

1. Gesundheits- und Sozialpolitik

Die ärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31.12.2005

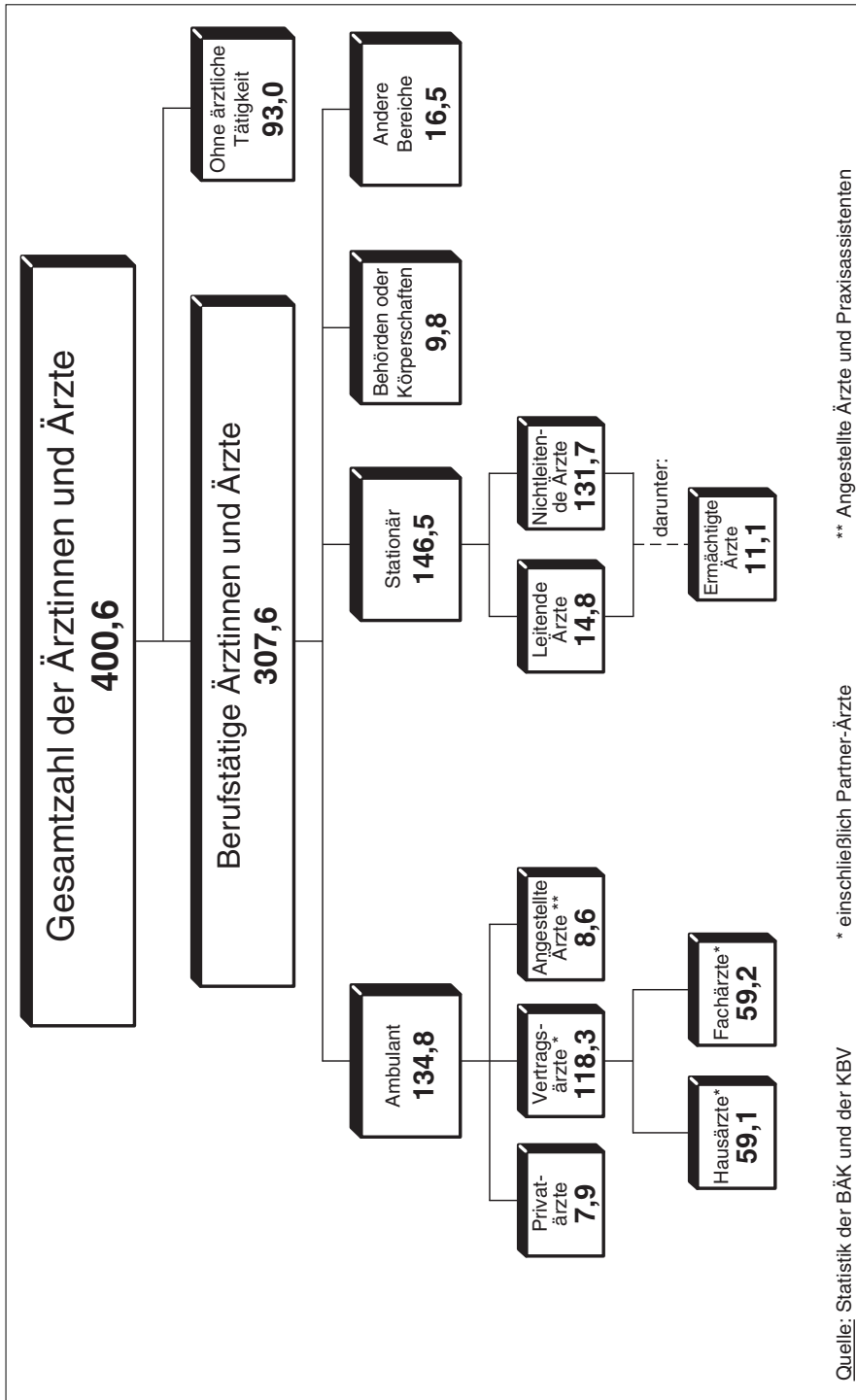
Im Jahre 2005 ist die Gesamtzahl der bei den Landesärztekammern gemeldeten Ärztinnen und Ärzte auf 400.562 gestiegen. Dies sind 1,6 % mehr als im Jahre 2004 und entspricht in etwa den Steigerungsraten der vorherigen Jahre. Der Anteil der Ärztinnen an der Gesamtzahl der Ärzte ist auch im Jahre 2004 in der Tendenz der letzten Jahre entsprechend leicht angestiegen und hat jetzt 41,4 % der Gesamtzahl (2004: 41,0 %) erreicht.

Die weiterhin positive Zuwachsrate der Zahl der Ärzte in Deutschland verdeckt, dass sich der bereits im Jahre 2001 prognostizierte Ärztemangel in den Statistiken niederschlägt. So ist im Jahre 2005 bei sieben Ärztekammern die Zahl der Krankenhausärzte zurück gegangen (Baden-Württemberg, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen und Sachsen-Anhalt). Zudem musste bei sechs Ärztekammern ein Rückgang der ambulant tätigen Ärzte verzeichnet werden (Berlin, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen). Dies führte dazu, dass bei drei Ärztekammern die Zahl der berufstätigen Ärzte zurückgegangen ist (Berlin, Bremen und Sachsen-Anhalt).

Die ärztliche Versorgung der Bevölkerung ist vielerorts nur noch durch die Zuwanderung ausländischer Ärzte aufrechtzuerhalten. So beträgt der Anteil der Ausländer bei den Erstmeldungen bei den Ärztekammern im Jahre 2005 17 %. Damit ist fast jeder fünfte Arzt, der erstmalig seine Berufstätigkeit in Deutschland aufnimmt, ein Ausländer. Die ausländischen Ärzte werden in erster Linie in den neuen Bundesländern tätig, und dort im stationäre Bereich. So ist im Jahre 2005 die Zahl der ausländischen Ärzte in den Krankenhäusern der neuen Bundesländern nochmals um 11 % gestiegen, obwohl bereits im Vorjahr mit 30,8 % ein sehr hoher Anstieg zu verzeichnen war, wobei die weit überwiegende Zahl dieser Ärzte aus den osteuropäischen Staaten kommt. Dieses Phänomen führt dazu, dass in den neuen Bundesländern kein Rückgang der Zahl der Krankenhausärzte zu verzeichnen ist, während sie in den alten Bundesländern um 0,2 % gesunken ist. Dass die Zuwanderung ausländischer Ärzte auch in die alten Bundesländer notwendig ist, erkennt man daran, dass ohne diese Immigration die Zahl der Krankenhausärzte in den alten Bundesländern um 0,3 % gesunken wäre.

Im Moment erscheint es so, als würde den neuen Bundesländern die zur Aufrechterhaltung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung notwendige Attrahierung von ausländischen Ärzten besser gelingen als den alten Bundesländern.

Abbildung 1: Struktur der Ärzteschaft 2005 (Zahlen in Tausend)



Quelle: Statistik der BÄK und der KBV

* einschließlich Partner-Ärzte

** Angestellte Ärzte und Praxisassistenten

Abbildung 2: Berufstätige Ärztinnen und Ärzte nach Arztgruppen zum 31.12.2005

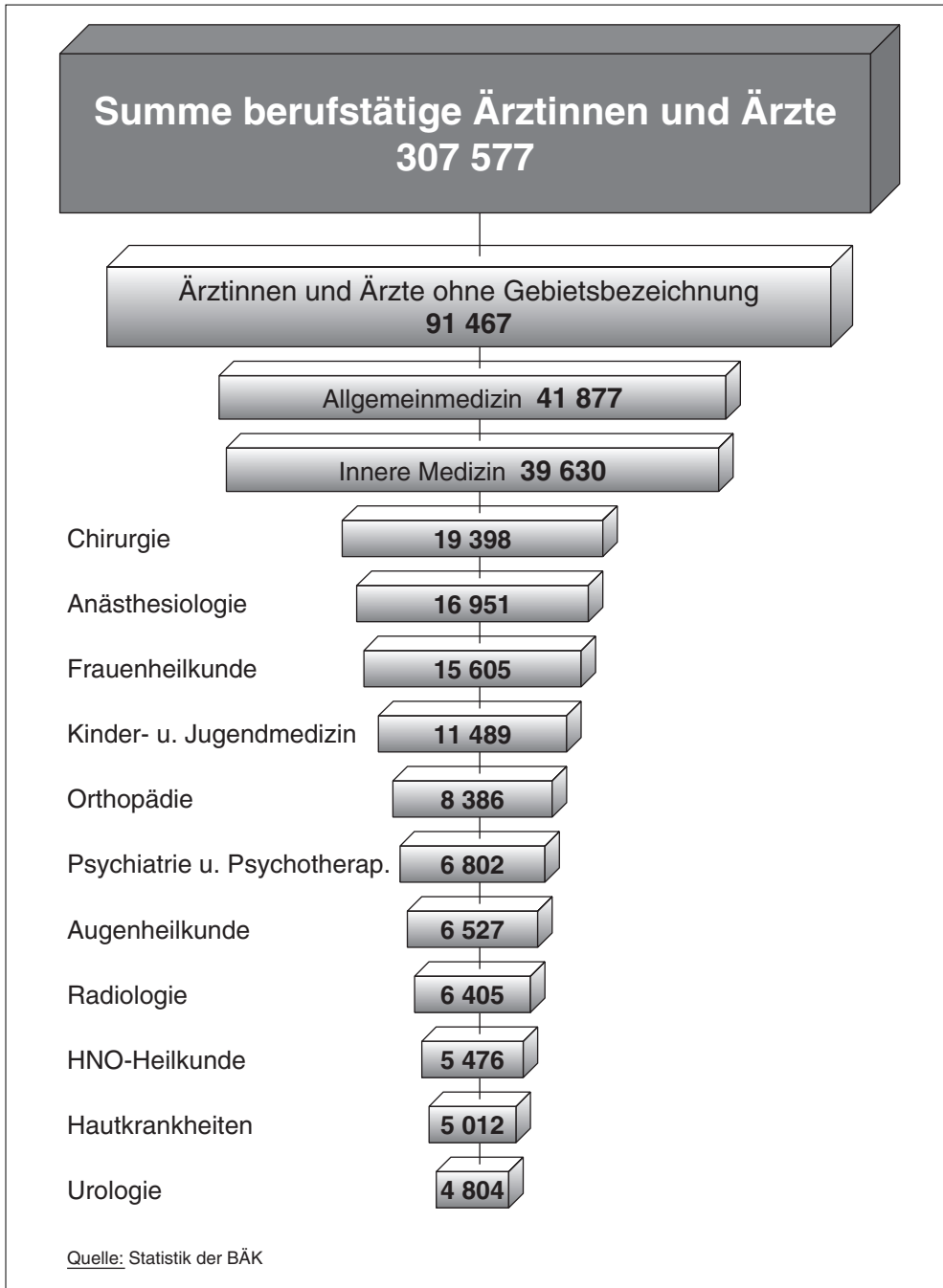
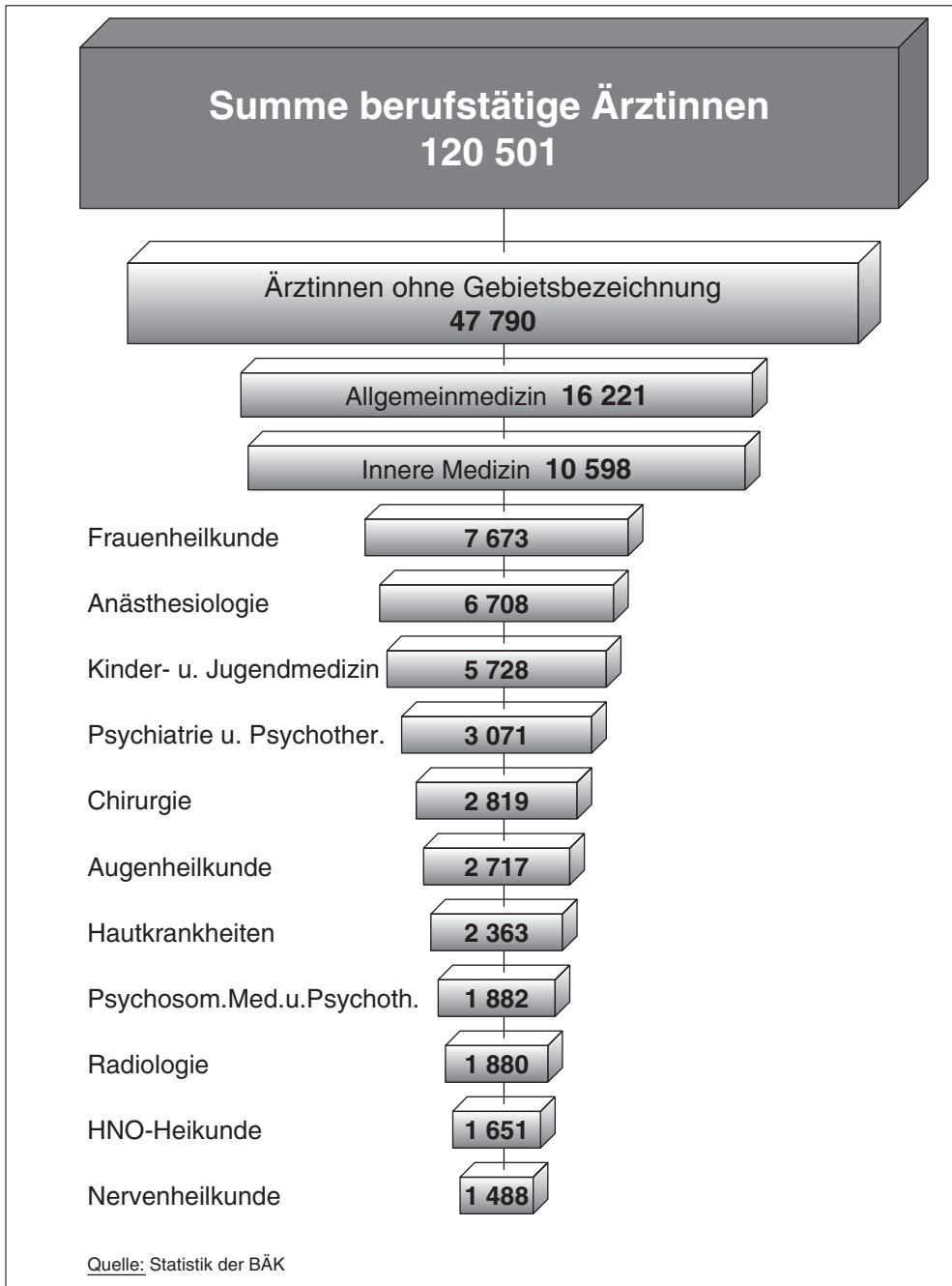


Abbildung 3: Berufstätige Ärztinnen nach Arztgruppen zum 31.12.2005



Berufstätige Ärzte

Ohne die 92.985 nicht ärztlich Tätigen waren im Bundesgebiet 307.577 Ärztinnen und Ärzte ärztlich tätig, dies sind 1.142 mehr als im Vorjahr. Die Zuwachsrate von 0,4 % im Jahre 2005 ist damit wiederum geringer als im Vorjahr. Damit setzt sich der Abschwächungstrend der letzten Jahre fort. Die Zuwachsraten der letzten fünf Jahre betragen 0,8 % (2004), 1 % (2003), 1,1 % (2002), 1,2 % (2001) und 1,5 % (2000). Diese aggregierten Daten verdecken allerdings, dass es regionale Unterschiede gibt. So sind in Berlin, Bremen und Sachsen-Anhalt die Zahl der berufstätigen Ärzte um 5,1 %, 0,9 % bzw. 0,7 % gesunken. Der besonders hohe Rückgang in Berlin ist auf eine Bereinigung der Daten zurückzuführen.

Auch der Anteil der Ärztinnen an der Gesamtzahl der berufstätigen Ärzte ist im Jahre 2005 wiederum leicht angestiegen und hat jetzt 39,2 % der Gesamtzahl (2004: 38,7 %) erreicht. Der Anteil der Ärztinnen an den berufstätigen Ärztinnen und Ärzten lag 1991 noch bei rund einem Drittel (33,6 %). Seitdem hat sich der Frauenanteil um 16,7 % erhöht.

Auf Grund des geringen Zuganges an jungen Ärztinnen und Ärzten verschiebt sich die Altersstruktur weiter zu den älteren Jahrgängen. So verringerte sich der Anteil der unter 35-Jährigen recht deutlich von 16,3 % im Jahre 2004 auf jetzt 15,4 %. Im Jahre 1991 betrug dieser Wert noch 27,4 %. Seit dieser Zeit ist der Anteil der jungen Ärzte um dramatische 44 % gesunken. Gleichzeitig betrug der Anteil der über 59-Jährigen im Jahre 2005 12 %. Im Jahre 1991 lag dieser Wert noch bei 7,5 %. Dies entspricht einer Steigerungsrate um 60 %.

Bei den einzelnen Arztgruppen fallen die Zuwachsraten recht unterschiedlich aus. Sehr große Steigerungsraten sind bei den Gebieten Neurologie (+ 8,8 %), Humangenetik (+6,8 %), Psychiatrie und Psychotherapie (+ 6,6 %) sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (+ 5,1 %) zu finden.

Die größten Rückgänge gab es bei den Ärzten folgender Gebietsbezeichnungen: Biochemie (- 7,6 %), Hygiene und Umweltmedizin (- 5,6 %), Anatomie (- 5,3 %) sowie Öffentliches Gesundheitswesen (- 4,5 %).

Im Krankenhaus tätige Ärzte

Der Anteil der im Krankenhaus tätigen Ärztinnen und Ärzte bezogen auf alle ärztlich Tätigen verharrt mit 47,6 % in etwa auf dem Niveau des Vorjahres. Die Zahl der Krankenhausärztinnen und -ärzte stieg nur geringfügig um 0,1 % (absolut: 154 Ärztinnen und Ärzte) auf 146.511. Folgende Landesärztekammern haben Rückgänge an stationär tätigen Ärzten zu verzeichnen: Berlin um 8,2 % (hoher Wert wegen Bereinigung der Daten), Bremen und Hamburg jeweils um 0,8 %, Niedersachsen um 0,6 %, Sachsen-Anhalt um 0,4 %, Baden-Württemberg um 0,3 % und Hessen um 0,2 %.

Der Anteil der Ärztinnen im Krankenhaus ist im Jahre 2004 weiter angestiegen, von 38,7 % im Jahre 2004 auf 39,2 %.

Zur Altersstruktur ist festzustellen, dass nur noch 29,4 % der Krankenhausärztinnen und -ärzte jünger als 35 Jahre ist (Vorjahr: 30,8 %). Im Jahre 1991 betrug dieser Wert noch 45,2 %. Dies entspricht einem Rückgang um knapp 35 %.

Ambulant tätige Ärzte

Die Zahl der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte ist im Jahre 2005 um 1,1 % angestiegen, was 1.433 Ärztinnen und Ärzten entspricht. Im Moment sind 134.798 Ärztinnen und Ärzte ambulant tätig.

Auch im ambulanten Bereich verdecken die globalen Zahlen, dass es erhebliche regionale Unterschiede gibt. So müssen folgende Landesärztekammern Rückgänge an ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten verzeichnen: Berlin um 2,2 % (Bereinigung der Daten!), Bremen um 1,4 %, Schleswig-Holstein um 0,4 %, Sachsen-Anhalt um 0,3 %, Mecklenburg-Vorpommern um 0,2 % und Thüringen um 0,1 %.

Die Zahl der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte stieg um 935 Ärztinnen und Ärzte, dies entspricht 0,7 %, auf 126.252.

Der Anteil der Ärztinnen an den ambulant tätigen Ärzten ist, nachdem in den Jahren 2003 und 2004 bereits deutliche Anstiege zu verzeichnen waren, im Jahre 2005 weiter gestiegen, von 36,5 % auf 37 %.

Bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten ist der Anteil der unter 40-Jährigen weiter gesunken, und zwar von 7,9 % im Jahre 2004 auf nur noch 6,7 %. Gleichzeitig ist der Anteil der mindestens 60-Jährigen von 19 % auf 19,4 % gestiegen. Damit bestätigt sich wiederum der prognostizierte Trend der Überalterung der deutschen Vertragsärzteschaft.

Eine weitere wichtige Entwicklung der letzten Jahre besteht darin, dass die Zahl der ausschließlich privat tätigen Ärzte kontinuierlich zunimmt. Lag ihre Zahl im Jahre 2001 erst bei 5.700, so hat sie sich seitdem um 2.200 auf 7.900 im Jahre 2005 erhöht. Dies entspricht einer Steigerungsrate um knapp 40 % in nur vier Jahren. Dies kann als Indiz angesehen werden, dass die Tätigkeit als Vertragsarzt in den letzten Jahren deutlich an Attraktivität verloren hat.

In Behörden/Körperschaften und in sonstigen Bereichen tätige Ärzte

Fasst man die Tätigkeitsfelder bei Behörden/Körperschaften und in sonstigen Bereichen zusammen, so waren dort mit 26.268 etwa 1,7 % weniger Ärztinnen und Ärzte tätig als im Vorjahr. Damit musste erstmals ein Rückgang an Ärztinnen und Ärzten in diesen Bereichen verzeichnet werden. Der Anteil der berufstätigen Ärzte, die in diesen Bereichen tätig sind, beträgt 8,5 % und liegt damit etwas niedriger im Vergleich zum Vorjahr, als der Anteil 8,7 % betrug. Damit gibt es keinen Hinweis, dass approbierte Ärzte ihren klassischen Tätigkeitsfeldern Krankenhaus und Praxis den Rücken kehren und sich vermehrt Tätigkeiten in anderen Bereichen zuwenden. Der bestehende Ärzteman-

gel ist vielmehr durch die mangelnde Bereitschaft von Nachwuchsmedizinern im kurativen Bereich tätig zu werden, bedingt.

Ärzte ohne ärztliche Tätigkeit

Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte ohne ärztliche Tätigkeit - soweit sie bei den Landesärztekammern registriert sind - hat sich wie die Jahre zuvor erhöht, im Jahre 2005 um 5,7 %. Dies entspricht 4.988 Ärztinnen und Ärzten. Der Zuwachs liegt damit wiederum deutlich höher als im Vorjahr, als die Steigerungsrate 4,7 % betrug.

Von den Ärztinnen und Ärzten ohne ärztliche Tätigkeit befinden sich 55,8 % im Ruhestand (Vorjahr: 55 %), 2 % sind berufsunfähig (Vorjahr: 2,1 %), 0,7 % befinden sich in der Freistellungsphase der Altersteilzeit (Vorjahr: 0,5 %), 5,4 % sind ausschließlich im Haushalt tätig (Vorjahr: 5,6 %), 2,7 % sind berufsfremd tätig (Vorjahr: 2,5 %), 5,2 % befinden sich in der Elternzeit (Vorjahr: 5,7 %), 11,2 % sind arbeitslos (Vorjahr: 11,3 %) und schließlich geben 17,1 % einen sonstigen Grund an (Vorjahr: 17,3 %).

Von der Bundesagentur für Arbeit in Nürnberg liegen die Arbeitslosenzahlen, die jeweils im September eines jeden Jahres erhoben werden, vor. Daraus ergibt sich, dass bis September 2005 ein leichter Zuwachs der Zahl der arbeitslosen Ärztinnen und Ärzte festzustellen ist. Es wurden 6.220 arbeitslose Ärztinnen und Ärzte gemeldet. Dies ist eine Zunahme um 80 Ärztinnen und Ärzte bzw. 1,3 % gegenüber dem Vorjahr.

Die Anteile der einzelnen Tätigkeitsbereiche an der Gesamtzahl der Ärztinnen und Ärzte verteilt sich nun wie folgt: ambulant 33,7 % (Vorjahr: 33,8 %), stationär 36,6 % (Vorjahr: 37,1 %), in Behörden/Körperschaften 2,5 % (Vorjahr: 2,6 %), in sonstigen Bereichen 4,1 % (Vorjahr: 4,2 %) und nicht ärztlich tätig 23,2 % (Vorjahr: 22,3 %).

Anzahl der erteilten Anerkennungen

Die Zahl der erteilten Anerkennungen des Jahres 2005 kann nicht mit den Zahlen des letzten Jahres verglichen werden, da mit der Umsetzung der neuen (Muster-)Weiterbildungsordnung auch die Statistik modifiziert wurde. Im Jahre 2005 wurden 12.493 Anerkennungen von Facharztbezeichnungen ausgesprochen. Die mit Abstand meisten Anerkennungen wurden mit 3.435 im Fach Allgemeinmedizin ausgesprochen. Dies entspricht einer drastischen Zunahme im Vergleich zum Vorjahr (2.084), die zweierlei Gründe hat: Erstens ist die Frist abgelaufen sich mit einer dreijährigen Weiterbildung niederzulassen und zweitens haben die sog. EU-Praktiker aufgrund europarechtlicher Regelungen das Recht auf eine Umschreibung zum Facharzt für Allgemeinmedizin, sofern sie die fachlichen Voraussetzungen erfüllen. Ebenfalls viele Anerkennungen wurden zum Führen des Facharztes für Innere Medizin erteilt (1.811) sowie zum Führen des Facharztes für Anästhesiologie (950). Bei den Anerkennungen von Schwerpunktbezeichnungen führt der Schwerpunkt Unfallchirurgie mit 339 Anerkennungen im Jahre 2005 vor dem Schwerpunkt Kardiologie (278) und Gastroenterologie (240). Im Jahre 2005 wurden für insgesamt 2.121 Schwerpunktbezeichnungen Anerkennungen ausgesprochen.

Abbildung 4: Anteil der berufstätigen Ärzte die in Behörden/Körperschaften und sonstigen Bereichen tätig sind

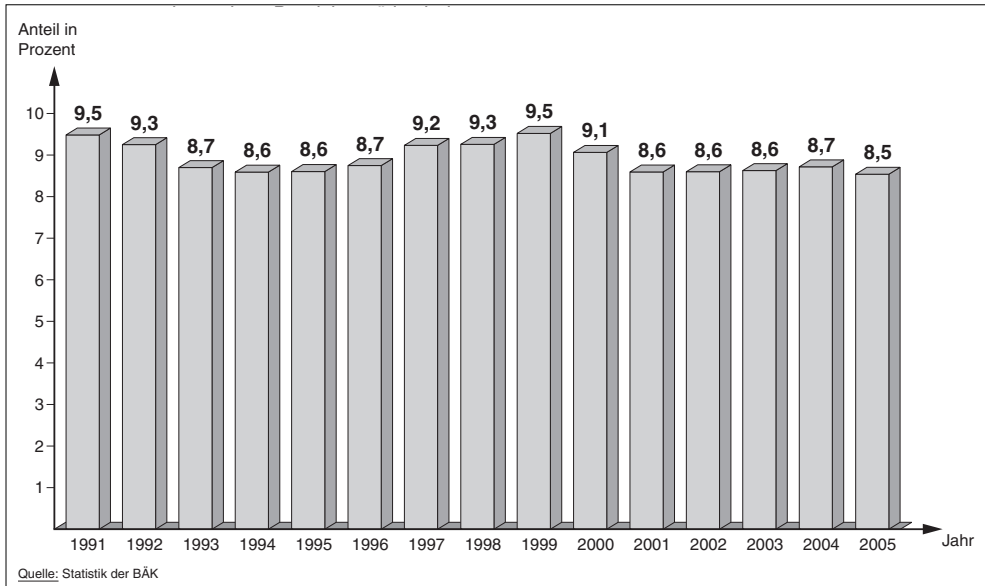


Abbildung 5: Durchschnittsalter der Ärzte

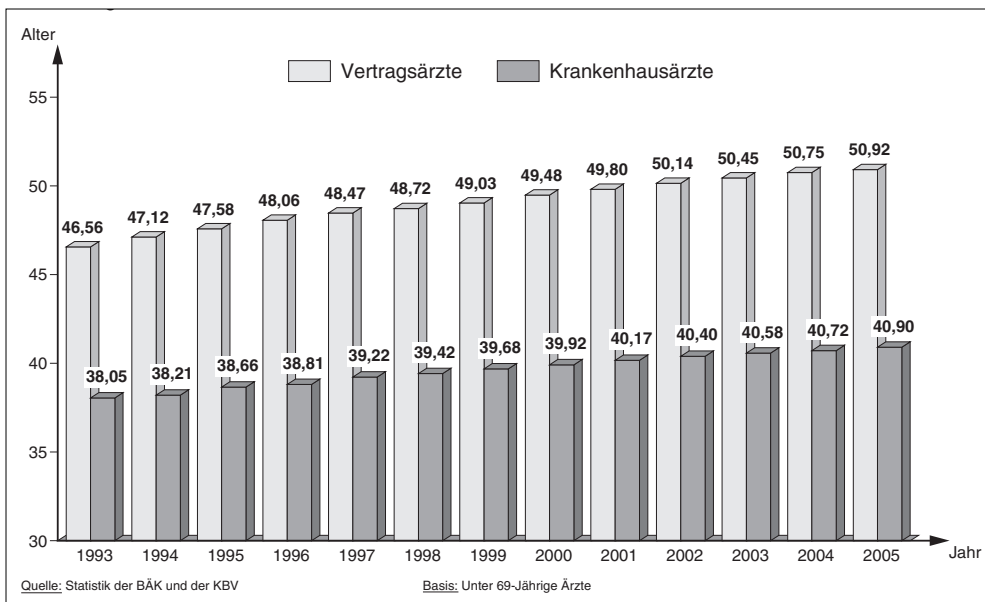


Abbildung 6: Anteil der unter 35-jährigen an allen berufstätigen Ärzten

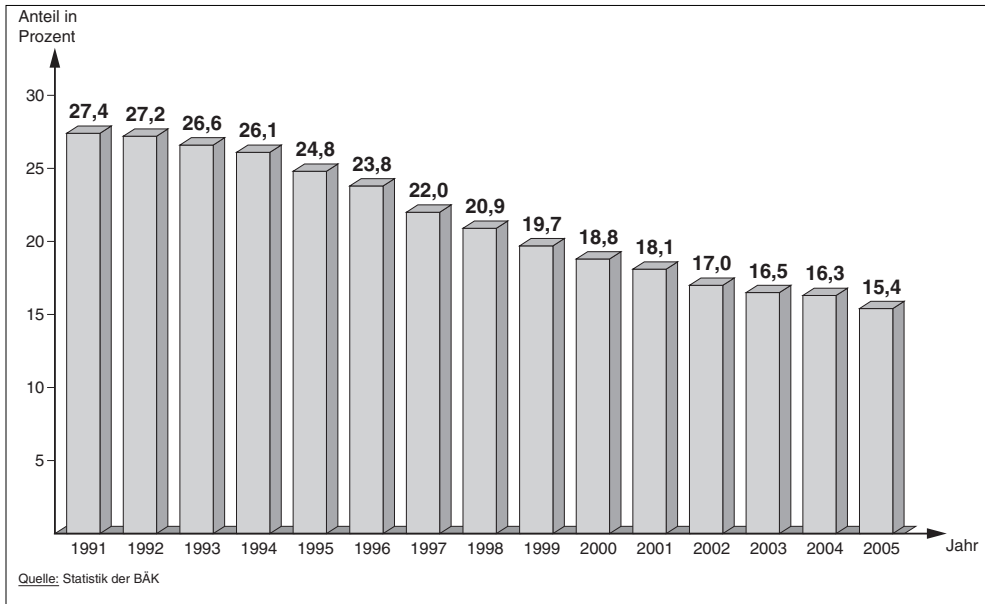


Abbildung 7: Altersstruktur der Hausärzte (ohne Kinderärzte) in den neuen Bundesländern zum 31.12.2005

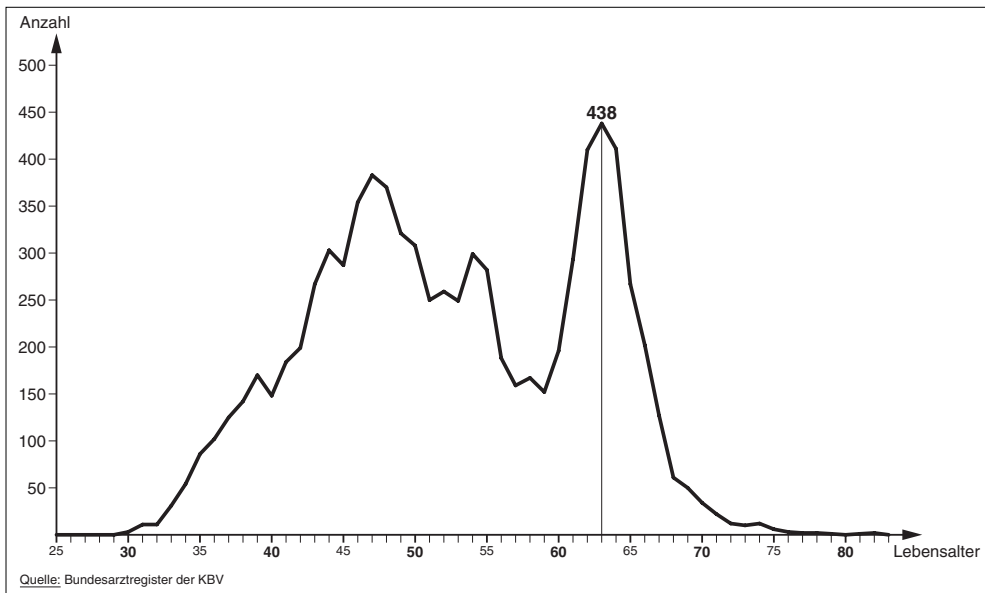


Abbildung 8: Entwicklung der Zahl der Studierenden* im Fach Humanmedizin

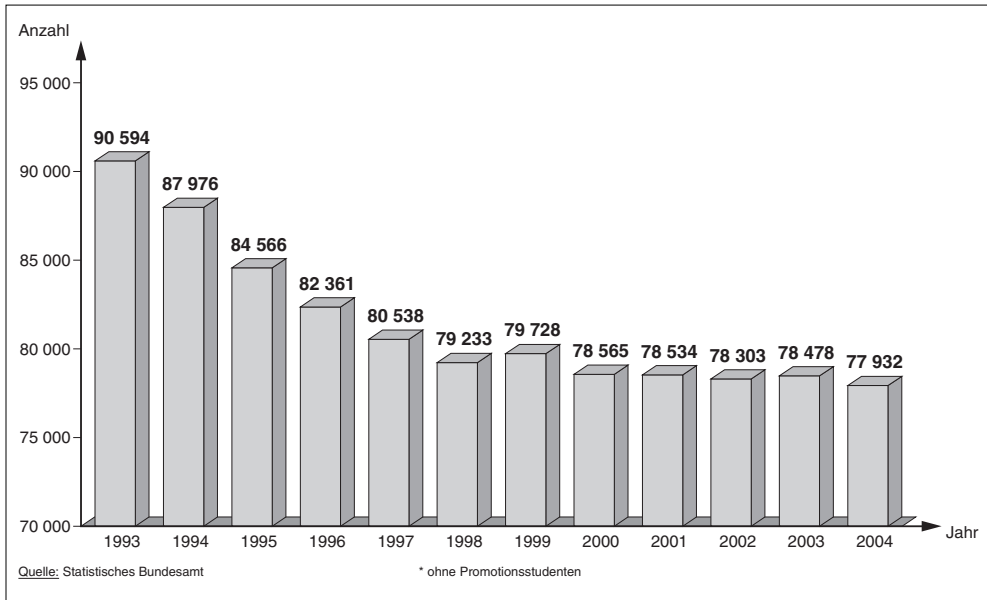


Abbildung 9: Entwicklung der Zahl der Absolventen im Fach Humanmedizin

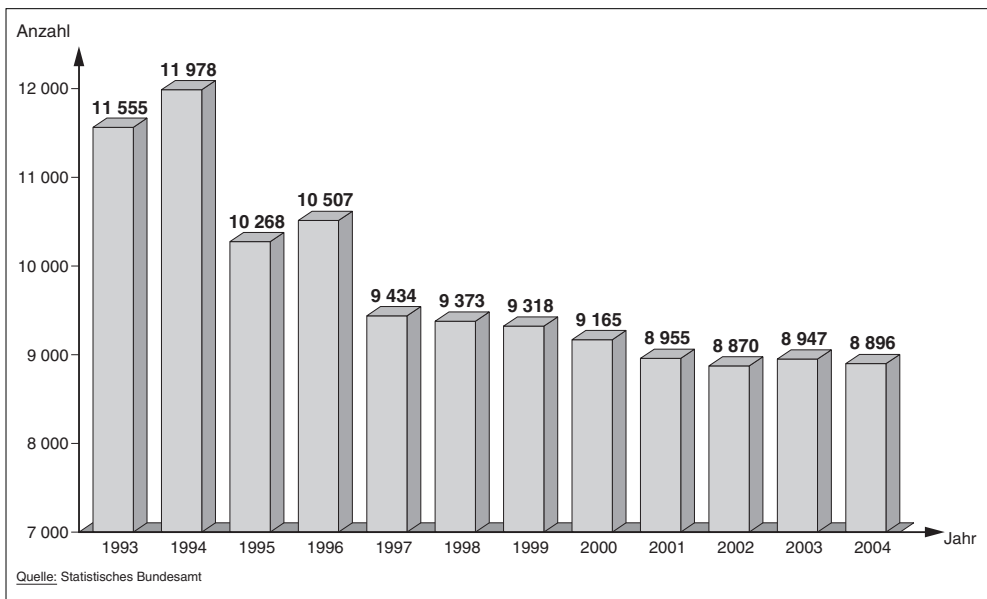


Abbildung 10: Entwicklung der Zahl der Gebietsanerkennungen

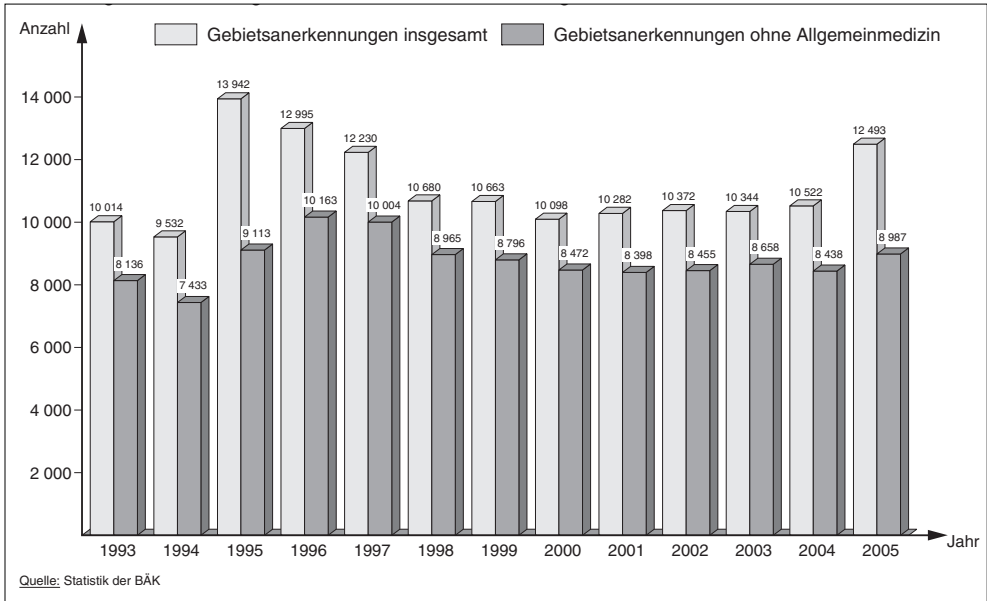
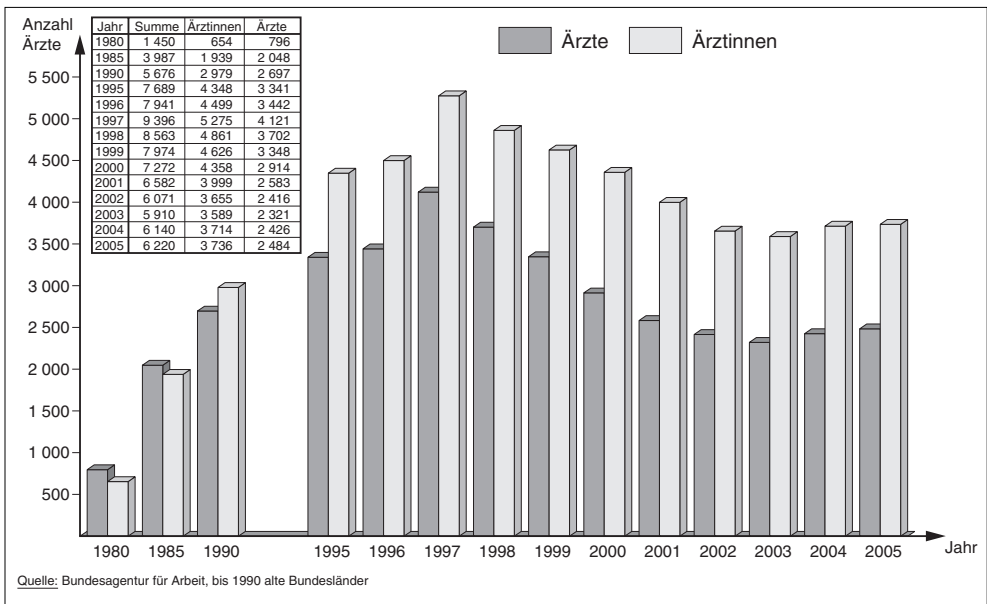


Abbildung 11: Anzahl der als arbeitslos gemeldeten Ärztinnen und Ärzte



Ausländische Ärztinnen und Ärzte

Die Zahl der in Deutschland tätigen ausländischen Ärztinnen und Ärzte ist im Jahre 2005 um 591, das entspricht 3,3 %, auf 18.582 gestiegen. Die Zunahme der berufstätigen ausländischen Ärztinnen und Ärzte liegt im Jahre 2005 bei 1,9 %. Die Zuwachsrate ist geringer als im Jahr zuvor (4,3 %). Wie bereits im letzten Jahr, stellt sich die Wachstumsrate der ausländischen Ärztinnen und Ärzte, die im Krankenhaus tätig sind, als besonders ausgeprägt dar, sie beträgt 2,7 %.

Die stärksten Zuwächse verzeichnen mit 611 Ärzten die Ärztinnen und Ärzte aus den europäischen Staaten. Der größte Zustrom konnte aus Österreich (+ 139), Griechenland (+92), Polen (+ 85) sowie der Ukraine (+ 62) verbucht werden. Die größte Abwanderung erfolgte durch Ärzte aus dem Iran (- 64).

Die größte Zahl ausländischer Ärzte kommt aus Russland/ehemalige Sowjetunion (1.572), gefolgt von Griechenland (1.357) und Österreich (1.269).

Damit kommen 70 % aller ausländischen Ärztinnen und Ärzte in Deutschland aus Europa, 20,5 % aus Asien, 4,4 % aus Afrika und 3,5 % aus Amerika.

Abwanderung deutscher Ärzte ins Ausland

Erstmals wurden in diesem Jahr bei den Ärztekammern die Daten bezüglich der Abwanderung von Ärzten ins Ausland erhoben. Die Datenanalyse basiert dabei auf Datenmeldungen von 13 Ärztekammern, die um eine Hochrechnung für die fehlenden vier Kammerbezirke ergänzt wurde. Im Ergebnis lässt sich feststellen, dass im Jahre 2005 insgesamt 2.249 in Deutschland ursprünglich tätige Ärztinnen und Ärzte dauerhaft im Ausland tätig wurden.

Programmatische Aussagen der deutschen Ärzteschaft zur gesundheitspolitischen Entwicklung

Grundlage für die politische Arbeit sowie für Stellungnahmen der Bundesärztekammer zu wichtigen Fragen der Gesundheits- und Sozialpolitik ist das vom 97. Deutschen Ärztetag 1994 in Köln verabschiedete „Gesundheitspolitische Programm der deutschen Ärzteschaft“ (1). Es ist die konsequente Fortentwicklung der erstmals im Jahre 1974 vom 77. Deutschen Ärztetag verabschiedeten „Gesundheits- und sozialpolitischen Vorstellungen der deutschen Ärzteschaft“. Es hat somit den Charakter einer nachhaltigen Standortbestimmung der deutschen Ärzteschaft.

Zur weiteren Ausgestaltung dieser grundlegenden Positionierung hat der Vorstand der Bundesärztekammer seine beiden Klausursitzungen in den Jahren 2004 und 2005 u.a. dazu genutzt, „Kriterien der deutschen Ärzteschaft zur Finanzierung einer patientengerechten Gesundheitsversorgung“ (2) und „Gesundheitspolitische Standpunkte des Vorstandes der Bundesärztekammer“ (3) zu formulieren.

Gesundheitspolitisches Programm der deutschen Ärzteschaft

In 28 Kapiteln sind die Grundlagen eines bürgernahen Gesundheitswesens beschrieben. Vorangestellt sind dem Programm folgende Leitsätze, die nach wie vor ihre Gültigkeit haben:

„(1.1) Gesundheitspolitik im Spannungsfeld zwischen Individuum und Gesellschaft

Die Gesundheitspolitik muss optimale Voraussetzungen für Schutz, Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit des einzelnen Menschen schaffen. Diese Aufgabe liegt im Spannungsfeld zwischen Individuum und Gesellschaft. Aufgaben des Staates müssen mit der persönlichen Verantwortung des einzelnen abgestimmt werden. Eine sinnvolle Gesundheitspolitik darf die persönliche Verantwortlichkeit und die Bereitschaft zur Eigenverantwortung des einzelnen für die eigene Lebensführung nicht abbauen, sondern muss diese fördern und fördern.

(1.2) Eigenständigkeit der Gesundheitspolitik

Wirtschaftliche und wirtschaftspolitische Rahmenbedingungen bestimmen immer noch maßgeblich die Gesundheitspolitik. Eine einseitige Unterordnung der Gesundheitspolitik unter primär finanzpolitischen Vorgaben aber kann ihrem Stellenwert nicht gerecht werden. Nur in Eigenständigkeit können von der Gesundheitspolitik Initiativen auf andere Politikbereiche ausgehen, wie beispielsweise auf die Arbeitsmarkt- und Bildungspolitik. Gesundheitspolitik muss daher Zusammenhänge zwischen Gesellschaftsstruktur, allgemeinen Arbeits- und Lebensbedingungen, Erkrankungen und Mortalitätsentwicklung beeinflussen. Nur so kann gesundheitspolitisches Handeln erfolgreich sein; eine einseitig fiskalisch ausgerichtete Betrachtungsweise wird dem nicht gerecht.

Bei allen weiteren Reformschritten müssen deshalb medizinische Prioritäten für die Gesundheitssicherung und die Krankenversorgung berücksichtigt werden.

Um den Interessen der Bürger gerecht werden zu können, müssen objektivierbare Daten – auch durch eine fundierte Gesundheitsberichterstattung – für eine Gesamtbedarfsanalyse ermittelt werden. Dies gilt auch für die Abgrenzung des Leistungsangebotes von ambulanter und stationärer Versorgung, die hausärztliche und spezialärztliche Versorgung sowie für die Bildung neuer Kooperationsformen, die beide Leistungsbereiche verbinden können.

(1.3) Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität als Kernprinzipien wirkungsvoller Gesundheitspolitik

Die Grundsätze unseres sozialen Sicherungssystems – Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität – sind angesichts der zukünftigen Herausforderungen neu gegeneinander abzuwägen.

Durch eine Rückbesinnung auf die Prinzipien Eigenverantwortung und Subsidiarität kann die Solidargemeinschaft entlastet und geschützt sowie für die großen Risiken erhalten werden. Statt immer mehr Reglementierung sind für die wirtschaftliche Erbringung von notwendigen Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung neue Anreize zu entwickeln. Zur Stärkung der Eigenverantwortung des Versicherten für seine Gesundheit sind sozial gestaltete, wirksame Selbstbeteiligungsregelungen geeignet.

Eigenverantwortung bedeutet Stärkung der Entscheidungsfreiheit und Unabhängigkeit des Bürgers. Die mit der Gesundheitsgesetzgebung bisher ständig zunehmende Reglungsdichte geht dagegen vom Menschenbild eines unmündigen Versicherten aus, der eine allumfassende Fürsorge der staatlichen Verwaltung benötigt. Mehr Eigenverantwortung entspricht den freiheitlichen Strukturen unserer Gesellschaft und fördert das individuelle gesundheitsbewusste Verhalten.

Subsidiarität im Gesundheitswesen bedeutet eine abgestufte Verantwortung des einzelnen vor der Verantwortlichkeit des Staates. Nicht jede Aufgabe, die das Vermögen des einzelnen übersteigt, ist sogleich eine Aufgabe des Staates. Zahlreiche Gemeinschaften und gesellschaftliche Gruppen – von der Familie bis zu kirchlichen Organisationen und Versichertengemeinschaften – müssen hier je nach ihren verschiedenen Aufgaben und Möglichkeiten wesentliche gesundheitspolitische Verantwortungsbereiche übernehmen.

Die Abstufung solcher Verantwortungsbereiche stellt sich dar in der

- persönlichen Verantwortung,*
- sozialen, d.h. mitmenschlichen oder Gruppenverantwortung,*
- staatlichen Verantwortung.*

Ziel der Gesundheitspolitik und der auf die Entfaltung der menschlichen Persönlichkeit gerichteten Sozialpolitik muss es sein, den bestmöglichen Effekt durch rationellen Einsatz der Mittel zu erreichen.

Das Solidarprinzip muss das Fundament der sozialen Sicherung in Deutschland bleiben. In einem sozialen Rechtsstaat ist die Solidarität aller für alle immer dort eine ethische Verpflichtung, wo in Eigenverantwortung organisierte subsidiäre Hilfen überfordert sind.

(1.4) Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und der gesamten Bevölkerung

Der Arzt wird aus seiner beruflichen Kompetenz heraus präventiv, kurativ und rehabilitativ sowohl für den Patienten als auch für die gesamte Bevölkerung tätig. Ärzte sind und bleiben die Interessenwahrer der gesunden und kranken Menschen. Sie setzen sich ihrem beruflichen Selbstverständnis gemäß dafür ein, ihre Patienten bestmöglich zu versorgen. Im Konflikt zwischen Patienten- und Gemeinschaftsinteresse muss der Arzt die Interessen des Patienten wahren und die Regeln der ärztlichen Kunst einhalten. Für eine optimale Patientenversorgung muss er auf medizinisch-wissenschaftlicher Grundlage Entscheidungen über das medizinisch Notwendige treffen, auch – und gerade dann – wenn die Kluft zwischen medizinisch Sinnvollem, menschlich Vertretbarem und medizinisch-technisch Machbarem wächst.

Im Einzelfall hat der Arzt zwischen dem medizinisch Sinnvollen, menschlich Vertretbarem und medizinisch-technisch Machbarem zu entscheiden.

In die Freiheit dieser Entscheidung darf nicht durch politisch festgelegte Rationierung eingegriffen werden. Dies liefe sowohl dem Patienteninteresse wie dem der ganzen Bevölkerung zuwider und ist deshalb für die Ärzteschaft nicht akzeptabel.

(1.5) Selbstverwaltung stärken

Eigenverantwortung und Subsidiarität sind Voraussetzung für funktionierende Selbstverwaltungen. Staatliche Verwaltungen sind nachweislich weniger flexibel und „kunden“-fern. Selbstverwaltung muss durch gesetzliche Rahmenbedingungen befähigt sein, ihre ordnungspolitische Aufgabe ebenso fachkompetent und verantwortlich zu erfüllen wie die Wahrung aller Angelegenheiten ihrer Mitglieder. Selbstverwaltung bedeutet deshalb die Wahrung von Rechten und Pflichten im Interesse der Bürger.

Eingriffe des Gesetzgebers in die Regelungskompetenz der Selbstverwaltungen, z.B. im Rahmen von Kostendämpfungsmaßnahmen führen zu Bürokratisierung und Reglementierung und stellen damit die Funktionsfähigkeit der Selbstverwaltung in Frage.

(1.6) Qualität der medizinischen Versorgung sichern

Die Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung ist ein herausragendes ärztliches Ziel zur bestmöglichen Versorgung der Patienten. Medizinische Standards, Richtlinien und Empfehlungen müssen weiterentwickelt werden. Dies wird dazu beitragen, im Patienteninteresse den hohen Stand der medizinischen Versorgung zu gewährleisten.

Alle an der gesundheitlichen Versorgung Beteiligten (Ärzteschaft, Krankenkassen, Krankenhausträger u.a.), müssen sich aktiv um Maßnahmen der Qualitätssicherung in der Medizin bemühen.

Rationelle Untersuchungs- und Behandlungsabläufe können dabei auch die Wirtschaftlichkeit verbessern.

(1.7) Gesundheits- und Sozialpolitik international orientieren

Eine Standortbestimmung der Gesundheits- und Sozialpolitik in Deutschland muss auf der Grundlage aussagekräftiger Daten auch im Hinblick auf die europäische Integration in der europäischen Union erfolgen, um

- *das Zusammenwirken der nationalen Sicherungssysteme für die*
- *Krankenversorgung unter Wahrung landesspezifischer Regelungen zu ermöglichen,*
- *den freien Dienstleistungsverkehr zu realisieren,*
- *Niederlassungsfreiheit zu gewährleisten und*
- *einen einheitlichen Markt für Arzneimittel zu sichern.*

Die nach Öffnung der Grenzen im Osten einsetzende freiheitliche Gestaltung der dortigen Gesundheits- und Sozialsysteme ist nach Kräften zu fördern.“

(Das gesundheitspolitische Programm kann bei der Bundesärztekammer angefordert werden.)

Kriterien der deutschen Ärzteschaft zur Finanzierung einer patientengerechten Gesundheitsversorgung

Vor dem Hintergrund der Diskussion um die langfristige Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme – Stichwort Bürgerversicherung vs. Gesundheitspauschale – hat sich der Vorstand der Bundesärztekammer u.a. in seiner Klausursitzung vom 25.06.-27.06.2004 mit der Frage beschäftigt, nach welchen Prüfkriterien eine patientengerechte Finanzierung des Gesundheitswesens gewährleistet werden kann. Dabei stand nicht die Entwicklung eines eigenständigen Finanzierungskonzeptes im Vordergrund; dies kann nicht Aufgabe der Ärzteschaft sein, sondern nur das Ergebnis eines gesellschaftlichen Diskurses. Vielmehr sollten die Kriterien beschrieben werden, die einen Rahmen schaffen für eine flächendeckende, medizinische Versorgung auf hohem Niveau und ein partnerschaftliche Patient-Arzt-Verhältnis. Die zukünftige Finanzierung des Gesundheitswesens muss demnach geeignet sein, diese Rahmenbedingungen zu gewährleisten.

I. Motive, Ziele und Schwerpunkte einer Positionierung der deutschen Ärzteschaft in der Finanzierungsdiskussion um die gesetzliche Krankenversicherung

1. Das Missverhältnis von leistungsrechtlichem Versorgungsanspruch und der erforderlichen Finanzkraft in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung ist trotz des behaupteten „Modernisierungs“-Schritts des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) weiter ein offenes Problem. Auch wenn Politik dieses Problem in einer Mischung aus Kritik an der Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens und Anforderungen zu Beitragssatzsenkungen vor dem Hintergrund von Schuldenbergen der Krankenkassen in Milliardenhöhe verdrängen will, ist eine Zukunftsperspektive nicht erkennbar.

Dies ist alles nicht neu:

Schon seit Jahren ist eine Unterfinanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung festzustellen. Um den sozialen Schutz für eine medizinisch notwendige Versorgung zu sichern, haben die Gesetzgeber der vergangenen Jahrzehnte vor allem „Kostendämpfungspolitik“ zu Lasten der Versorgungsaufgaben der Ärzte und Krankenhäuser (der sogenannten Leistungserbringer) betrieben. Ihr Ergebnis ist eine implizite Rationierung medizinischer Leistungen im Verhältnis zum anerkannten medizinischen Standard und ihrer zumutbaren Erreichbarkeit. Die stetig

steigende Inanspruchnahme von medizinisch notwendigen Leistungen aufgrund des medizinischen Fortschritts bei gleichzeitig steigender Lebenserwartung der Bevölkerung („Fortschritts-Alterungs-Spirale in der Medizin“) wird diese Finanzierungskrise verschärfen.

2. Dies beunruhigt die Ärzteschaft. Sie ist kraft Berufsauftrags Treuhänder einer patientengerechten Versorgung. Diese Versorgung ist ohne geeignete Anpassungen des Systems des sozialen Schutzes im Krankheitsfall an die feststellbaren Veränderungen und voraussehbaren Anforderungen gefährdet. Deshalb sieht sich die Ärzteschaft zu einer Positionsbestimmung aufgerufen. Diese kann nicht in der Vorlage einer „durchgerechneten“ Finanzierungslösung bestehen. Solches ist Aufgabe des Gesetzgebers, der dafür die Verantwortung hat. Ärzte sehen ihre Verantwortung in dem Auftrag, der Politik Kriterien vorzulegen, welche Maßstäbe für die Geeignetheit von Systementscheidungen unter der Anforderung chancengleicher, qualitativ hochstehender und individuell bedarfsgerechter sowie humaner Patientenversorgung anzulegen sind.
3. Verschiedene Lösungsmodelle werden derzeit diskutiert (vgl. IV.). Ihre Hauptkonzeption betrifft die Finanzierung einer künftigen gesetzlichen Krankenversicherung. Aus der Sicht der Ärzteschaft kann die Finanzierungstechnik indessen nur ein Mittel zum Zweck sein:
 - Sicherung einer im Zugang chancengleichen und qualitativ hochstehenden Patientenversorgung.

Dies ist unser Maßstab, an dem wir die Finanzierungskonzepte in ihrer „Versorgungsadäquanz“ messen.

II. Sozialer Schutz und individuelle Verantwortung

1. Es ist Aufgabe des Staates, die Art, den Umfang und das Niveau des sozialen Schutzes im Falle der Krankheit und ihrer Vorbeugung zu bestimmen. In Deutschland folgt dies aus den Grundrechten und dem Sozialstaatsgebot. Die Grundrechte und das Sozialstaatsgebot bestimmen Grundlagen und setzen zugleich Grenzen.

Eine wichtige Konsequenz der Deutung der Grundrechte des Grundgesetzes als einer auch objektiven Wertordnung ist die Begründung von Schutzpflichten. Eine eingehende Judikatur des Bundesverfassungsgerichts besteht insoweit vor allem zu den Grundrechten auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Danach folgt aus dem objektivrechtlichen Gehalt die Pflicht der staatlichen Organe, sich schützend und fördernd vor die in Artikel 2 Abs. 2 GG genannten Rechtsgüter zu stellen und sie insbesondere vor rechtswidrigen Eingriffen von Seiten anderer zu bewahren. Der Staat ist insoweit also nicht nur zur Unterlassung verpflichtet, sondern zum Handeln aufgefordert. Es ist daher davon auszugehen, dass der Gesetzgeber mit der Erhaltung der Existenz einer gesetzlichen Krankenversicherung auch seiner Pflicht zum Schutz von Leben und körperlicher Unversehrtheit nachkommt. Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts räumt Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip einem Versicherten keinen subjektiven Anspruch auf die Gewährung konkreter Leistungen durch die gesetzliche Krankenversicherung ein. Vielmehr ist dem Gesetzgeber ein weiter Gestaltungsspielraum bei der Erfüllung seiner Schutzpflichten eingeräumt und der darauf gericht-

tete grundrechtliche Anspruch geht dahin, dass die öffentliche Gewalt Vorkehrungen zum Schutz des Grundrechts trifft, die nicht völlig ungeeignet oder völlig unzulänglich sind.

Auch das sogenannte Sozialstaatsprinzip erfordert zwar, ein Sozialsystem mit Mindestverbürgungen vorzusehen, es ist aber andererseits ein für konkrete Ausgestaltungen in hohem Maße fähiges und bedürftiges Prinzip, welches durch Gesetze verwirklicht wird. Es ist letztlich eine Zielprojektion, weil es derart allgemein ist, dass sich seine Konkretisierung und Individualisierung durch „einfache“ interpretative Subsumtion verbietet. Das Sozialstaatsprinzip ist ein Staatsziel, welches dem Staat die nicht-disponible Verantwortung für einen Mindeststandard effektiver sozialer Gerechtigkeit zuweist.

Aus all dem folgt, dass der Gesetzgeber ein System des sozialen Schutzes im Krankheitsfall anbieten muss, welches einen ausreichenden Gesundheitsschutz ermöglicht. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass das Bundesverfassungsgericht seit mehreren Jahren betont, dass es sich bei der Sicherung der finanziellen Stabilität und damit der Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung um einen überragend wichtigen Gemeinwohlbelang handelt.

Es hat jüngst in einer Entscheidung betont:

„Die Stabilität des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung ist kein Selbstzweck. Die gesetzliche Krankenversicherung dient der Absicherung der als sozial schutzbedürftig angesehenen Versicherten vor den finanziellen Risiken einer Erkrankung. Dabei findet ein umfassender sozialer Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken, vor allem aber zwischen Versicherten mit niedrigem Einkommen und solchen mit höherem Einkommen sowie zwischen Alleinstehenden und Personen mit unterhaltsberechtigten Familienangehörigen statt. Um dies zu gewährleisten, kann der Gesetzgeber den Mitgliederkreis von Pflichtversicherungen so abgrenzen, wie es für die Begründung einer leistungsfähigen Solidargemeinschaft erforderlich ist ...“ (Beschluss vom 04.02.2004 – 1 BvR 1103/03 -).

2. Auch die Europäische Union verfolgt unter Beachtung der Kompetenz der Mitgliedstaaten auf dem Wege der sogenannten offenen Methode der Koordinierung eine Politik, welche unter der Zielsetzung „Modernisierung des Sozialschutzes“ steht (vgl. Mitteilung der Kommission vom 20.04.2004 – KOM[2004]304 endg. – „Modernisierung des Sozialschutzes für die Entwicklung einer hochwertigen, zugänglichen und zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege: Unterstützung der einzelstaatlichen Strategien durch die „offene Koordinierungsmethode“). Trotz der Beschränkung der Europäischen Union auf die Koordinierung sozialpolitischer und gesundheitspolitischer Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsversorgung unter Ausschluss einer Harmonisierung der Gesundheitsversorgungssysteme zeigen die Aktivitäten der letzten Jahre, dass die gemeinschaftsrechtlichen Bezüge beachtet werden müssen. Dies gilt vor allem auch für die Patientenfreizügigkeit innerhalb der Mitgliedstaaten. Die Rechtsprechung des EuGH befördert die Möglichkeiten einer europaweiten Patientenmigration durch Anerkennung von Kostenersatzansprüchen gegen das Herkunftssicherungssystem. Diese Möglichkeiten haben aber zugleich die Versorgungsunterschiede in den Mitgliedstaaten kennt-

lich gemacht. Insbesondere das sogenannte „Wartelisten-Problem“ ist transparent geworden. Auch im Rahmen der europäischen Dimension zeigt es sich, dass ärztliche und patientenorientierte Maßstäbe eine Rolle spielen müssen.

III. Patienteninteresse und ärztlicher Auftrag

1. Die Art des Schutzes und das Niveau und die Qualität der medizinischen Versorgung sind wechselbezüglich. Deshalb ist es Aufgabe der Ärzteschaft, Maßstäbe für die notwendige ärztliche Versorgung zu entwickeln, an denen sich ein sozialstaatlich organisiertes Versicherungssystem messen lassen muss. Zugleich ist die Stellung des Patienten ein Mittelpunkt des zu bildenden Kreises solcher Kriterien. Dies bedeutet, dass das Selbstbestimmungsrecht des Patienten für die Wahl seiner Gesundheitsversorgung ebenso wie seine Eigenverantwortung Ausgangspunkt der Zielsetzungen sein müssen. Dementsprechend ist der soziale Schutz das notwendige subsidiäre System, welches in dem Umfang wirksam werden muss – gegebenenfalls umfassend –, wie es die Chancengleichheit des Einzelnen im Zugang zur notwendigen gesundheitlichen Versorgung gebietet.
2. Der Behandlungsauftrag des Arztes und sein Berufsethos sind die Schnittstellen zum System des sozialen Schutzes. Die Regeln, welche die Deckung des Bedarfs an gesundheitlicher Versorgung individuell, strukturell und qualitativ steuern, beeinflussen den Behandlungsauftrag des Arztes und die Heilungschancen des Patienten. Behandlungsbedarf des Patienten und Chancengleichheit in der Gesundheitsversorgung sind unter den Grundsätzen der Modelle des Sozialschutzes und seines Umfangs zu prüfen.

IV. Kriterien

Die nachfolgenden Maßstäbe gehen von einem normativen Rahmen aus, der mindestens folgende Gestaltungsprinzipien des Schutzsystems erfordert:

- Eigenverantwortung des Patienten
- Subsidiarität des notwendigen sozialen Schutzes
- Pflichtversicherung oder Versicherungspflicht zur Abdeckung mindestens der Grundbedürfnisse an sozialem Schutz
- Konzentration auf das Versicherungsprinzip (Abdeckung des Krankheitsrisikos) und Ausschluss insoweit versicherungsfremder sozialpolitisch motivierter Transferleistungen
- Garantie der Berufsfreiheit der „Leistungserbringer“ für den für die Patientenversorgung notwendigen professionellen Handlungsspielraum

In diesem Rahmen ist folgendes zu fordern:

1. Individualebene – Selbstbestimmung und Berufsfreiheit

- Arztwahlfreiheit für den Patienten
- Therapiefreiheit für den Arzt in Verantwortung für den Patienten
- Erhalt der Entscheidungsfreiheit des Patienten bei ärztlichen Therapieoptionen
- Transparenz unvermeidlicher Rationierung
- „Zuwahl“-Rechte des Patienten über den geregelten Versicherungsschutz hinaus zur autonomen Bestimmung seiner Gesundheitsversorgung

Die Freiheit des Patienten, den Arzt seines Vertrauens zu wählen, sowie die Freiheit des Arztes – eingebettet in seine Professionalität und seine Verantwortung gegenüber den Patienten – sind die unerlässlichen Voraussetzungen, welche ein humanes Versorgungswesen auf der Grundlage des Selbstbestimmungsrechts des Patienten charakterisieren. Gerade eine Veränderung des Umfangs des Gesundheitsschutzes muss transparent sein und Rücksicht auf die individuellen Bedürfnisse des Patienten insofern nehmen, als er selbst über die notwendigen ärztlichen Leistungen in seinem individuellen Falle entscheiden können soll.

2. Strukturelle Ebene – Zugang zu den Gesundheitsleistungen

- Chancengleichheit zur Heilbehandlung (gleicher Zugang zu Gesundheitsleistungen)
- Diskriminierungsfreie Zuzahlungen und Selbstbeteiligungen
- Räumlich nahe hausärztliche Versorgung
- Fachärztliche Versorgung in zumutbarer Entfernung
- Bedarfsgerechte Krankenhausversorgung
- Optionen des Patienten für personale oder institutionelle Versorgungsweisen

Chancengleichheit im Zugang zu Gesundheitsleistungen darf durch versicherungsrechtliche Gestaltungen, insbesondere Zuzahlungen und Selbstbeteiligungen nicht behindert werden. Chancengleichheit im Zugang besteht auch in der Herstellung einer gleichmäßigen Versorgungsstruktur. Hausärztliche Versorgung ist die unmittelbare Annäherung an die Patientenprobleme in individueller und lebensumfeldbezogener Realität. Für ein effektives und humanes Krankenversicherungssystem ist die Möglichkeit, diese Form der medizinischen Versorgung in Anspruch zu nehmen, essentiell. Die Wahlmöglichkeit, eine solche Versorgung unter Verzicht auf die unmittelbare Inanspruchnahme von spezialistischen Fachärzten zu wählen und zuvor den Hausarzt hinzuziehen, ist einzuräumen. Obligatorische Zuweisungsregularien sind indessen abzulehnen. Chancengleichheit im Zugang ergibt sich auch daraus, dass der Patient wählen darf, ob er eine personale Versorgung durch einen individuell gewählten Arzt oder eine Versorgung in einer medizinischen Einrichtung beanspruchen möchte.

Im übrigen ist zu fordern:

- Die solidarisch getragene medizinische Versorgung muss auch in Zukunft für jedermann erreichbar sein, dem aktuellen medizinischen Standard entsprechen und mit ausreichenden Ressourcen flächendeckend, auch für den Notfall ausgestattet sein.
- Versorgungsstrukturen müssen primär am medizinischen Bedarf des Patienten ausgerichtet sein und dürfen nicht von ökonomischen Einsparzielen dominiert werden. Dies gilt insbesondere für die integrierte Versorgung.

3. Versorgungsebene – Qualität und Professionalität

- Definitionskompetenz der Ärzte für die notwendige medizinische Versorgung (u.a. durch Versorgungsleitlinien)
- Maßgebliche und verantwortliche Rolle der Ärzteschaft bei Weiterentwicklung von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement
- Wahrung der Professionalität durch Ausschluss von Fremdbestimmung

Ärztlich entwickelte evidenzbasierte Leitlinien und Therapieempfehlungen weisen den Korridor für individuelle Versorgungsentscheidungen. Qualitätsmanagement und Kompetenzförderung bringen eine stetige Entwicklung und Verbesserung der ärztlichen Behandlung, hierbei ist Motivation erfolgversprechender als Zwang.

4. Vertragsebene

- Wettbewerbsgleichheit der Ärzte und Krankenhäuser im Zugang zu Versorgungsaufträgen zur Versorgung Versicherter
- Kompensatorische Instrumente zum Ausschluss von Marktmacht der Krankenkassen

Individuell bedarfsgerechte Patientenversorgung kann nicht auf dem Hintergrund eines Rechtssystems erfolgen, in welchem die Krankenkassen die Marktmacht entfalten, Ärzte ihrer Wahl zu Vertragspartnern zu machen. Ein solches System birgt die Gefahr indirekter Risikoselektion durch die Auswahl „ökonomisch orientierter“ Ärzte bei der Behandlung von Versicherten. Die rechtlichen Mechanismen für eine ausgewogene Balance in der Verantwortung der Ärzteschaft für ihre Patienten einerseits und den notwendigen Rücksichtnahmen auf krankenversicherungsrechtliche Regelungen andererseits kann nur durch die Aufrechterhaltung von kollektiven Vertragspartnern, wie sie die Kassenärztlichen Vereinigungen darstellen, hergestellt werden. Dies schließt nicht aus, dass Wettbewerbsstrukturen unter Qualitätsgesichtspunkten und bedarfsgerechten Versorgungszielen auch in einem solchen System entwickelt werden.

5. Flexibilität und Reaktionsfähigkeit des Versorgungssystems

- Modellhaftes Vorgehen muss ermöglicht werden
- Evaluation und Folgenabschätzung müssen systemimmanent werden
- Die Steuerungsfähigkeit des Systems muss die Teilhabe der Versicherten am medizinisch-technischen Fortschritt nachhaltig ermöglichen und auf die demographischen Herausforderungen reagieren.

Die Veränderungen der Lebenswelt und der Rahmenbedingungen der medizinischen Versorgung gebieten es, dass der soziale Schutz anpassungsfähig ist. Solche Anpassungsfähigkeit lassen bürokratisierte Systeme vermissen.

V. Exkurs: Die „Modelle“

1. In der politischen Diskussion sind verschiedene Modelle, welche sich auf drei Grundmuster zurückführen lassen; lediglich diese Grundmuster sind derzeit bewertbar, da erkennbar auch verschiedene Varianten oder Kombinationen im Gespräch sind.

Es wurde vorgeschlagen:

- sogenannte „Bürgerversicherung“ (Rürup-Kommission)
- Kopfpauschalen-Modell (Rürup-Kommission) / Gesundheitsprämien-Modell (Herzog-Kommission)
- überarbeitetes Kopfpauschalen-Modell („Rürup II“)
- Versicherungspflicht mit freier Wahl des Versicherungsschutzes mit Anspruch auf Basisabsicherung, gegebenenfalls staatlicher Ausgleich, wenn die eigenen finanziellen Mittel nicht ausreichen (F.D.P.)

2. Die Ausgangslage für diese Vorschläge ist eine verbreitete Analyse der gegenwärtigen Situation der gesetzlichen Krankenversicherung.

Danach dienen lohn- bzw. lohnersatzzentrierte Beiträge nach geltendem Recht in der gesetzlichen Krankenversicherung u.a. einer Einkommensverteilung von „oben“ nach „unten“. Das diesem Solidaritätsprinzip zu Grunde liegende Leistungsfähigkeitsprinzip wird jedoch heute mehrfach durchbrochen (veränderte Erwerbsbiographien, Bedeutungssteigerung anderer Einkunftsarten, Befreiungsmöglichkeiten von Gutverdienern aus der GKV etc.), was zu Verzerrungen und Verteilungungerechtigkeiten führte. Angenommen wird auch, dass eine lohnzentrierte Beitragserhebung zu Abhängigkeiten der Krankenversicherung von der Arbeitsmarktentwicklung und aufgrund der damit verbundenen hohen Lohnnebenkosten zu negativen Anreizen für den Arbeitsmarkt (Arbeitslosigkeit, Schwarzarbeit) führe. Es ist allerdings höchst zweifelhaft, ob die relative Belastung allein aus der GKV den finanziellen Stellenwert hat, den die Politik der Lohnnebenkostenbelastung insgesamt zuweist. Zutreffend ist, dass aufgrund der demographischen Entwicklung (alternde, schrumpfende Bevölkerung) in Zusammenhang mit den sozio-ökonomischen Veränderungen die nachhaltige Finanzierbarkeit der Krankenversicherung in Frage gestellt ist. Zudem ist die gesetzliche Krankenversicherung unter diesen Rahmenbedingungen nicht in der Lage, medizinisch-technischen Fortschritt an ihre Versicherten weiterzugeben (entsprechende Kostensteigerungen können bei einer sinkenden Einnahmehasis und dem Grundsatz der Beitragsstabilität im Umlageverfahren nicht mehr getragen werden).

3. Die alternativen Konzepte der Rürup- bzw. Herzog-Kommission zur langfristigen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung haben zum Ziel, Beschäftigungsfreundlichkeit und Nachhaltigkeit zu erreichen, ohne dabei das Solidaritätsprinzip aufzugeben. Von Seiten der Rürup-Kommission wurden dabei das Modell der Bürgerversicherung sowie das Gesundheitsprämienmodell umfassend diskutiert. Die Kommission hat im Rahmen ihres Y-Modells kein eindeutiges Votum für eine Weiterentwicklung der Krankenversicherung in die eine oder andere Richtung abgegeben, da dies eine Grundsatzentscheidung sei, die von der Politik getroffen werden müsse. Die Herzog-Kommission hat eindeutig für die Einführung pauschaler Kopfprämien votiert. Gemeinsam ist den Prämienmodellen auch die „Abkoppelung“ des Arbeitgeberbeitrags.

- a) Die sogenannte Bürgerversicherung

Das Reformkonzept der Bürgerversicherung – in der Rürup-Kommission von Prof. Lauterbach vorgeschlagen – ist der Versuch einer konsequenten Weiterentwicklung des Gesundheitssystems unter Belassung der Einkommensumverteilung innerhalb der Krankenversicherung. Bei der Finanzierung der Leistungen soll das Prinzip der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit durch Einbeziehung aller Einkunftsarten umfassend verwirklicht werden (Verteilungsgerechtigkeiten aufgrund der bisherigen Lohnbasierung der Beiträge zur GKV sollen vermieden werden). Durch Erweiterung des Versichertenkreises auf alle Bürger, Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf die der Rentenversicherung (derzeit 5.100 Euro pro Monat) und Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze soll die Finanzierung auf eine breitere Basis gestellt

werden. Langfristig soll es Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen sein, als Vollversicherungen das medizinisch Notwendige abzusichern. Die privaten Krankenversicherungen fungieren als Anbieter zusätzlicher Leistungen. Haushalte mit einem Brutto-Jahreseinkommen von unter 40.000 Euro werden den Berechnungen zufolge begünstigt, der Beitragssatz könnten kurzfristig auf 13,1 % und langfristig um weitere 0,7 % gesenkt werden. Dies läuft auf eine zusätzliche zweckgebundene Einkommensteuer hinaus.

b) Das Modell pauschaler Gesundheitsprämien

Das – in der Kommission von Prof. Rürup befürwortete – Konzept der pauschalen Gesundheitsprämien zielt auf eine Veränderung der bisherigen Strukturprinzipien der Krankenversicherung. Das System orientiert sich stärker am Äquivalenzprinzip und zielt auf eine völlige Entkoppelung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung vom Einkommen. Der Grundsatz der paritätischen Finanzierung wird aufgegeben, die bisherigen Arbeitgeberanteile werden steuerpflichtig ausbezahlt. Jeder (erwachsene) Versicherte zahlt zur Absicherung seines Krankenversicherungsschutzes eine einheitliche Prämie, die an den Durchschnittsausgaben im Versichertenkollektiv orientiert ist. Der bisher innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung stattfindende soziale Ausgleich wird zum größten Teil in das Steuer-Transfer-System übertragen (Kinder bleiben in der GKV weiterhin beitragsfrei), um zielgenauer wirken zu können. Zuschüsse werden gezahlt, sobald der Eigenanteil der Versicherten einen „zumutbaren Eigenanteil“ von z.B. 14 % des monatlichen Bruttoeinkommens übersteigt. Die Frage der Gegenfinanzierung bleibt zunächst offen. Die privaten Krankenversicherungen können erhalten bleiben, es soll ein verschärfter „Systemwettbewerb“ zwischen GKV und PKV entstehen. Die Kommission errechnet eine Prämie von 210 Euro im Monat. Haushalte mit einem Bruttojahreseinkommen von unter 10.000 Euro sowie über 40.000 Euro werden mit dem Modell entlastet. Im Bereich dazwischen werden sie gegenüber dem Status quo um 0,3 bis 0,5 % belastet.

c) Das Modell „Rürup II“

Eine monatliche Kopfpauschale von 169 Euro, ein staatlich finanzierter Kinderbeitrag von 78 Euro im Monat und Steuererhöhungen zur Begleichung des Solidarausgleichs für sozial Schwache von 22,5 Milliarden Euro – das sind Kernpunkte einer Finanzreform der GKV. Demnach soll die GKV ihre Einnahmen künftig auf Basis einkommens-unabhängiger Pauschalen erhalten statt durch einkommensabhängige Beiträge ihrer 72 Mio. Versicherten. Das Modell nimmt für sich in Anspruch, einen „ökonomisch begründeten und politisch gangbaren Weg“ für eine GKV-Finanzreform aufzuzeigen.

aa) Privatversicherte:

Die rund acht Mio. privat versicherten Selbständigen, Beamten, Angehörigen freier Berufe und freiwillig Versicherte blieben außen vor. Anders als die Anhänger der Bürgerversicherung will das Modell Rürup II die private Krankenversicherung nicht abschaffen oder in ein einheitliches System integrieren. Gesetzlich Versicherten bliebe demnach bei Erreichen der Versicherungspflichtgrenze eine Wechselmöglichkeit zur privaten Versicherung.

- bb) **Einheitliche Pauschale:**
Auf der Basis der GKV-Ausgaben 2004 wird eine Pauschale von 169 Euro je Erwachsenen und von 78 Euro je Kind errechnet. Die Höhe der Pauschale kann je nach Kasse differieren, wie heute der Beitragssatz. Die Pauschalen sollen von den Arbeitgebern, der Rentenversicherung oder der Bundesagentur für Arbeit abgeführt werden. Das Krankengeld sollen die Versicherten mit 1,5 Prozent des Bruttoeinkommens allein absichern. Ab 2006 müssen sie schon nach heutiger Gesetzeslage dafür einen Sonderbeitrag zahlen.
- cc) **Arbeitgeberbeitrag entfällt:**
Die hälftige Finanzierung der Beiträge durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer entfällt. Stattdessen wird der Arbeitgeberanteil dem Lohn zugeschlagen.
- dd) **Zuschuss für Kinder:**
Die Beiträge für Kinder (15,8 Milliarden Euro) sollen aus der zusätzlichen Einkommensteuer finanziert werden, die durch die Besteuerung des Arbeitgeberanteils anfallen (15,6 Milliarden Euro). Privat Versicherte erhalten den Ausgleich. Bisher müssen sie ihre Kinderversicherung alleine zahlen.
- ee) **Belastungsgrenze:**
Das Modell schlägt eine Belastungsgrenze von 12,5 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen vor. Die umfassen das Arbeitseinkommen und sonstige Einkünfte wie Zinsen, Mieten und Pachten. Wer die Belastungsgrenze überschreitet, kann bei seiner Kassen den Zuschuss beantragen. Die bekommt das Geld vom Bundesversicherungsamt, das wiederum den GKV-Bundeszuschuss verwaltet. Dessen Höhe beläuft sich nach den Berechnungen auf jährlich 18,8 Milliarden Euro. Steuerausfälle, beispielsweise durch eine Vorsorgepauschale, in Höhe von 3,7 Milliarden Euro erhöhen den Finanzierungsbedarf auf 22,5 Milliarden Euro im Jahr.

Drei Finanzierungsvarianten:

Am einfachsten würde der Finanzbedarf laut Rürup durch einen um 11,9 Prozentpunkte auf dann 17,4 Punkte erhöhten Solidarzuschlag auf die Einkommensteuer gedeckt. Damit würden alle Steuerbürger herangezogen; das Geld nur dem Bund zufließen. Alternativ erwägt Rürup eine um 2,5 Punkte auf 18,5 Prozent erhöhte Mehrwertsteuer – an deren Aufkommen allerdings die Länder beteiligt sind. Möglich wäre einen Finanzierung des Solidarausgleichs in der GKV auch über einen einkommensabhängigen Beitrag von 2,5 Prozentpunkten. Rürup hält das für die schlechteste Möglichkeit.

- d) **Das Kopfpauschalen-Modell der Herzog-Kommission**
Das Modell der Herzog-Kommission ist dem Rürup-Konzept relativ ähnlich, sieht aber einen Umstieg vom Umlageverfahren auf ein kapitalgedecktes System mit Integration von Altersrückstellungen für notwendig an. So soll in der gesetzlichen Krankenversicherung über einen Zeitraum von zehn Jahren ein Kapitalstock aus zusätzlichen Beiträgen der Versicherten gebildet werden, welcher danach aufgelöst und zur Subventionierung der versicherungsmathematisch berechneten individualisierten Altersrückstellungen der über 45-jährigen Versicherten eingesetzt wird. Nach dem Übergangszeitraum zahlt jeder Versicherte differenziert nach Eintrittsalter eine lebenslange GKV-Prämie, die

für die 45-Jährigen und Älteren auf 264 Euro monatlich begrenzt ist. Der Arbeitgeberanteil wird auf 6,5 % festgeschrieben. 5,4 % davon sollen steuerfrei dem Lohn zugeschrieben werden, die Firmen tragen das Krankengeld komplett. Die Finanzierung des sozialen Ausgleichs könne etwa über die Einführung eines „Sozial-Solis“ in Höhe von 15 % auf die Einkommensteuer erreicht werden. Der soziale Ausgleich wird auf 27,3 Mrd. Euro geschätzt, die Zahlen werden jedoch nicht konkretisiert.

e) Das FDP-Versicherungsmodell

Das Modell zielt auf die Umwandlung der umlagefinanzierten gesetzlichen Krankenversicherung durch Einstieg in ein kapitalgedecktes System mit Kostenerstattung und Wahlfreiheit im Versicherungsschutz. Nach Zwischenschritten (Auszahlung des Arbeitgeberzuschusses als Lohnbestandteil, Reform der Familienmitversicherung, Reduzierung des GKV-Leistungskatalogs um Krankengeld und nicht-konservierend-chirurgische Zahnmedizin) sollen nachfolgende Ziele angestrebt werden:

- Die Versicherten können ihren Versicherungsschutz auf der Grundlage einer Pflicht zur Versicherung frei wählen. Sie haben mindestens den Anspruch auf eine Basisabsicherung. Für Kinder wird die Prämie über eine steuerfinanzierte Erhöhung des Kindergeldes durch alle Bürger gemäß ihrer Leistungsfähigkeit getragen.
- Alle Anbieter von Krankenversicherungen sind private Versicherungsunternehmen. Die gesetzlichen Krankenkassen heutiger Prägung werden zur Privatversicherern.
- Die Versicherten sind frei, den Umfang ihres Versichertenschutzes den individuellen Bedürfnissen anzupassen; Wahlmöglichkeiten und Selbstbehalte sind vom Basisschutz bis zum Spitzenschutz möglich. Es herrscht freier Wettbewerb.
- Die Prämien werden versicherungstechnisch kalkuliert, wobei über Altersrückstellungen sichergestellt wird, dass die zu erwartenden Gesundheitskosten über den gesamten Lebenszeitraum hinweg gleichmäßiger verteilt werden.
- Jedes Versicherungsunternehmen muss darüber hinaus mit Kontrahierungszwang einen einheitlichen Tarif anbieten, der vom Leistungsangebot her Basisleistungen abdeckt, die in etwa dem heutigen um bestimmte zahnmedizinische und Krankengeldleistungen reduzierten Leistungsangebot entspricht. Er wird in Form einer weder nach dem Geschlecht, noch nach sonstigen Kriterien differenzierten Basisprämie kalkuliert. Risikoprüfungen und Risikozuschläge sind in diesem Tarif nicht zulässig.
- Jeder Bürger muss finanziell in der Lage sein, zumindest die Basisabsicherung zu finanzieren. Sollten die eigenen finanziellen Mittel hierfür nicht ausreichen, hat der Staat für einen entsprechenden Ausgleich zu sorgen.

VI. Kritische Bewertung

1. Bürgerversicherung birgt die Perspektive der Einheitsversicherung. Einheitsversicherung bedeutet Entzug von Wahl- und Gestaltungsfreiheit und ist das Ende eines tatsächlich selbstverwalteten Sozialsystems. Unter dem Nachfragemonopol einer solchen Versicherung mit ihrer Tendenz zur Bürokratie wird die bedarfsgerechte Versorgung leiden.

2. Auch die Steuerfinanzierung des notwendigen sozialen Ausgleichs in den Prämiensmodellen kann nur dann geeignet sein, wenn sie eine verlässliche Rahmenbedingung für den notwendigen Finanzaufwand darstellt und nicht im Tagesgeschäft kurzatmiger fiskalpolitischer Aktionen relativiert wird. Erfahrungen mit steuerfinanzierten Gesundheitssystemen im europäischen Ausland lassen erhebliche Zweifel aufkommen.
3. Werden die nachstehend formulierten Kriterien für ein chancengleiches und bedarfsgerechtes Versorgungssystem als Maßstab genommen, muss ernsthaft die Frage diskutiert werden, ob nicht eine Weiterentwicklung des bestehenden Systems der gesetzlichen Krankenversicherung unter Rückbesinnung auf die Aufgabe als Versicherungssystem ohne gesellschaftspolitische Aufgaben (Stichwort: versicherungsfremde Leistungen) und unter Berücksichtigung eines Lösungsprinzips, welches davon ausgeht, dass nicht jedes Gesundheitsrisiko solidarisch versichert sein muss, ein möglicher Weg ist.
4. Entscheidend ist dabei indessen, dass die bürokratisierte Versorgungsstruktur in der Beziehung von Krankenkassen und Ärzten in dem heutigen Vertragsarztrecht aufgelöst und wieder auf ihren Ursprung zurückgeführt wird: Es ging darum, eine freiheitliche Integration der Ärzteschaft unter Übernahme der Verantwortung für die Sicherstellung der ambulanten Versorgung in der Beziehung zum GKV-System zu wählen. Die weithin anerkannte Lösung war ein echtes Verhandlungsmodell der Gleichberechtigten mit dem Ausschluss vertragloser Zustände. Die genossenschaftliche Verantwortung der Vertragsärzte in der kassenärztlichen Versorgung garantiert die flächendeckende, qualitätsorientierte, aber auch wirtschaftliche Versorgung der Versicherten. Der Umbau dieses Modells in ein Versorgungsmodell mit Behördencharakter, welches von der ursprünglichen Selbstverwaltung nur noch die Hülse übrig lässt, war ein falscher Weg.
5. Bürgerversicherungsmodelle mit ihrer zwingenden Tendenz zur Einheitsversicherung schaffen auch für den stationären Sektor ein Machtmonopol der Krankenkassen, welches eine flächendeckende und wohnortnahe Versorgung in Frage stellt.

VII. Folgerungen

1. Werden die hier niedergelegten Kriterien der Bundesärztekammer beachtet, muss die künftige Finanzierung gesundheitlicher Versorgung der Bevölkerung so gestaltet sein, dass sie einen verlässlichen und chancengleichen Zugang zur gesundheitlichen Versorgung auf dem medizinisch angemessenen Niveau für den jeweiligen individuellen Zustand des Patienten ermöglicht. Die Beschaffung der finanziellen Mittel muss auf die Eigenverantwortung der Bürger und die Subsidiarität sozialen Schutzes Rücksicht nehmen.
2. Dies schließt daher ein, dass es über den durch das soziale Versicherungssystem abgedeckten notwendigen Schutz eine selbstbestimmte Option der Bürger als Patienten und Verbraucher für ärztliche Gesundheitsleistungen unterschiedlicher Art nach eigener Wahl geben muss. Dafür ist Informiertheit Voraussetzung. Dazu wird die Ärzteschaft ihren Beitrag leisten.

3. Wie die vorstehend skizzierten Modelle zeigen, geht es ihnen um einen mehr oder minder breiten Schutz der Bevölkerung im Falle der Krankheit und der damit verbundenen Folgen. Entscheidend ist die Niveaubestimmung des entsprechenden medizinischen Schutzes. Dafür trägt der Gesetzgeber allein die Verantwortung. Es erscheint im Hinblick auf das Modell der Bürgerversicherung unklar, wie – mit der von der Ärzteschaft geforderten Zielsetzung der individuell bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung des Kranken – eine entsprechende Versorgung ermöglicht werden soll. Es bedarf des Hinweises, dass individuell notwendig nicht lediglich eine statistisch begründete „angemessene“ Versorgung ist. Die gelegentlich in Anlehnung an Diskussionen über ausländische Versorgungssysteme ins Spiel gebrachte Terminologie der „angemessenen“ Versorgung („appropriate“) enthält rationierende Elemente, welche nach den von der Ärzteschaft befürworteten Maßstäben nicht akzeptabel sind. Die Ärzteschaft ist bereit, ihre Kompetenz zur Definition des medizinisch Notwendigen einzusetzen und dies auch durch Versorgungsforschung zu evaluieren.
4. Wenn die gesellschaftspolitische und gesetzgeberische Entscheidung einer Niveaubestimmung des sozialen Schutzes diejenige einer „Grundversorgung“ sein soll, ist es unausweichlich, dass die Bürgerinnen und Bürger auf der Grundlage ihres Rechts zur Selbstbestimmung ihrer Gesundheit ärztliche Leistungen in Anspruch nehmen können oder auch müssen, die über den sozialen Schutz hinausgehen. Ob eine sogenannte Basisversorgung noch dem Verfassungsauftrag eines sozialen Krankenversicherungsschutzes entspricht, muss hier ausdrücklich bezweifelt werden. Je flexibler das Finanzierungsmodell im Hinblick auf diese Möglichkeit ist, umso eher wird es den individuellen Bedürfnissen der Bürger gerecht. Ein mit impliziter Rationierung verbundenes Versicherungssystem, welches den Versicherten vor die Wahl stellt, als Sachleistung die medizinische Versorgung des Versicherungssystems in Anspruch nehmen zu müssen oder ihrer verlustig zu gehen, wird der notwendigen Selbstbestimmung und der notwendigen Subsidiarität des sozialen Schutzes nicht gerecht.
5. Eine entscheidende Frage für die Bewertung der entsprechenden Modelle bleibt – was bisher weitestgehend undiskutiert ist -, in welcher Beziehung die Angehörigen der Gesundheitsberufe ihren Beruf unter den Bedingungen entsprechender Versicherungssysteme ausüben können. Analysiert man die Folgen der Bürgerversicherung in der Weise, dass die Folge ist, dass 100 % der Bevölkerung den sozialen Schutz genießen, bedeutet dies, dass Ärzte künftig ihren Beruf ausschließlich von den Bedingungen, welche das System der gesetzlichen Krankenversicherung definiert, abhängig machen müssen. Es bestehen – auch verfassungsrechtlich relevante – Zweifel, ob danach noch eine selbständige freiberufliche ärztliche Tätigkeit als niedergelassener Arzt ausübbar ist; dies gilt insbesondere dann, wenn der Gesetzgeber die Versorgung der Versicherten von Einzelverträgen der Krankenkassen mit Ärzten abhängig machen würde. Damit würde die Aufnahme des Arztberufs von den Entscheidungen der Krankenkassen abhängig. Ein effektives System der Versorgung – wie es in den Maßstäben unter II. beschrieben ist – wäre auf dieser Grundlage wohl kaum möglich. Dasselbe gilt auch für die ärztliche Berufsausübung im Rahmen der Krankenhausversorgung. Der Monopolanspruch der

gesetzlichen Krankenversicherung würde die Patientenversorgung in eine „Programm-Medizin“ münden lassen.

6. Aus der Sicht der Ärzteschaft ist es deshalb – ohne dass sie die Finanzierungstechnik und das versicherungsrechtliche Niveau der Gesundheitsversorgung vorgeben will, weil dies Aufgabe des Gesetzgebers ist – im Interesse der individuell bedarfsgerechten Versorgung der Patienten erforderlich, dass Flexibilität in der Inanspruchnahme der Versorgungsmöglichkeiten, Freiheit in der Wahl des Arztes und vor allem auch Freiheit der Berufsangehörigen im Zugang zur Behandlung von Versicherten bestehen. Die Besinnung auf freiheitlich ausbalancierte Lösungen ist mehr erfolgversprechend; patientenorientierte und qualitätsgesicherte Sonderstrukturen wären damit nicht verbaut.

Gesundheitspolitische Standpunkte des Vorstandes der Bundesärztekammer – Juni 2005

Als Reaktion auf das Ergebnis der Landtagswahl am 22.05.2005 in Nordrhein-Westfalen hatte Bundeskanzler Schröder angekündigt, den Bundespräsidenten zu ersuchen, den 15. Deutschen Bundestag aufzulösen um vorzeitige Neuwahlen anzusetzen. Nachdem der Deutsche Bundestag dem Kanzler das Misstrauen ausgesprochen hatte, entsprach der Bundespräsident diesem Gesuch; am 18. September 2005 fanden Neuwahlen zum 16. Bundestag statt. Der Vorstand der Bundesärztekammer traf sich zu seiner Klausursitzung vom 10. – 12.06.2005 in Aerzen/Hamel; also zu einem Zeitpunkt, zu dem mit vorgezogenen Neuwahlen zu rechnen war.

Die Klausursitzung wurde u.a. dazu genutzt, Standpunkte zu erarbeiten und zu konsentieren, die dann in den darauf folgenden Wochen in die politischen Gespräche auf Bundes- und Länderebene eingebracht werden konnten:

„Nachhaltige Erneuerung der Erfolgsfaktoren unseres Gesundheitswesens – Für eine Gesundheitspolitik mit klaren Zielen!

Gesundheitspolitische Standpunkte des Vorstandes der Bundesärztekammer Juni 2005

Das deutsche Gesundheitswesen gewährleistet im internationalen Vergleich eine Gesundheitsversorgung auf weit überdurchschnittlichem Niveau. Die demographische Entwicklung und der medizinische Fortschritt stellen in der Zukunft das Versorgungssystem vor Herausforderungen, die besondere Anstrengungen erfordern, um seine Qualität und Finanzierbarkeit zu erhalten. Dies wird nicht ohne Veränderungen des Systems der Krankenversicherung möglich sein. Die Ärzteschaft setzt sich für eine gesundheitliche Versorgung ein, die sich allein am individuellen Behandlungsbedarf des Patienten und nicht an seinem sozialen Status orientiert.

Die deutsche Ärzteschaft formuliert deshalb die folgenden Standpunkte:

1. *Maßstab einer bedarfsgerechten und qualitativ hochwertigen Patientenversorgung muss künftig wieder die ärztliche Professionalität sein. Das politisch verfolgte Leitbild gesundheitsökonomischer und administrativer Reglementierung des Arztberu-*

fes muss aufgegeben werden. Dies bedeutet vor allem den Verzicht auf rationierende Behandlungsleitlinien, auf weitere „Vernormung“ ärztlicher Tätigkeit sowie auf den Missbrauch der Chronikerprogramme im Finanzausgleich der Krankenkassen.

2. *Ärzte brauchen wieder Anerkennung und Vertrauen von der Politik, die ihrem Engagement und ihrer Arbeit entsprechen, so wie sie ihnen von den Patienten entgegen gebracht werden. Enorme Arbeitsüberlastung, geringe Aufstiegschancen, mangelnde Anerkennung in der Politik, Unvereinbarkeit von Familie und Beruf sowie vor allem eine überbordende Bürokratie und eine unzureichende Bezahlung sind die Gründe, warum zunehmend mehr junge Ärzte nicht an der Patientenversorgung teilnehmen, ins Ausland gehen und ältere Ärzte frühzeitig ihren Beruf aufgeben. Die Überforderung und Demotivation der Ärzte müssen ein Ende haben. Sie geht zu Lasten der Patientenversorgung und ist mitursächlich für den Verlust an Berufszufriedenheit.*
3. *Die vielfältigen gesetzlichen Einflüsse, die zu einer schleichenden Rationierung in der Patientenversorgung geführt haben, müssen offengelegt werden. Intransparenz in der Leistungsgewährung zerstört nachhaltig das Vertrauen der Patienten in die ärztliche Behandlung und bringt so den Arzt in einen grundlegenden berufsethischen Konflikt. Rationierung aber ist eine politische Entscheidung, welche der Gesetzgeber und die Gesellschaft zu verantworten haben. Die Rationierungsproblematik darf nicht auf dem Rücken der Ärzte ausgetragen werden.*
4. *Die notwendige Finanzierungsreform der Krankenversicherung muss in ihren Grundlagen und Folgen in einer breit angelegten öffentlichen Diskussion erörtert werden. Es ist geradezu irreführend, die fehlende Finanzausstattung der gesetzlichen Krankenversicherung durch eine Debatte über Versorgungsstrukturen zu ersetzen. Die Ärzteschaft stellt fest, dass der alleinige Lohnbezug als Finanzierungsbasis zu schmal und deswegen überholt ist. Versicherungsfremde Leistungen müssen über Steuern finanziert werden. Es ist eine politische Entscheidung, wer welche Leistungen in welchem Umfang solidarisch finanziert erhält. Die Ärzteschaft ist bereit, ihren fachlichen Rat zur Verfügung zu stellen. Unabhängig welches Konzept letztendlich realisiert wird, ist für die Ärzteschaft allein maßgeblich, dass das Krankenversicherungssystem eine gute individuelle und bedarfsgerechte Patientenversorgung ermöglicht. Dies schließt eine angemessene finanzielle Beteiligung der Versicherten unter Berücksichtigung sozialer Gesichtspunkte nicht aus. Die Ärzteschaft hält eine leistungsfähige private Krankenversicherung für unverzichtbar.*
5. *Das Erfolgsmodell „ärztliche Selbstverwaltung“ muss für die Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung gestärkt werden. Allein die ärztliche Selbstverwaltung kann durch praxistaugliche Qualitätsnormen die Versorgungsstrukturen im Interesse der Patienten aufrechterhalten und weiterentwickeln. Nicht zuletzt die Handhabung von Disease Management Programmen und Integrierter Versorgung zeigt, wie notwendig eine qualitätsleitende Funktion der Ärztekammern ist; denn unzureichende Qualitätssicherung und mangelnde Evaluation stellen den medizinischen Mehrwert für den Patienten nachhaltig in Frage. Die Ärzteschaft fordert deshalb auch für diesen Bereich verpflichtende Qualitätsstandards.*

6. *Die Forderung nach mehr Wettbewerb kann sich nur auf Qualität beziehen. Wettbewerb um kostengünstige Versorgungsbeziehungen im so genannten Einkaufsmodell hingegen stellt weder dauerhafte noch flächendeckende Versorgungsstrukturen her. Eine Vielzahl unterschiedlicher Vertragsbeziehungen schafft noch kein durch Qualität geprägtes Versorgungssystem. Deshalb bedarf es nicht einer markt-, sondern einer patientenorientierten Strukturpolitik, die durch die Aufrechterhaltung bewährter kollektiver Steuerungskonzepte – unter Mitwirkung der Kassenärztlichen Vereinigung – eine verlässliche und bedarfsgerechte ambulante haus- und fachärztliche Versorgung auch in ländlichen Gebieten gewährleistet. Eine flächendeckende Versorgung muss weiterhin durch niedergelassene Haus- und Fachärzte – auch in geeigneten freiberuflichen Kooperationsformen – gewährleistet werden.*
7. *Die Ärzteschaft verlangt ein übergreifendes Bündnis für gesellschaftlich wie demografisch bedingte dringliche Versorgungsprobleme wie zum Beispiel Demenzerkrankungen und Depressionen. Die Ärzteschaft ist bereit, an der Definition entsprechender prioritärer Gesundheitsziele und der Entwicklung geeigneter Versorgungskonzepte mitzuwirken. Doch nicht nur die Ärzteschaft, auch weitere, in gesellschaftlicher Verantwortung stehende Gruppen müssen in eine ergänzende betreuende und pflegerische Versorgung einbezogen werden. Die künftige Gesundheitspolitik ist aufgefordert, dazu ihren Beitrag zu leisten.*
8. *Gesetzgebung in medizin-ethischen Bereichen ist nur dann zu verantworten, wenn sie unter Beachtung ärztlicher Folgenabschätzung für Würde und Selbstbestimmungsrecht des Patienten einerseits sowie der ethischen Selbstverpflichtung des ärztlichen Berufs andererseits erfolgt. Für die Unterscheidung des medizinischen Möglichen vom ethisch Vertretbaren ist die Ärzteschaft ein verantwortungsvoller Ratgeber.*
9. *Immer noch wird unser Gesundheitswesen als Kostenfaktor und Standortnachteil für Deutschland dargestellt. Das Gesundheitswesen aber steht für Menschlichkeit und sozialen Frieden. Darüber hinaus arbeiten über 4,2 Millionen Menschen im Gesundheitswesen, deren Professionalität und Qualität auch bei ausländischen Patienten hoch anerkannt ist. Mit seinem umfangreichen Leistungsangebot auch außerhalb der Krankenversicherung sowie seinen vielfältigen Innovationen im pharmazeutisch und medizin-technischen Bereich ist der Gesundheitssektor auch ein wesentlicher Wirtschaftsfaktor und schafft auch in Zukunft sichere „globalisierungsfeste“ Arbeitsplätze. Es ist Aufgabe der künftigen Politik, eine solche Dynamik durch Beseitigung der dirigistischen und bürokratischen Hemmnisse zu fördern.*
10. *Die ärztliche Berufsausübung bedarf Rechtssicherheit. Die Ärzteschaft fordert klare und eindeutige Regelungen mit strikter medizinischer Orientierung. Sie muss Grundlage für eine moderne Gebührenordnung sein, die den modernen Stand der Medizin berücksichtigt. Die seit 27 Jahren geltende Gebührenordnung führt derzeit zu Fehlinterpretationen, fehlerhaften Abrechnungen, Rechtsstreiten und unberechtigten Vorwürfen gegen die Ärzteschaft.*
11. *Bei allen Bestrebungen zur weiteren Einigung Europas und der Bedeutung des Beitrages, den europäische Gesundheitspolitik hierzu leisten kann, erwartet die Ärzteschaft von der Politik in Deutschland, dass sie sich mit Nachdruck einer Absenkung der Qualität ärztlicher Versorgung in Deutschland durch eine Harmonisierung auf Mindestniveau wie auch durch die Methode der offenen Koordinierung widersetzt.“*

Beauftragter für Menschenrechte

Im April 1996 hat der Vorstand der Bundesärztekammer beschlossen, das Amt eines Beauftragten für Menschenrechte beim Vorstand der Bundesärztekammer einzurichten. Der Vorstand der Bundesärztekammer berief 2002 Prof. Dr. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe zum Menschenrechtsbeauftragten der Bundesärztekammer. Die Geschäftsführung betreut Dipl.-Volkswirt Norbert Butz, stv. Dezernent der Bundesärztekammer, der damit die Nachfolge von Dr. Otmar Kloiber in dieser Funktion antrat, der zum Februar 2005 als Generalsekretär zum Weltärztebund wechselte.

Das Tätigkeitsfeld des Menschenrechtsbeauftragten wurde folgendermaßen definiert:

- Ihm obliegt die Beratung und Information der Regierung, der Ärztekammern, der Ärzte und der Öffentlichkeit über rechtliche und politische Fragen der Gesetzgebung und des Verwaltungshandelns, bei denen Menschenrechte im Bereich der Medizin tangiert sind.
- Im Ausland engagiert sich der Menschenrechtsbeauftragte immer dann, wenn Ärzte als Opfer oder Täter an Menschenrechtsverletzungen beteiligt sind und sucht die Abstimmung mit den internationalen Gremien der verfassten Ärzteschaft.
- Der Beauftragte für Menschenrechte der BÄK greift nicht in die gesetzlichen Obliegenheiten der Landesärztekammern ein. Er hat keine Zuständigkeiten bei vermuteten Rechtsverstößen von Ärzten im Geltungsbereich deutschen Rechts.
- Der Menschenrechtsbeauftragte hat inzwischen in einer ganzen Reihe von Gesprächen Kontakte hergestellt zu:
 - den nationalen und internationalen Menschenrechtsorganisationen
 - den Menschenrechtsbeauftragten bei den Bundesministerien und
 - den medizinischen Organisationen, die sich der Opfer von Menschenrechtsverletzungen annehmen.

Mitwirkung von Ärzten bei der Rückführung von Ausländern

Die Mitwirkung von Ärzten bei der Rückführung von Ausländern führt immer wieder zu schwerwiegenden Konflikten zwischen Ärzten und den zuständigen Behörden geführt. Die Probleme kulminierten in dem Verlangen der Länder bzw. einiger Länderbehörden, abzuschiebende Personen lediglich auf den Umstand der Flugtauglichkeit zu untersuchen, wodurch sich Ärzte als Gehilfen einer Abschiebung sahen, die die Patienten unter Umständen in eine aus ärztlicher Sicht unverantwortliche Situation brachten. Solche Konflikte entstanden beispielsweise dann, wenn eine Behandlung am Zielort der Rückführung für den Patienten nicht möglich oder gar diese Rückführung selber bei psychisch traumatisierten Patienten zu einer Retraumatisierung führen könnte.

Im April 2003 baten deshalb die Menschenrechtsbeauftragten der Landesärztekammern eine Arbeitsgruppe aus ihrem Kreis, bestehend aus Herrn Dr. Girth (Landesärztekammer Hessen), Frau Rechtsanwältin Hirthammer (Ärztekammer Nordrhein) und Frau Dr. Wirtgen (Bayerische Landesärztekammer) sowie Herrn Dr. Kloiber (Bundesärztekammer), in eine gemeinsame Arbeitsgruppe mit Vertretern der Innenministerien der Bundesländer einzutreten, nachdem sich zuvor der Vorsitzende der Innenministerkon-

ferenz, der thüringische Minister Trautvetter sowie der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe, auf dieses Vorgehen geeinigt hatten.

Ziel der gemeinsamen Arbeitsgruppe sollte es sein, festzustellen, ob ein Verfahren der ärztlichen Begutachtung von rückzuführenden Ausländern gefunden werden kann, welches sowohl den gesetzlichen Anforderungen als auch den Anforderungen an die ärztliche Sorgfaltspflicht gerecht würde. Als Ausgangspunkt für die Beratung der gemeinsamen Arbeitsgruppe diente ein bereits bestehender Erlass des Innenministeriums Nordrhein-Westfalen. Aus Sicht der ärztlichen Vertreter sollte der Erlass so umgestaltet werden, dass sich Ärzte im Prozess der Begutachtung, z.B. als Amtsärzte oder aber auch als frei herangezogene Gutachter, nicht in einem Konflikt zwischen Auftraggeber (Behörden) und Patient wiederfinden mussten.

Dabei galt es, folgenden Konflikt auszuräumen: Das Ausländerrecht sieht zwei Kategorien von Hinderungsgründen für eine Rückführung von Ausländern vor. Dies sind zum einen die zielstaatsbezogenen Abschiebehindernisse (aus medizinischer Sicht im Wesentlichen die Nichtbehandlungsmöglichkeit oder Retraumatisierung am Zielort der Rückführung) oder die inlandsbezogenen Abschiebungshindernisse (hier im Wesentlichen die Frage der Flugtauglichkeit).

Das Gesetz und die derzeit gültigen Verfahrensbestimmungen sehen vor, dass zielstaatsbezogene Abschiebungshindernisse durch das dafür zuständige Bundesamt unmittelbar nach der Ankunft in Deutschland geklärt werden. Das mag in einzelnen Fällen auch möglich sein, wenn feststeht, dass eine Erkrankung nach einer Rückführung nicht behandelbar wäre oder eine evidente psychische Traumatisierung eine solche Rückführung nicht erlaubt. In vielen Fällen ist aber ein zielstaatsbezogenes Hindernis zu diesem Zeitpunkt nicht erkennbar. Das kann z.B. sein, weil

- der Patient selbst von seiner Erkrankung bzw. von seiner Behandlungsnotwendigkeit nichts weiß,
- sich die Zustände im Zielstaat im Laufe des Aufenthalts in Deutschland verschlechtern oder aber, weil
- eine Krankheit erst während des Aufenthaltes in Deutschland auftritt oder manifest wird.

Das kann aber auch sein, weil in den Gesprächen beim Bundesamt z.B. eine vergewaltigte moslemische Frau ihre Traumatisierung nicht offenbaren kann, da ihr sonst unter Umständen die Verstoßung durch ihre Familie droht.

Aus all diesen Gründen ist das bisherige Verfahren zur Feststellung von zielstaatsbezogenen Abschiebungshindernissen unvollständig und unbefriedigend. Gleichwohl gilt es bisher für die Behörden nach der Beurteilung durch das Bundesamt für abgeschlossen. Somit stellten in vielen Fällen zielstaatsbezogene Abschiebungshindernisse aus Sicht der Behörden keinen Diskussionsgrund mehr dar.

Bei den inlandsbezogenen Abschiebungshindernissen geht es im Wesentlichen um die Flugtauglichkeit der abzuschiebenden Personen. Dies mag in Einzelfällen eine komplexe Fragestellung sein. Grundsätzlich kann man aber feststellen, dass mit den geeigneten technischen Mitteln fast jeder Patient transportiert werden kann. Da für die Feststellung der inlandsbezogenen Abschiebungshindernisse die lokalen Behörden zuständig sind

und diese keine Zuständigkeit für die Feststellung der zielstaatsbezogenen Abschiebungshindernisse haben, verlangen die lokalen Behörden von den Ärzten eine strikte Beschränkung ihrer gutachterlichen Tätigkeit auf die Frage der Flugtauglichkeit. Diese Einschränkung war und ist besonders unter der Bedingung einer inadäquaten Prüfung der zielstaatsbezogenen Abschiebungshindernisse inakzeptabel. Zuletzt hat dies auch noch einmal der Deutsche Ärztetag 2004 festgestellt.

Das Bemühen der ärztlichen Vertreter als Teilnehmer der gemeinsamen Arbeitsgruppe Länderministerien/Ärzttekammern war es daher, Verständnis dafür zu wecken, dass Ärzte die Pflicht haben, darauf hinzuweisen, dass eine Abschiebung bzw. Rückführung zu einer Gefahr für Leib und Leben der zu begutachtenden Personen führen kann, unabhängig davon, ob diese im engeren Sinne fluguntauglich ist.

Die von der Arbeitsgruppe überarbeitete Handreichung des Innenministeriums Nordrhein-Westfalen wird sowohl den Bestimmungen des Ausländerrechts als auch dem ärztlichen Verlangen gerecht, stets im Sinne des Patienten sorgfältig handeln zu können. Das Papier stellt fest, dass es zu verschiedenen Zeiten des Verfahrens verschiedene Fragestellungen an medizinische Gutachter gibt, erlaubt aber auf der anderen Seite dem Arzt zu jedem Zeitpunkt, auch auf noch nicht entdeckte bzw. noch nicht ausreichend abgeklärte Gesundheitsprobleme hinzuweisen und damit das Verfahren der Prüfung der zielstaatsbezogenen Abschiebungshindernisse erneut anzustoßen. Es ist zwar unbefriedigend, dass dies nicht durch das Gesetz selbst geregelt wird, andererseits bindet eine solche Handreichung, wenn sie dann von den weisungsbefugten Ministerien ausgesandt wird, die zuständigen lokalen Behörden.

Die Arbeitsgruppe hatte sich darauf verständigt, dass die Handreichung sowohl der Innenministerkonferenz der Länder als auch dem Vorstand der Bundesärztekammer mit dem Ziel der zustimmenden Kenntnisnahme vorgelegt wurde. Während der Vorstand der Bundesärztekammer den Entwurf zustimmend zur Kenntnis genommen hat, hat sich die Konferenz der Innenminister auf keine einstimmige Äußerung einigen könne. Es bleibt daher weiter abzuwarten, ob einzelne Bundesländer, dennoch den aufgezeigten Kompromiss aufgreifen.

Mit Wirkung vom 16.12.2004 wurde der Informations- und Kriterienkatalog per Erlass durch das Innenministerium Nordrhein-Westfalens umgesetzt. Auf Ebene der Ständigen Konferenz der Innenminister und -senatoren der Länder – kurz Innenministerkonferenz (IMK) wurde vereinbart, die Erfahrungen NRW's mit dem Informations- und Kriterienkatalog nach Ablauf eines Jahres auszuwerten um dann über eine Empfehlung hinsichtlich einer bundesweiten Umsetzung des Kataloges zu beraten.

Am 27.05.2005 fand in Berlin ein Treffen der Menschenrechtsbeauftragten der Landesärztekammern statt. Dieses diente auch der Nachbereitung der vom 108. Deutschen Ärztetag gefassten Entschlüsse zur Thematik Menschenrechte. Dieser hatte zu folgenden Sachverhalten Position bezogen: (Näheres siehe 13. Kapitel, 2. Abschnitt Dokumentation „Durchführung der Beschlüsse des 108. Deutschen Ärztetages 2005 in Berlin)

- Medizinische Begutachtung bei der Rückführung ausreisepflichtiger Ausländerinnen und Ausländer – besserer Abschiebeschutz aus Gesundheitsgründen
- Erforschung und Entwicklung von Wegen zur ärztlichen Versorgung von Flüchtlingen ohne Papiere

- Medizinische Behandlung von Menschen in Armut ohne legalen Aufenthaltsstatus
- Abschiebung aus stationärer psychiatrischer Behandlung

Initiative zur Freilassung des kubanischen Arztes Dr. Elias Biscet

Der Präsident und Menschenrechtsbeauftragte der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe hat sich in einem Schreiben vom 30.11.2005 an den Botschafter der Kubanischen Republik in Deutschland gewandt, Dr. Biscet unverzüglich aus der Haft zu entlassen. Dieser war im Frühjahr 2003 festgenommen und zu 25 Jahren Haft verurteilt worden. Nach den vorliegenden Erkenntnissen müssen die Haftbedingungen von Dr. Biscet menschenunwürdig sein; internationalen Menschenrechtsorganisationen wurde es bislang nicht erlaubt, Dr. Biscet zu besuchen.