



1) Duales Krankenversicherungssystem fortentwickeln

Die Ärzteschaft plädiert für eine Fortentwicklung des Krankenversicherungssystems auf Grundlage der Dualität von gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und privater Krankenversicherung (PKV). Der Wettbewerb zwischen GKV und PKV garantiert einen umfangreichen Katalog an Leistungen, von denen letztlich alle Patienten profitieren. Um den Wettbewerb innerhalb der GKV zu stärken, ist es notwendig, den derzeitigen Versichertenanteil zu einem einkommensunabhängigen und von den Kassen autonom festzulegenden Gesundheitsbeitrag weiterzuentwickeln. Ein Sozialausgleich schützt Geringverdiener vor finanzieller Überforderung. Für jedes in Deutschland geborene Kind sollte ein Gesundheitssparkonto eingerichtet werden, das als kapitalgedecktes Ansparprogramm die finanziellen Folgen der zukünftigen demographischen Entwicklung abfedert.

Die Ärzteschaft lehnt dagegen die Einführung einer Bürgerversicherung ab. Die Bürgerversicherung ist nicht gerechter, wie immer behauptet wird, weil Gerechtigkeit eben nicht Einheitsversicherung und Ausschluss von Wahlmöglichkeiten bedeutet. Sie führt hingegen unweigerlich zu einer Zwei-Klassen-Medizin, denn es wird immer Bürger geben, die für schnellere, komfortablere Leistungen aus eigenem Vermögen mehr bezahlen werden. Man wird wieder an der Gesundheit den Reichtum der Menschen erkennen können. Und die Bürgerversicherung löst keines der drängenden Zukunftsprobleme der GKV: Demographie der Bürger, Demographie der Leistungserbringer im Gesundheitswesen, Translation von medizinischem Fortschritt in die tägliche Versorgung. Ohne Wettbewerb um die beste Versorgung wird es keinen Fortschritt geben. Die Bürgerversicherung stärkt ausschließlich die Macht der Krankenkassen und ihrer Funktionäre. Dies lehnen wir ab.

Bei der privaten Krankenversicherung muss allerdings die Transparenz der Tarife deutlich verbessert werden, ein Leistungskatalog für die Mindestversorgung privat versicherter Patientinnen und Patienten verbindlich gemacht und die Portabilität der Alterungsrückstellungen im Fall eines Versicherungsverwechslers erleichtert werden. Fragwürdige Anreize für Versicherungsvermittler sind abzustellen.

2) GOÄ

Die Ärzteschaft fordert die Politik auf, die Novellierung der GOÄ auf Grundlage der von der Ärzteschaft geleisteten Vorarbeiten ohne weitere Verzögerungen umzusetzen. Die geltende GOÄ stammt in wesentlichen Teilen (operative Kapitel, fast alle konservativen Kapitel) aus dem Jahr 1982. Die seither erfolgte politische Vernachlässigung der GOÄ-Reform – die letzte Teilnovelle erfolgte 1996 - fördert Abrechnungskonflikte und bringt die Ärzteschaft dadurch in Misskredit. Die GOÄ muss verständlicher, transparenter und in ihrer Anwendung besser nachvollziehbar werden und sie muss auch künftig ihre Schutzfunktion, wie in § 11 Bundesärzteordnung festgelegt, bewahren, d.h. den Patienten vor finanzieller Überforderung, den Arzt vor einem ruinösen "Unterbietungswettbewerb" schützen. Als Übergangslösung muss ein Inflationsausgleich geschaffen werden. Seit 1996 beträgt die Inflation in Deutschland 30,4 Prozent – der Punktwert in der GOÄ ist hingegen gleich geblieben. Der GOÄ-Punktwert muss deshalb umgehend unter Berücksichtigung des Inflationsausgleichs angehoben werden.

3) Fortpflanzungsmedizinengesetz

Angesichts fragmentarischer und zum Teil inkongruenter rechtlicher Regelungen fordert die Ärzteschaft die Bundesregierung auf, für die Reproduktionsmedizin eine systematische Rechtsentwicklung einzuleiten. Nur der Gesetzgeber kann über diese, das menschliche Leben elementar berührenden Fragen, verbindlich entscheiden. Im Fokus sollten sachadäquate Regelungen stehen, die die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Reproduktionsmedizin in Deutschland festlegen. Im Interesse einer optimalen Versorgung und Behandlung der betroffenen Paare ist die verfasste Ärzteschaft weiterhin bereit, Aufgaben zur verantwortungsbewussten Ausgestaltung und Umsetzung dieser rechtlichen Rahmenbedingungen zu übernehmen, so durch die Erarbeitung von Richtlinien zur Feststellung des jeweils gesicherten Standes der Erkenntnisse der Wissenschaft.

4) Ärztliche Nachwuchsförderung

Die Ärzteschaft fordert die Politik dazu auf, stärker Verantwortung für die Förderung des ärztlichen Nachwuchses zu übernehmen. Insbesondere die Länder müssten eine ausreichende Zahl an Medizinstudienplätzen schaffen, damit die ambulante und stationäre Versorgung auch künftig auf dem jetzigen hohen Qualitätsniveau erhalten werden kann. Auch die Zugangskriterien für die Studienplatzvergabe an den medizinischen Fakultäten sind zu ändern. Die Politik ist aufgefordert, auf bundesweit einheitliche Kriterien hinzuwirken, nach denen besonders diejenigen Universitäten mit finanziellen Mitteln der Länder gefördert werden, die objektivierbare Assessments auf rechtlich abgesicherter Basis transparent durchführen. Zudem muss sich die Politik für eine flächendeckende und angemessene Aufwandsentschädigung im Praktischen Jahr einsetzen und jungen Ärztinnen und Ärzten die Niederlassung in strukturschwachen Regionen etwa durch Investitionsförderungen erleichtern. Darüber hinaus sind die mit dem Versorgungsstrukturgesetz eingeleiteten Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie weiter auszubauen.

5) Krankenhausfinanzierung / Investitionen

Die Ärzteschaft sieht über die geplanten Finanzhilfen für Krankenhäuser hinaus die Notwendigkeit einer nachhaltigen Reform der Krankenhausfinanzierung, die den stationären Einrichtungen zur Erfüllung ihrer Aufgaben dauerhafte Planungssicherheit gibt. Dementsprechend fordert die Ärzteschaft eine volle Refinanzierung der Tariflohnsteigerungen und Personalentwicklungskosten, um auch bereits defizitären Häusern eine adäquate Stellenbesetzung zu ermöglichen und damit die Qualität der Arbeitsbedingungen gewährleisten zu können. Die Verantwortung im Sinne des Sicherstellungsauftrags und der Gewährleistungsverpflichtung muss bei den Bundesländern verbleiben. Das nimmt die Bundesländer aber auch in die Pflicht, zur finanziellen Entlastung der Krankenhäuser ihren Beitrag zu leisten. Die Ärzteschaft fordert die Länder mit Nachdruck auf, endlich in vollem Umfang ihren Investitionsverpflichtungen für den stationären Bereich nachzukommen. Forderungen, insbesondere von Krankenkassen zur Einführung selektiver Vertragsstrukturen auch im stationären Bereich, werden abgelehnt. Selektive Verträge

stellen kein geeignetes Instrument zur dauerhaften Sicherstellung einer flächendeckenden, qualitativ hochwertigen stationären Versorgung dar.

6) Krankenhaus / Vergütung

Die Einführung der Diagnosis Related Groups (DRG) in der in Deutschland praktizierten Form hat maßgeblich zu einem mehr an betriebswirtschaftlichen Vorgaben als an Patienteninteressen orientierten Gesundheitswesen beigetragen. Notwendig ist deshalb eine Anpassung des DRG-Systems an individuelle Patienteninteressen, ein Verbot quantitativer Vorgaben in Arztverträgen und stattdessen qualitative Anreize, eine Förderung von Weiter- und Fortbildung sowie die Entlastung von Ärztinnen und Ärzten von Dokumentationstätigkeiten.

7) Transplantationsregister

Um die Basis der Richtlinienarbeit der Bundesärztekammer in der Transplantationsmedizin weiter auszubauen, müssen alle schon jetzt bestehenden Datenströme vereinheitlicht, zusammengeführt und ggf. auch erweitert werden. Die Ärzteschaft fordert die Politik auf, geeignete Rahmenbedingungen zur schnellstmöglichen Einrichtung eines Transplantationsregisters zu schaffen. Das Transplantationsregister ist bei der Geschäftsstelle Transplantationsmedizin bei der Bundesärztekammer und damit bei den Partnern der Selbstverwaltung anzusiedeln. Basierend auf einer angemessenen logistischen Ausstattung zur kontinuierlichen Daten- und Ergebnisauswertung, wird ein Transplantationsregister wesentlich dazu beitragen, Transparenz, Verteilungsgerechtigkeit und Qualität der Transplantationsmedizin in Deutschland zu befördern und damit das Vertrauen der Bevölkerung in die Transplantationsmedizin nachhaltig zu stärken.

8) Sunshine Act

Um einen wachsenden Einfluss der pharmazeutischen und Geräteindustrie auf die Medizin zu verhindern, müssen alle Zuwendungen der Industrie an Ärzte und weitere Beteiligte offengelegt werden. Umgesetzt werden könnte dies nach dem Vorbild des US-amerikanischen „Physicians Payment Sunshine Act“. Danach

müssten alle finanziellen und Sachleistungen sowie Name, Adresse, Anbieter, Wert, Datum und Art der Zuwendung offengelegt werden. Ferner sieht das Modell eine Meldepflicht für die finanzielle Beteiligung von Ärzten an Herstellerfirmen und Einkaufsorganisationen vor. Die Ärzteschaft fordert die Politik auf, die rechtlichen Vorgaben für eine solche Regelung zu schaffen.

9) Korruptionsbekämpfung

Sollte die Politik strafrechtliche Regelungen zur Ahndung von Bestechung und Bestechlichkeit im Gesundheitswesen umsetzen, sollten diese nicht im SGB V, sondern im Strafgesetzbuch verankert werden. Strafrechtliche Regelungen zur Korruptionsbekämpfung müssen zudem für alle Beteiligten im Gesundheitswesen gleichermaßen gelten, also z. B. auch für die Hersteller von Arzneimitteln und Medizinprodukten sowie für Krankenkassenvertreter.

10) Regressrisiko

Um die nach wie vor bestehende massive Unsicherheit in der Vertragsärzteschaft wegen drohender Regresse zu beheben, ist die Ausweitung des Grundsatzes "Beratung vor Regress" auf andere Formen der Wirtschaftlichkeitsprüfung (insbesondere der "sonstige Schaden") für eigene Leistungen sowie medizinisch begründete Fälle einer wiederholten Regelverletzung unabdingbar.

11) Prävention

Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, an deren Erfüllung in Kooperation mit Ärztinnen und Ärzten unterschiedliche staatliche Ebenen, das Bildungswesen, betriebliche Gesundheitsförderung, der öffentliche Gesundheitsdienst und andere gesellschaftliche Einrichtungen mitwirken müssen. Nicht zuletzt ist es eine Aufgabe der Krankenkassen, Prävention zu einem Instrument intelligenter und differenzierter Gesundheitsvorsorge zu machen, indem sie sich dazu evaluierter und in der Wirksamkeit belegter Interventionsmöglichkeiten bedienen.

12) Medizinische Versorgung von Migranten

Asylbewerber, weitere Ausländer, wie z. B. Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus, sowie Angehörige eines EU-Mitgliedstaates, die häufig keinen ausreichenden Versicherungsschutz besitzen, wenn sie nicht fest angestellt oder nur geringfügig beschäftigt sind, haben nur Zugang zu einer Gesundheitsversorgung, die im Vergleich zum Versorgungsniveau der gesetzlichen Krankenkassen deutlich eingeschränkt ist. Die Ärzteschaft fordert deshalb die Politik auf, die Ungleichbehandlung dieser Ausländer in der Gesundheitsversorgung zu beenden.