ausbildung darf nicht weiter als Billiglohnverhältnis missbraucht werden.

Geregelte Weiter- und Fortbildung sind wichtige Voraussetzungen zu Ausbau und Erhalt ärztlicher Kompetenz. Die zunehmende Differenzierung und Spezialisierung in der Medizin erfordert eine ständige praxisnahe Anpassung der Weiterbildung, die nur durch die ärztliche Selbstverwaltung gewährleistet werden kann. Eine staatliche Reglementierung hingegen könnte der schnellen medizinischen Entwicklung nicht gerecht werden, weder in der Weiter-, noch in der Fortbildung. Ein so genannter Ärzte-TÜV hingegen würde nur die Standardisie-

rung und Schematisierung ärztlicher Heilkunst in einer Listenmedizin fest schreiben und mit totaler Überbürokratisierung in die absolute Erstarrung des medizinischen Fortschritts führen.

Sinnvoll ist statt dessen die Weiterentwicklung des von den Ärztekammern geschaffenen praxisbezogenen Fortbildungszertifikats, das den Besonderheiten einer individuellen Patientenversorgung auf wissenschaftlich gesicherter Grundlage Rechnung trägt..

Fortbildung muss sowohl gesichertes neues Wissen vermitteln als auch helfen, die eigenen Grenzen zu erkennen. TÜV-Plaketten als Voraussetzung zur ärztlichen Berufsausübung dagegen sind lediglich Scheinlösungen, wenn nicht gar Betrug am Patienten.

- IV. Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität ärztlicher Arbeit sind seit jeher Grundanliegen von Ärztinnen und Ärzten sowie der ärztlichen Selbstverwaltung. Freiwilligkeit und Motivation sichern eine kontinuierliche Versorgung der Patienten. Formalistische Qualitätssicherungsmaßnahmen lediglich zur Überprüfung, ob bestimmte Leistungen erbracht worden sind, ohne aber das Ergebnis für den Patienten aufzuzeigen, führen dagegen nur zu einer Überbürokratisierung und damit zu sinnlosen Datenfriedhöfen. Jede Dokumentation, deren Nutzen nicht erwiesen ist, hat zu unterbleiben.

Ärztliche Qualitätssicherungsmaßnahmen sind vor allem darauf gerichtet, bei den verschiedenen Behandlungsverfahren individuelle Abweichungen festzustellen, die Ursachen dafür zu ermitteln sowie gegebenenfalls eine Fehlersuche und Fehleranalyse vorzunehmen. Dabei ist eine Risikoadjustierung unverzichtbar, um die unterschiedliche Risikostruktur der verschiedenen Patientengruppen zu erkennen. Nur so ist zu vermeiden, dass die am schwersten behandelbaren Patienten von der notwendigen Versorgung ausgeschlossen werden, um die Statistik „nicht zu verderben“.

Dies könnte schließlich zum Behandlungsentzug für gewisse Risikogruppen von Patienten führen. Soweit darf es nicht kommen!

Ein so genanntes (Staats-) Institut für Qualität in der Medizin, wie derzeit geplant, könnte sogar den Weg in den Ausschluss dieser Risikogruppen ebnen, führt es doch zwangsläufig zur Normen-Medizin und damit zur Schematisierung der Patientenbehandlung.

Medizin ist nicht nur Naturwissenschaft, sondern auch empirisch begründete Erfahrungswissenschaft. Ein mechanistisches und reduktionistisches Menschenbild aber widerspricht zutiefst den Grundsätzen einer humanen Patientenversorgung. Ärztliche Methoden- und Therapiefreiheit verlangen vom Arzt vielmehr das Eingehen auf die individuelle Situation des Patienten einschließlich seiner psychischen Belastbarkeit.

Medizinisch-wissenschaftliche Leitlinien sind als Entscheidungshilfe für eine wirksame Behandlung unverzichtbar, die individuelle Entscheidung im konkreten Behandlungsfall aber ist und bleibt ärztliche Kunst und damit Sache von Patient und Arzt. Notwendig sind deshalb nationale Leitlinien, die den Kriterien der evidenzbasierten Medizin genügen und ständig dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse angepasst werden.

Das Nationale Programm für Versorgungs-Leitlinien unter der Schirmherrschaft der Bundesärztekammer und mit Beteiligung von Patientenvertretern ist die konsequente Weiterentwicklung einer solchen Leitlinienarbeit. Dieses Programm schafft die inhaltliche Grundlage für patientengerechte Behandlungsprogramme entsprechend den rasant wachsenden Möglichkeiten des medizinischen Fortschritts.

Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement sind in Deutschland seit vielen Jahren auf einem guten Weg und können vielfach auch international als Vorbild dienen. Mit der Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin (AQS), dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), dem Bundeskuratorium für Qualitätssicherung (BQS) sowie der Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus (KTQ) hat die Ärzteschaft, mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Deutschen Pflegerat, in gemeinsamer Selbstverwaltung Verständnis und Akzeptanz für nachhaltige Qualitätssicherung der Krankenversorgung geschaffen.

Die von der Bundesregierung initiierten Disease-Management-Programme (DMP) führen allerdings wegen der Kopplung an den Risiko-Strukturausgleich (RSA) dazu, dass ökonomische Überlegungen der Krankenkassen die Versorgung der Patienten beeinträchtigen. So werden aus Mindeststandards nur noch

Minderstandards. Die Ärzteschaft kann deshalb Disease Management-Programme nur unterstützen, wenn folgende Grundsätze gewährleistet sind:

- eine Ausrichtung dieser Programme an anerkannten Evidenz-basierten Kriterien, die von der Ärzteschaft selbst entwickelt sind,
- die Reduzierung RSA-bedingter Dokumentationspflichten auf das unbedingt notwendige Maß,
- die Pseudonomisierung aller Befunddaten gegenüber den Krankenkassen und
- die Gewährleistung einer gleich qualifizierten Versorgung für nicht in DMP eingeschriebene Patienten und Patienten mit anderen chronischen Erkrankungen.

Dabei muss ausgeschlossen werden, dass die Krankenkassen in die Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Arzt durch die Beauftragung von Call-Centern und diesen übertragenen Kontrollfunktionen eingreifen.

Eine Medizin, welche die Individualität und Autonomie des Kranken missachtet und schematisierte Behandlungsverfahren nach primär ökonomischen Vorgaben erzwingt, lehnt die Ärzteschaft strikt ab.

- V. Angesichts der Vielzahl von Arzneimitteln und der Vielfalt der Informationen zur Arzneimittel-Therapie ist eine rationale und rationelle Arzneitherapie für den einzelnen Arzt/Ärztin erheblich erschwert. Für eine qualitätsgerechte individuelle Therapie kann eine Positivliste hilfreich sein. Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, Fachausschuss der Bundesärztekammer, veröffentlicht deshalb regelmäßig wissenschaftlich begründete und zugleich praxisorientierte Therapie-Empfehlungen „Arzneiverordnungen in der Praxis“ als Instrument der Qualitätssicherung in der Arzneimittel-Therapie sowie in nunmehr 20. Auflage die Publikation „Arzneiverordnungen“ zur rationalen und rationellen Verordnung von Arzneimitteln durch den Arzt. Dieses Buch ist eine tragfähige Grundlage für eine Liste verordnungsfähiger Arzneimittel, die eine an den Maßstäben von Notwendigkeit, Sicherheit und Kostenbewusstsein orientierte Therapie bei allen Patienten garantiert. Eine derartige Positivliste würde auch zu einer besseren Abstimmung zwischen stationärer und ambulanter Arzneimitteltherapie führen.

- VI. Der Verpflichtung des Arztes und der Ärztin zu einer guten und modernen Medizin entsprechen Mitarbeit und Eigenverantwortung des Patienten. Diese zu stärken muss zu den vordringlichen Zielen der Gesundheitspolitik gehören. Die Menschen müssen verstehen, dass sich Prävention und Eigenvorsorge sowie gesundheitsbewusstes Verhalten für sie lohnt, sowohl für sie persönlich wie für die Versichertengemeinschaft insgesamt.

Gesundheitsbewusstes Verhalten muss deshalb durch altersgerechte Gesundheitserziehung schon in Kindergärten und Schulen gefördert werden. Die dazu notwendige Finanzierung könnte beispielsweise durch zweckgebundene Abgaben auf Tabak und Alkohol gewährleistet werden, einschließlich der erforderlichen Präventionsforschung.

Der Erfolg der verschiedenen Präventionsbemühungen sollte durch eine wissenschaftliche Begleitforschung untersucht werden.

Mit den Ärztlichen Präventionstagen haben Ärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen gezeigt, wie die Menschen zu einem gesünderen Lebensstil zu motivieren sind, z. B. durch vernünftige Ernährung und mehr Bewegung sowie durch Vermeidung von Alkohol- und Tabakmissbrauch. Insofern begrüßt die Ärzteschaft nationale Aufklärungsprogramme des Bundesministeriums wie auch das geplante „Forum für Prävention und Gesundheitsförderung“. Bedauerlich ist allerdings, dass dieses Forum bislang ohne finanzielle Grundlage geblieben ist.

Die Eigenverantwortung des Patienten ist jedoch nicht auf Prävention und Eigenvorsorge begrenzt; sie ist auch durch eine sozialverträgliche Selbstbeteiligung zu stärken. Selbstbeteiligung schärft das Kostenbewusstsein und entlastet so die Solidargemeinschaft der Versicherten.

Wenn die Beitragssatzstabilität nach wie vor oberstes gesundheitspolitisches Dogma bleiben sollte, dann ist die Selbstbeteiligung auch auf andere als bisherige Bereiche zu erweitern. Chronisch Kranke und einkommensschwache Patienten müssen allerdings durch Sozialklauseln vor unzumutbaren finanziellen Belastungen geschützt werden.

- VII. Patienten haben Anspruch auf Transparenz. Sie wünschen gute und gesicherte Informationen über Krankheiten und deren

Behandlungsmöglichkeiten. Die Selbsthilfe und die Ärzteschaft haben gemeinsam über das Patientenforum solche Informationen beim Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) erstellt. Über das Internet sind unter der Adresse www.patienten-information.de diese Informationen für jeden abrufbar. Ärzte tun etwas für Transparenz, während andere nur darüber reden.

Zur Transparenz gehören aber nicht nur Informationen über die Möglichkeiten einer Krankheitsbehandlung und deren Kosten, sondern auch die Transparenz der Finanzströme im Gesundheitswesen. Es muss endlich Klarheit darüber hergestellt werden, welche Mittel für medizinische Leistungen aufgebracht werden, was im Einzelnen für die Krankenkassen-Verwaltung – derzeit rund sieben Prozent - ausgegeben wird und welche Finanzmittel den Krankenkassen zur Entlastung des Fiskus entzogen werden.

Die gesetzliche Krankenversicherung wurde und wird mit erheblichen sozial- und familienpolitischen Zusatzleistungen, also eigentlich versicherungsfremden Leistungen, in Höhe von rund 3 Milliarden Euro allein im Jahr 2000 überfrachtet. Hinzu kommt der enorme Missbrauch von Krankenversichertengeldern zur Subvention anderer Sozialversicherungszweige mit einem Betrag von rund 30 Milliarden Euro allein im Zeitraum 1995 bis 2003. Wenn diese Leistungen von der Gesellschaft gewünscht werden, dann müssen sie folgerichtig auch über Steuern bezahlt werden. Weil dies jedoch nicht geschieht, ist die GKV zu einer sozialpolitischen Manövriermasse und damit zum politischen Spielball geworden.

Wo Versichertengelder missbraucht und zweckentfremdet wurden, ist dann leichtfertig eine so genannte Kostenexplosion unterstellt worden. Das Gegenteil aber war und ist der Fall: Das Gesundheitswesen wird in erheblichem Umfang durch unentgeltliche Mehrarbeit vor allem von Ärzten, Krankenpflegern und Krankenschwestern in Millionenhöhe subventioniert.

Nicht zuletzt deshalb ist der Anteil der GKV-Ausgaben in Relation zum Bruttoinlandsprodukt mit 6 % im Jahre 1975 zu 6,6 % im Jahre 2000 - mithin über 25 Jahre - relativ konstant geblieben. Wenn nun dennoch der Beitragssatz gestiegen ist, ist dies vor allem bedingt durch die rückläufigen Einnahmen der GKV in Folge der hohen Arbeitslosigkeit und der sinkenden Lohnquote.

Völlig überbewertet wird auch der Einfluss der Krankenkassenbeiträge auf die Personalnebenkosten und damit auf den Wirtschaftsstandort Deutschland. Es ist an der Zeit, die Diskussion über die Verteuerung des Faktors Arbeit durch höhere Beitragssätze in der GKV in geordnete Bahnen zu lenken. Denn Personalnebenkosten umfassen weit mehr als nur Sozialabgaben im engeren Sinne. Rund 75 Prozent der Brutto-Arbeitskosten werden völlig freiwillig von Arbeitgebern und Arbeitnehmern in Tarifverträgen ausgehandelt, während die gesetzlichen Personalnebenkosten weniger als ein Viertel der Brutto-Arbeitskosten ausmachen.

Unter den Sozialabgaben sind die GKV-Pflichtbeiträge der Arbeitgeber auch nur ein Kostenblock unter anderen. Im Jahr 2000 betrug die Arbeitgeberpflichtbeiträge zur GKV im Produzierenden Gewerbe *4,5 Prozent* der Arbeitskosten je vollbeschäftigten Arbeitnehmer. Daran lässt sich ablesen, welche vergleichsweise geringe Belastung den Unternehmen entsteht, wenn die Beitragssätze zur gesetzlichen Krankenversicherung um ein Prozentpunkt steigen, wobei die Arbeitnehmer die Hälfte der Belastung zu tragen haben (paritätische Finanzierung).

Wenn Leistungsfähigkeit und Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens wiederhergestellt und dauerhaft gesichert werden sollen, ist eine Neuorientierung an den Bedürfnissen einer Gesellschaft des langen Lebens sowie ein verantwortungsvoller Umgang mit der Geldern der Versicherten unabdingbar. Deshalb fordert die deutsche Ärzteschaft:

- Solidarität nach der tatsächlichen Leistungsfähigkeit, d.h. Erweiterung der Finanzierungsbasis der GKV über das Arbeitseinkommen hinaus
- Stärkung der Eigenvorsorge und der Eigenverantwortung einschließlich einer finanziellen Selbstbeteiligung
- Herausnahme der versicherungsfremden Leistungen aus der GKV
- Beendigung der Quersubventionen anderer Sozialversicherungszweige mit Krankenkassenbeiträgen
- Erhaltung der ärztlichen Selbstverwaltung zur Sicherung von Qualität und medizinischem Fortschritt
- Erhalt der freien Arztwahl und der Therapiefreiheit

Reformoptionen

Aus Sozialstaatlichkeit und Daseinsvorsorge folgt eine obligatorische Absicherung der Bevölkerung gegen das Krankheitsrisiko. In Deutschland wird diese Aufgabe bisher durch eine gesetzliche Krankenversicherung (GKV) gelöst. Die Ausgestaltung dieses Schutzsystems orientiert sich jedoch nicht immer vorrangig an einer Patientenversorgung, die ärztlich verantwortbar ist. Für eine weiter gehende Reform sind deshalb grundsätzlich zwei Optionen zu diskutieren.

I. Weiterentwicklung des bisherigen Systems

Das System der GKV wird mit seinen Grundprinzipien der Eigenverantwortung, Subsidiarität, Solidarität und Beitragsfinanzierung fortgeführt. Subsidiarität bedeutet dabei, dass jede gesellschaftliche und staatliche Tätigkeit ihrem Wesen nach subsidiär, d.h. unterstützend und ersatzweise eintretend ist. Die höhere staatliche oder gesellschaftliche Einheit darf nur dann helfend tätig werden und Funktionen der niederen Einheit an sich ziehen, wenn deren Kräfte nicht ausreichen, diese Funktionen selbst wahrzunehmen.

Solidarität bedeutet das wechselseitige Eintreten aller füreinander. Durch die soziale Sicherung wird für den einzelnen ein Recht auf Sicherheit begründet. Dabei darf allerdings nicht vergessen werden, dass Solidarität auch gegenüber den künftigen Generationen verpflichtet.

Zu einer wirklich grundlegenden Weiterentwicklung sollten deshalb folgende Forderungen erfüllt werden:

Feststellung des Versorgungsbedarfes

Grundlage für das Handeln der Akteure im Gesundheitswesen muss die fortlaufende Erfassung und Bewertung des Versorgungsbedarfes sein. Mit Hilfe der Definition von Versorgungszielen werden zum einen notwendige Prioritäten gesetzt, zum anderen eine bessere Allokation der zur Verfügung stehenden Mittel gewährleistet.

Für langfristig tragfähige gesundheitspolitische Entscheidungen ist die Förderung von Versorgungsforschung unabdingbar.

Leistungsumfang – Neudefinition

Es ist untragbar, dass der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Vergangenheit immer mehr versicherungsfremde Aufgaben zugewiesen wurden. Diese Aufgaben müssen in eine Steuerfinanzierung überführt werden.

Es dürfen nur die solidarisch zu verteilenden Risiken finanziert werden. D. h. Konzentration auf das im Krankheitsfall und zur Gesundheitserhaltung medizinisch Notwendige, Flexibilisierung des Leistungsrechtes mit Blick auf die Patientenbedürfnisse (z. B. Zusatzleistungen) sowie Grundoptionen zur Wahl von Sachleistungen oder Kostenerstattung.

Bei mehreren nach Kosten oder Aufwand unterschiedlichen, aber medizinisch gleichwertigen Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten (einschließlich Arznei- und Heilmittelversorgung) ist durch den Bundesausschuss Ärzte/Krankenkassen jeweils zu definieren, auf welcher Stufe der Behandlung ein Sachleistungsanspruch besteht und für welche kostenaufwendigeren Untersuchungen bzw. Behandlungen die Krankenkasse einen Zuschuss in Höhe des Sachleistungsaufwandes zahlt (Zuschussprinzip).

Ein sozial abgefederter Einsatz der Instrumente Selbstbehalt und Selbstbeteiligung soll Anreize zu einer kostenbewussten Inanspruchnahme notwendiger Maßnahmen durch die Versicherten setzen. Sie sollen das Kostenbewusstsein stärken.

Finanzierung und Bemessungsgrundlagen

Die Finanzlücken der GKV müssen strukturell behoben werden. Die GKV muss so finanziert werden, dass eine gerechte Belastung aller Versicherten für die Finanzierung des notwendigen medizinischen Bedarfs gesichert wird. Daher muss die Beitragsbemessungsgrundlage auf andere Einkommensarten ausgedehnt werden.

Versorgungsaufgabe der Ärzteschaft

Die Ärzteschaft übernimmt eine soziale Verantwortung für die Patientenversorgung unter Wahrung ihres Berufsauftrages. Dazu sind erforderlich:

- Akzeptable Rahmenbedingungen zur Gewährleistung freier Berufsausübung in der ambulanten und stationären Versorgung durch gleichgewichtige, selbstverwaltete Vertragsbeziehungen der Krankenkassen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern unter Mitwirkung von Krankenhausärzten bei frei ausgehandelten Vergütungen,
- Kollektive Sicherstellung einer flächendeckenden und gleichmäßigen Versorgung,

- Vertragsfreiheit zwischen den Selbstverwaltungspartnern.

Die Ärzteschaft garantiert dafür eine qualitätsgesicherte, medizinische Versorgung unter Übernahme einer Behandlungsverpflichtung im Rahmen des definierten und konsentierten Leistungsumfanges.

Benötigt werden einheitliche Vergütungsstrukturen für die ambulante und stationäre Versorgung, um die Effizienz der Versorgung auf der jeweils kostengünstigsten Versorgungsebene sicherzustellen und ökonomisch falsche Anreize zu Leistungsverlagerungen auszuschließen. Ziel ist die Vereinbarung einer die ärztliche Leistung unter Berücksichtigung von Zeitaufwand und Schweregrad unabhängig von der Art der Unterbringung des Patienten durchgehend einheitlich bewertenden Vergütungsordnung, auf deren Grundlage der freiberufliche Vertragsarzt wieder mit festen Preisen kalkulieren kann und für das Krankenhaus DRG's unter zusätzlicher Berücksichtigung von Pflege und Unterbringung kalkuliert werden. Nur so können gleiche Wertbewerbsbedingungen hergestellt und ökonomische Fehlanreize zu Leistungsverlagerungen vermieden werden.

II. Systemwandel

Neuorientierung durch grundlegenden Wandel:

- Obligatorische Versicherungspflicht aller Bürger von Geburt an für die Deckung der großen Krankheitsrisiken in einer privatwirtschaftlich organisierten Krankenversicherung neuer Art auf gesetzlicher Grundlage.
- Individuelle Wahlfreiheit zur Erweiterung des obligatorischen Versicherungsschutzes.
- Individuelle Wahlfreiheit des Versicherten mit einem Kontrahierungszwang für die Krankenversicherung.
- Ähnlich wie bei Arbeitsunfällen eine gesonderte Absicherung über die Berufsgenossenschaft erfolgt, so sollte auch für private Unfälle eine gesonderte Unfallversicherung geprüft werden (ca. 7.7 Mio. Unfälle bedeuten ca. 10.4 Mrd. Euro).

Gesellschaftliche Solidarität erfordert die – ggf. anteilige – Übernahme der Kosten des obligatorischen Versicherungsschutzes durch den Staat bei den Bevölkerungsgruppen,

bei denen die Prämienzahlung einen definierten Anteil (z. B. 15 %) des Bruttofamilieneinkommens übersteigt. Dies wäre durchaus systemkonform (Beispiel Wohngeld).

Die Überleitung des jetzigen GKV-Systems in ein solch neues Versicherungssystem müsste unter Wahrung des finanziellen Beitrages der Arbeitgeber als künftiger Lohnbestandteil durch einmaligen Aufschlag auf den Lohn erfolgen.

Der Versicherungsschutz bisher geschützter Personen muss grundsätzlich erhalten bleiben, in Übergangsregelungen muss diese langfristige Wahloption aller derzeit Versicherten festgeschrieben werden.

Die kollektivvertragliche Übernahme von Behandlungsverpflichtungen und Versorgungsaufträgen einschließlich der Qualitätssicherung muss als Option für die Ärzteschaft erhalten bleiben.

Stand: 24.1.2003