

**Diskussionsentwurf**

Ulmer Papier – Version 5.1

Stand 03.04.2008

Gesundheitspolitische Leitsätze der deutschen Ärzteschaft

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11

# Inhaltsverzeichnis

1		
2	<b>INHALTSVERZEICHNIS.....</b>	<b>2</b>
3	<b>PROLOG: PATIENT UND ARZT IM GESUNDHEITSWESEN .....</b>	<b>4</b>
4	• <i>Die gute Patient-Arzt-Beziehung.....</i>	<i>4</i>
5	• <i>Bedeutung von Gesundheit.....</i>	<i>5</i>
6	• <i>Definition und Rolle der Medizin .....</i>	<i>5</i>
7	• <i>Die Arbeit der Ärzte .....</i>	<i>6</i>
8	• <i>Geschädigtes Vertrauensverhältnis Patient – Arzt, Leistungsrationierung .....</i>	<i>6</i>
9	• <i>Erwartungen der Patienten an gute Medizin .....</i>	<i>7</i>
10	• <i>Erwartungen der Ärzte an eine gute Politik für eine gute Medizin .....</i>	<i>8</i>
11	<b>ECKPUNKTE ZUR SICHERSTELLUNG EINER PATIENTENORIENTIERTEN</b>	
12	<b>GESUNDHEITSVERSORGUNG .....</b>	<b>10</b>
13	<b>TEIL A - VERSORGUNG .....</b>	<b>11</b>
14	1. ROLLE VON STAAT, MARKT UND SELBSTVERWALTUNG IM GESUNDHEITSWESEN NEU AUSRICHTEN .....	12
15	• <i>Umbau des Gesundheitswesens zwischen Zentralisierung und Deregulierung .....</i>	<i>12</i>
16	• <i>Die Stellung des Arztes als Freier Beruf und Patientenorientierung stärken .....</i>	<i>13</i>
17	• <i>Einstieg in den Arztberuf fördern.....</i>	<i>14</i>
18	2. NEUE PRIORITÄTEN IN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG ZUM ABBAU VON UNTERVERSORGUNG .....	17
19	• <i>Ausbau und Vernetzung präventiver Maßnahmen .....</i>	<i>17</i>
20	• <i>Die Förderung der Kinder- und Jugendgesundheit flächendeckend stärken und zielgruppenspezifisch</i>	
21	• <i>ausbauen .....</i>	<i>18</i>
22	• <i>Chronische Erkrankungen erfolgreicher bekämpfen .....</i>	<i>19</i>
23	• <i>Gesundheit im Alter .....</i>	<i>20</i>
24	• <i>Palliativversorgung stärken.....</i>	<i>21</i>
25	• <i>Versorgungsforschung ausbauen als Voraussetzung einer rational begründeten Weiterentwicklung</i>	
26	• <i>von Strukturen des Gesundheitswesens.....</i>	<i>22</i>
27	3. BEDARFSGERECHTE VERSORGUNGSSTRUKTUREN BEREITSTELLEN .....	24
28	• <i>Sicherstellung der wohnortnahen ambulanten Versorgung .....</i>	<i>24</i>
29	• <i>Stationäre Versorgung als Teil der Daseinsvorsorge sichern .....</i>	<i>24</i>
30	• <i>Integrierte Versorgung.....</i>	<i>26</i>
31	• <i>Flexibilisierung der Kooperationsformen.....</i>	<i>26</i>
32	• <i>Berufsgruppenübergreifende Versorgungskonzepte / Versorgungsmanagement für</i>	
33	• <i>betreuungsintensive Patienten .....</i>	<i>27</i>
34	• <i>Optimierung der Versorgungsstrukturen für eine älter werdende Bevölkerung .....</i>	<i>27</i>
35	4. MIT MITTELKNAPPHEIT VERANTWORTUNGSBEWUSST UMGEHEN.....	28
36	• <i>Budgetmedizin ist zu beenden .....</i>	<i>28</i>
37	• <i>Leistungsumfang der GKV am Bedarf orientieren.....</i>	<i>28</i>
38	• <i>Verantwortung des Gesetzgebers für rationierende Rahmenbedingungen klarstellen .....</i>	<i>29</i>
39	• <i>Positivliste einführen .....</i>	<i>30</i>
40	• <i>Einrichtung eines Gesundheitsrates.....</i>	<i>31</i>
41	5. VERSORGUNGSQUALITÄT UND PATIENTENSICHERHEIT IN EINEM MARKTORIENTIERTEN	
42	GESUNDHEITSSYSTEM ERHALTEN.....	32
43	• <i>Qualitätswettbewerb fördern .....</i>	<i>32</i>
44	6. EIGENVERANTWORTUNG DER PATIENTEN STÄRKEN.....	34
45	7. MEDIZINISCHE VERSORGUNG LEISTUNGSGERECHT VERGÜTEN .....	35
46	• <i>Vergütung privatärztlicher Leistungen .....</i>	<i>35</i>
47	• <i>Vergütung vertragsärztlicher Leistungen.....</i>	<i>36</i>
48	• <i>Vergütung stationärer Leistungen.....</i>	<i>37</i>
49	<b>TEIL B - FINANZIERUNG.....</b>	<b>38</b>
50	8. FINANZIERUNG EINER PATIENTENGERECHTEN GESUNDHEITSVERSORGUNG .....	39
51	8.1 PRÜFKRITERIEN .....	39
52	• <i>Patienteninteresse und ärztlicher Auftrag.....</i>	<i>39</i>
53	• <i>Kriterien.....</i>	<i>39</i>
54	• <i>Kritische Bewertung.....</i>	<i>41</i>
55	• <i>Folgerungen.....</i>	<i>42</i>

1	8.2	KURZFRISTIGE UND SYSTEMIMMANENTE WEITERENTWICKLUNG DER FINANZIERUNG DER	
2		GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG .....	44
3	•	<i>Verbreiterung der Einnahmehasis der GKV .....</i>	44
4	•	<i>Missbrauch der GKV durch die Politik beenden .....</i>	44
5	•	<i>Sozialverträgliche Erweiterung der Eigenbeteiligungsformen .....</i>	44
6	•	<i>Familienversicherung nur noch für erziehende Elternteile.....</i>	45
7	•	<i>Stabile Steuerfinanzierung der Beiträge für die Versicherung von Kindern.....</i>	45
8	•	<i>Alterungsrückstellungen durch Gesundheitssoli und demografiebezogener Ausgleichsfaktor für die</i>	
9		<i>Krankenversicherung der Rentner .....</i>	45
10	•	<i>Echter Wettbewerb zwischen GKV und PKV .....</i>	45
11		<b>EPILOG .....</b>	<b>47</b>
12			
13			

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39

## **PROLOG: PATIENT UND ARZT IM GESUNDHEITSWESEN**

Das deutsche Gesundheitswesen ist seit vielen Jahren wiederkehrend Gegenstand von Reformen und Kostendämpfungsgesetzen. Sie hatten und haben teilweise erhebliche negative Auswirkungen auf die Versorgung der Patienten und auf die Bedingungen der ärztlichen Berufsausübung.

Die nachfolgenden grundsätzlichen Erläuterungen und Definitionen sollen dem Verständnis der beruflichen Situation der Ärzteschaft und ihrer Gestaltungsvorschläge für ein funktionsfähiges freiheitlich gestaltetes Gesundheitswesen dienen.

- **Die gute Patient-Arzt-Beziehung**

Der Erfolg ärztlicher Bemühungen hängt ganz entscheidend davon ab, dass das ärztliche Handeln an der Individualität des erkrankten Menschen ausgerichtet ist. Dies betrifft sowohl die Auswahl bezüglich Diagnostik und Therapie als auch die Begegnung zwischen Patient und Arzt, die sich nicht von außen bestimmen, vorschreiben oder unabhängig von dieser persönlichen Begegnung vorformen lässt.

In der Individualität wird der entscheidende Wesenskern der Medizin beschrieben, auf den nicht verzichtet werden kann.

Die politischen Versuche, das Gesundheitswesen zu regulieren und zu steuern, gehen aus der Sicht der Ärzteschaft von einer falschen Vorstellung des medizinischen bzw. heilkundlichen Geschehens aus. Nahezu allen Reformgesetzen ist eine eher mechanistische Vorstellung des therapeutischen Geschehens zu eigen, eine Vorstellung, die von einem relativ naiven Verständnis des Herstellens von Gesundheit in der Verantwortung des Arztes ausgeht.

Da Gesundheit weder angeordnet noch hergestellt werden kann, da sie wesentlich vom Mitwirken des Patienten abhängig ist, kann diese Begegnung nicht standardisiert erfolgen.

Aus der Individualität jeder Erkrankungssituation und aus der Notwendigkeit einer auf jeden einzelnen Menschen ausgerichteten Form der Begegnung resultiert die Notwendigkeit der Freiberuflichkeit, da nur der in Fragen der Therapie freie Arzt die jeweils angemessene Therapieform (natürlich auf der Grundlage vorhandenen Wissens) wählen kann.

## • **Bedeutung von Gesundheit**

Viele Menschen bezeichnen bei der Begegnung mit ihren Ärzten und bei Meinungsumfragen die Gesundheit als ihr „höchstes Gut“. Offenkundig wird der Gesundheit eine hohe persönliche Bedeutung zugemessen; ohne sie wäre die Erfüllung eigener Lebenspläne gefährdet. Vorschläge und Gesetze, die das Ziel haben, die Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger zu erhalten, deren Versorgung bei Krankheit und Behinderung zu gewährleisten sowie das Gesundheitswesen insgesamt funktionsfähig zu organisieren, werden daher immer wieder nachhaltig – häufig auch kontrovers – in Politik und Gesellschaft diskutiert.

Die verfasste Ärzteschaft definiert Gesundheit nicht so umfassend wie die Weltgesundheitsorganisation. Diese versteht nach ihrer Satzung von 1946 unter Gesundheit einen Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Heutzutage sieht die Gesellschaft Menschen mit einer Krankheitserscheinung oder Behinderung z.B. auch als gesund an, wenn deren Folgen mit Hilfe der Medizin weitgehend gelindert oder ganz zurückgedrängt werden können.

## • **Definition und Rolle der Medizin**

Die Medizin als lehrbare und anwendbare Wissenschaft ist die Grundlage für die Erkennung und Behandlung von Krankheit und Behinderung.

Die Medizin ist keine exakte Naturwissenschaft, die nur streng kausalen Regeln folgt und deren Ergebnisse in einer festen Versuchsanordnung jederzeit reproduzierbar sein müssen. Medizin ist vielmehr eine praktische, eine Erfahrungswissenschaft, die sich naturwissenschaftlicher Methoden ebenso bedient wie der Erkenntnisse der Psychologie, der Sozial- und Kommunikationswissenschaften, allgemein der Geisteswissenschaften und im bestimmten Umfang auch der Theologie. Ärztinnen und Ärzte müssen – je nach Fachgebiet unterschiedlich ausgeprägt – mit einem nur erfahrungsgemäß richtigen Wissen umgehen, das zudem in Forschung und Entwicklung zumeist relativ kurze Halbwertszeiten aufweist.

Zudem spielen bei allen Entscheidungsprozessen in der Medizin neben wissenschaftlichen Erkenntnissen auch Wertungen und Haltungen eine wichtige Rolle.

Unabhängig davon ist festzustellen: Wissenschaftlicher und technischer Fortschritt haben zu einer seit Jahren und Jahrzehnten anhaltenden Ausweitung medizinischer Erkenntnisse und Erfahrungen geführt. Das macht es möglich, den Patienten immer wirkungsvollere Methoden von Diagnostik und Therapie zu eröffnen. Moderne Informationstechnologien und die

1 Globalisierung nicht nur der Wirtschaft, sondern auch der Forschung werden diese Dynamik  
2 noch beschleunigen.

3

4 Die Erfolge der modernen Medizin haben wesentlich zum ständigen Anstieg der  
5 Lebenserwartung beigetragen. Die Menschen werden aber nicht nur älter, sondern bleiben  
6 auch häufiger länger gesund und fähig, ein altersgerechtes Leben zu führen.

7

### 8 • **Die Arbeit der Ärzte**

9

10 Innerhalb der verschiedenen Heilberufe, deren Zusammenwirken im heutigen  
11 Gesundheitswesen unerlässlich ist, haben die Ärzte eine herausgehobene Stellung. Sie  
12 werden seit der Antike als Helfer und Heiler gesehen und sind dies im Selbstverständnis der  
13 Berufsangehörigen auch heute.

14

15 Entsprechend unserem Verständnis von Medizin ist ärztliche Kunst mehr als die strikte  
16 Anwendung medizinischer Methoden im naturwissenschaftlichen Sinne. Ärztliches Handeln  
17 kann nicht von mechanistischen Vorstellungen ausgehen. Es umfasst auch nicht wägbare  
18 und nicht messbare Behandlungsverfahren, welche Ärztinnen und Ärzte häufig erst zu  
19 Hoffnungsträgern für ihre Patienten machen.

20

21 Die Therapiefreiheit ist von grundsätzlicher, sehr hoher Bedeutung für Patienten und Ärzte.  
22 Jeder Arzt ist für seine Therapie verantwortlich. Er entscheidet gemeinsam mit dem  
23 Patienten, inwieweit er dabei die Ergebnisse evidenz-basierter Leitlinien in seine Therapie  
24 einfließen lässt. Externe Eingriffe in die Therapiefreiheit wie etwa schematische  
25 Standardisierungen müssen sich destruktiv auf die Vertrauensbeziehung von Patient und  
26 Arzt auswirken: Der Arzt fühlt sich seiner Freiheit beraubt, der Patient zweifelt an der  
27 Unabhängigkeit seines Arztes.

28

### 29 • **Geschädigtes Vertrauensverhältnis Patient – Arzt, 30 Leistungsrationierung**

31

32 Die „Gesundheitsreformen“ der letzten Jahre hatten im Bereich der Versorgung von GKV-  
33 Patienten in Krankenhaus und Praxis einschneidende Auswirkungen auf das individuelle  
34 Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt. Dieses aber ist in aller Regel eine  
35 Grundvoraussetzung für ein erfolgreiches ärztliches Handeln.

36

37 Ärztinnen und Ärzte hatten bisher Therapiefreiheit bei der Behandlung ihrer Patientinnen und  
38 Patienten – eingeschränkt nur durch das seit jeher in der GKV bestehende Gebot, dass die  
39 Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen und das Maß des

1 Notwendigen nicht überschreiten dürfen. Die jahrzehntelange Kostendämpfungspolitik hat  
2 nun darüber hinaus zunehmend Rationierungen zur Folge: Leistungen für die Patienten  
3 können nicht mehr im medizinisch gebotenen Umfang und/oder nicht zum gebotenen  
4 Zeitpunkt erbracht werden; der Gesetzgeber hat den Ärztinnen und Ärzten aus  
5 ökonomischen Gründen zunehmend Leistungsbeschränkungen zugemutet. Er hat damit die  
6 tradierte Patient-Arzt-Beziehung beschädigt, zumindest empfindlich gestört.

7  
8 Die Patient-Arzt-Beziehung steht nunmehr auch unter Vorgaben, die sich aus kollektiver  
9 Sicht ergeben. Für den Gesetzgeber war es daher konsequent, in Deutschland einen bisher  
10 nicht vorhandenen Leistungskatalog in der gesetzlichen Krankenversicherung einzuführen,  
11 seine Implementierung zu organisieren und seine Einhaltung in Bezug auf die Indikation und  
12 die Qualität der Erbringung zu kontrollieren.

13  
14 Den Leistungsumfang festzulegen obliegt nunmehr dem Bundesgesundheitsministerium und  
15 dem unter seiner Rechtsaufsicht stehenden „Gemeinsamen Bundesausschuss“ (GBA).  
16 Dieser wird seinerseits durch wissenschaftliche und Beratungsinstitute unterstützt, z.B. das  
17 Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Der GBA erlässt Richtlinien  
18 für den Inhalt der gesundheitlichen Versorgung, die für alle Beteiligten rechtsverbindlich sind.

19  
20 Damit hat sich die tradierte Entscheidungskette in der Patientenbetreuung, an deren Spitze  
21 bisher die individuelle Patient-Arzt-Beziehung stand, in ihr Gegenteil verkehrt. Nach der  
22 heutigen Rechtslage (Sozialgesetzbuch V) ist die Frage „Wer definiert den ärztlichen  
23 Behandlungsauftrag?“ wie folgt zu beantworten:

- 24
- 25 1. der Gesetzgeber durch Bestimmungen über den Leistungskatalog,
  - 26 2. der Gemeinsame Bundesausschuss durch normative Richtlinien,
  - 27 3. die Vertragspartner (gesetzliche Krankenversicherung und Leistungserbringer) durch  
28 Kataloge und Verträge (z.B. Einheitlicher Bewertungsmaßstab, Diagnose-bezogene  
29 Fallpauschalen, dreiseitige Verträge),
  - 30 4. die gesetzlichen Krankenkassen bei Einzelverträgen (z.B. in der integrierten Versorgung),
  - 31 5. der Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung durch seine Wahlentscheidungen,
  - 32 6. und erst zum Schluss der Arzt im individuellen Behandlungsverhältnis.

33

- 34 • **Erwartungen der Patienten an gute Medizin**

35

36 Für die Patientinnen und Patienten steht die individuelle Zuwendung des Arztes im  
37 Vordergrund. Sie erwarten nicht nur Fachkompetenz und eine dem jeweiligen Stand der  
38 Wissenschaft entsprechende Anwendung medizinischer Möglichkeiten und Erkenntnisse bei

1 Diagnostik und Therapie in ihrem persönlichen Krankheitsfall, sondern vor allem auch Zeit  
2 und Menschlichkeit in ihrer Begegnung mit dem Arzt. Unter den Patienten finden sich nicht  
3 nur hilflos Leidende, sondern zunehmend auch Menschen, die über medizinische Fragen gut  
4 informiert sind, mehr Eigenverantwortung übernehmen und ggf. auch die Leistungen und  
5 Ergebnisse der Behandlung in Klinik und Praxis kritisch hinterfragen können.

6  
7 Die Erwartungen der Patienten spiegeln es wider: Gute Medizin ist kein Industrieprodukt,  
8 sondern eine Dienstleistung, deren Ergebnis maßgeblich von der Interaktion zwischen den  
9 beiden Akteuren Patient und Arzt bestimmt wird – basierend auf dem Vertrauen des  
10 Patienten in den Arzt sowie der Empathie des Arztes für den Patienten. Medizinische  
11 Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit hängen nicht nur vom Arzt ab, sondern  
12 insbesondere auch von Haltungen und Erwartungen des Patienten.

13  
14 • **Erwartungen der Ärzte an eine gute Politik für eine gute Medizin**  
15

16 Die legitimen Erwartungen der Patientinnen und Patienten an eine individuelle qualifizierte  
17 gesundheitliche Betreuung können die Ärzte nur unter fairen Rahmenbedingungen erfüllen.  
18 Diese muss gute Politik gewährleisten. Insbesondere muss der Gesetzgeber es ermöglichen,  
19 dass jeweils ein gutes Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt entstehen kann. Der  
20 Schutz des Staates für den Erwerb und die Aufrechterhaltung der beruflichen Kompetenz, für  
21 die Therapiefreiheit, die Wahrung des Patientengeheimnisses und für die Rolle des Arztes  
22 als Anwalt seiner Patienten darf nicht eingeschränkt, sondern muss eher noch ausgebaut  
23 werden. Der Staat darf keine Finanzstrukturen vorgeben (z.B. Bonus-Malus-Regelungen),  
24 die bei Patientinnen und Patienten die Vorstellung erwecken könnten, dass für ärztliche  
25 Entscheidungen auch eigennützige materielle Aspekte bedeutend sein könnten.

26  
27 Vor allem aber sollten alle staatlichen Organe nicht den sachlich unzutreffenden Eindruck  
28 erwecken, das bisher gewohnte weitgehend universelle Leistungsversprechen der GKV  
29 könne bei limitierten finanziellen Ressourcen unter Vermeidung jeder Versorgungsungleich-  
30 heit aufrecht erhalten bleiben. Damit werden die Ärzte und Angehörigen anderer Heilberufe  
31 bei ihrer Begegnung mit den Kranken vor kaum lösbare Probleme gestellt. Denn sie sind es,  
32 die Leistungsbeschränkungen ihren Patienten zu erklären haben und dabei oft auf deren  
33 Unverständnis stoßen. Der Staat ist daher zur Aufrichtigkeit aufgefordert.

34  
35 Schließlich erwarten alle Ärzte in Praxis und Krankenhaus dringend eine Befreiung von der  
36 bestehenden bürokratischen Überbelastung. Sie nimmt dem einzelnen Arzt wertvolle Zeit,  
37 die er sonst für die Versorgung seiner Patienten einsetzen könnte.

1 Die deutsche Ärzteschaft sieht in einem großen Anteil dieser Erschwernisse der  
2 Berufsausübung den Ausdruck eines gesellschaftlich verbreiteten und gelegentlich sogar  
3 geschürten Misstrauens in den Berufsstand.

4

5 In der Öffentlichkeit und der Politik wird die Stellung des Arztes als Privileg wahrgenommen.

6 Das Privileg besteht darin,

- 7 – Angelegenheiten des ärztlichen Handelns eigenständig zu regulieren (durch
- 8 Selbstverwaltung),
- 9 – über ein hohes Ansehen zu verfügen (hohe Positionen auf den Imageskalen),
- 10 – in der Behandlungssituation die individuell richtige und angemessene Therapie zu
- 11 wählen (Therapiefreiheit),
- 12 – auch über ein angemessenes Einkommen zu verfügen, um eventuelle Verführung zu
- 13 unärztlichem Verhalten zu verhindern.

14

15 Diese „Privilegien“ ergeben sich zwingend aus den Anforderungen, denen sich ein Arzt  
16 gegenüber sieht, die er aber unter heutigen Bedingungen nicht mehr bedienen kann.

17 Die ärztliche Selbstverwaltung garantiert im Interesse des Patienten eine fachlich  
18 angemessene Kontrolle ärztlichen Tuns und ein hohes Qualitätsniveau.

19

20 Eine gesellschaftliche Diskreditierung dieser Privilegien gefährdet den herausgehobenen  
21 Qualitäts- und Leistungsbeitrags der Ärzte/Ärztinnen im Gesundheitswesen.

22

23

## 1 **ECKPUNKTE ZUR SICHERSTELLUNG EINER** 2 **PATIENTENORIENTIERTEN GESUNDHEITSVERSORGUNG**

3

4 Im internationalen Vergleich zählt das deutsche Gesundheitssystem bisher zu den  
5 leistungsstärksten, weil es – auch in der Beurteilung des Sachverständigenrats zur Begut-  
6 achtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007 – den Patienten eine flächendeckende  
7 Versorgung auf hohem Niveau bietet. Die gesetzliche Krankenversicherung ist, wie die  
8 anderen sozialen Sicherungssysteme auch, einem enormen Veränderungsdruck ausgesetzt.  
9 Durch den demographischen und epidemiologischen Wandel ist ein steigender Bedarf an  
10 Gesundheitsleistungen zu erwarten, durch medizinisch-technische Innovationen ist die  
11 Behandelbarkeit von Erkrankungen kontinuierlich verbessert worden. Dem stehen begrenzte  
12 Ressourcen gegenüber.

13 Um die Errungenschaften unseres Gesundheitswesens zu erhalten und weiter zu entwickeln,  
14 ist es erforderlich, alle Dimensionen des Gesundheitswesens - Einnahmen- und Ausgaben-  
15 seite, den Versorgungsbedarf der Zukunft sowie die dazu erforderlichen Versorgungsstruktu-  
16 ren, die Steuerungsmechanismen und die gesundheitspolitische Entscheidungskultur - in  
17 den Blick zu nehmen.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

## **TEIL A - VERSORGUNG**

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38

## **1. Rolle von Staat, Markt und Selbstverwaltung im Gesundheitswesen neu ausrichten**

- Umbau des Gesundheitswesens zwischen Zentralisierung und Deregulierung**

**Das deutsche Gesundheitswesen braucht eine ordnungspolitische Neuausrichtung. Diese muss basieren 1.) auf einer klaren Rollenverteilung von Staat und Selbstverwaltung, 2.) auf einer Neukonzeption der Versorgungsebenen, die eine Sicherstellung der Versorgung auch bei zunehmendem, sektorübergreifendem Vertragswettbewerb gewährleistet, sowie 3.) auf Wettbewerbskriterien, die sich am Primat des Patientenwohls, das heißt an der Versorgungsqualität und Patientensicherheit ausrichten.**

**Im Rahmen der ordnungspolitischen Neuausrichtung muss sich der Gesetzgeber auf eine subsidiäre Rolle zur Sicherung der Daseinsvorsorge im Gesundheitswesen rückbesinnen und der Selbstverwaltung wieder mehr Gestaltungsspielraum lassen. Ökonomischen Fehlanreizen des Wettbewerbs im Gesundheitswesen lässt sich nicht durch mehr Bürokratie begegnen.**

Unabhängig von der jeweiligen Koalitionszusammensetzung treibt der Gesetzgeber eine stärkere wettbewerbliche Ausrichtung des Gesundheitswesens voran. Dieser Neuausrichtung fehlt eine stabile Ordnung.

Gesundheits- und Sozialpolitik dürfen die persönliche Verantwortlichkeit und Verantwortungsbereitschaft für die eigene Lebensführung nicht schwächen oder zerstören. Gesundheits- und Sozialpolitik müssen die persönliche Verantwortlichkeit fördern. Gesundheitspolitische Aktivitäten des Staates müssen sich darauf richten, hierfür die Möglichkeiten zu schaffen, in dem sie den Menschen vor nachteiliger Beeinflussung von außen bewahrt und ihm die Chance zu individueller Entfaltung gibt. Aus dem Vorrang der gesundheitlichen Verantwortung des einzelnen vor der Verantwortlichkeit der Gesellschaft und des Staates ergibt sich eine abgestufte Verantwortung nach dem Subsidiaritäts-Prinzip. Nicht jede Aufgabe, die das Vermögen des einzelnen übersteigt, ist sogleich eine Aufgabe des Staates.

Auf die drohenden Fehlentwicklungen des Wettbewerbs hat der Gesetzgeber bisher mit einer Flut von einzelgesetzlichen Regelungen reagiert. Die Regulierungstiefe der Sozialgesetzgebung hat ständig zugenommen und das Bundesministerium für Gesundheit

1 zur Letztentscheidungsinstanz aufgewertet. Die Grenze zwischen Rechts- und Fachaufsicht  
2 gegenüber der Selbstverwaltung schwimmt.

3  
4 Um die Kontrolle über den Wettbewerb zu erleichtern, werden immer mehr Kompetenzen der  
5 Landes- auf die Bundesebene verlagert. Die Gemeinsame Selbstverwaltung wurde in Gestalt  
6 des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) neu organisiert und muss den Auftrag  
7 übernehmen, die Vielzahl der gesetzlichen Einzelregelungen in Richtlinien umzusetzen.  
8 Hiermit soll unter den Rahmenbedingungen von Wettbewerbs- und Wirtschaftlichkeitsdruck  
9 zumindest ein Mindeststandard an Versorgungsqualität auch in Zukunft gewährleistet  
10 bleiben.

11 Diese Entwicklung hat zu einer Überregulierung bzw. Überbürokratisierung unseres  
12 Gesundheitswesens bislang ungekannten Ausmaßes geführt. Als negativste Auswirkungen  
13 sind für die Patienten die Verschlechterung des Zugangs zu einer bedarfsgerechten  
14 Versorgung und zunehmende Schnittstellenprobleme zu nennen.

15  
16 • **Die Stellung des Arztes als Freier Beruf und Patientenorientierung**  
17 **stärken**  
18

19 **Der Arztberuf ist ein freier Beruf und kein Gewerbe. Dieser steht für**  
20 **Eigenverantwortung, Unabhängigkeit, hochqualifizierte Sachkunde und das Bekennt-**  
21 **nis zu humanen Werten.**

22 **Die deutsche Ärzteschaft ist bereit, Mitverantwortung für die Gestaltung des Gesund-**  
23 **heitswesens zu übernehmen, wenn folgende Voraussetzungen gegeben sind:**

24 **1. Transparenz über die Verantwortung für die derzeitige Mittelknappheit im Gesund-**  
25 **heitswesen, 2. verantwortungsbewusster Umgang aller Partner im Gesundheitswesen**  
26 **mit den knapper werdenden Ressourcen, 3. Schaffung von beruflichen Perspektiven,**  
27 **die auch wirtschaftliche Selbstständigkeit umfasst, insbesondere für die nachwach-**  
28 **sende Ärztegeneration, sowie 4. professionelle Autonomie.**

29 **Professionelle Autonomie und Selbstverwaltung der Ärzteschaft orientiert sich am**  
30 **Primat des Patientenwohls und schließt gegebenenfalls auch eine Positionierung ge-**  
31 **genüber dem Staat ein.**

32  
33 Das Vertrauen des Patienten in das fachliche Können und in die Unabhängigkeit des Arztes  
34 ist die notwendige Basis für den Erfolg bei der Ausübung ärztlicher Tätigkeit. Dem Schutz  
35 dieses Vertrauensverhältnisses dienen die Therapiefreiheit, der persönliche Einsatz bei der  
36 Berufsausübung, das Gebot der altruistischen Berufseinstellung und die Notwendigkeit einer  
37 wissenschaftlichen Ausbildung.

1 Die gegenwärtigen Rahmenbedingungen konterkarieren Einsatz- und  
2 Verantwortungsbereitschaft. Der Gesetzgeber ist aufgefordert, Rahmenbedingungen zu  
3 gewährleisten, innerhalb derer das ärztliche Berufsethos nicht länger instrumentalisiert wird,  
4 sondern auch von den politischen Entscheidungsträgern wieder Wertschätzung erfährt.  
5 In Zeiten zunehmender Marktorientierung bis Kommerzialisierung des Gesundheitswesens  
6 ist eine im professionellen Selbstverständnis verankerte Verantwortlichkeit gegenüber den  
7 Patienten unverzichtbar, wenn weiterhin eine humane medizinische Versorgung gewährleis-  
8 tet bleiben soll. Der Patient benötigt eine von Eigeninteressen freie Betreuung und  
9 individuelle Unterstützung in seiner krankheitsbedingten Bedürftigkeit. Diese Rolle nehmen  
10 Ärztinnen und Ärzte wahr. Die Versicherten und Patienten sind keine Waren-Konsumenten.

11

### 12 • Einstieg in den Arztberuf fördern

13

14 **Trotz zahlreicher Einzelaktivitäten gegen die rückläufige Arztzahlentwicklung werden**  
15 **die Versorgungsengpässe im GKV-System nicht verhindert werden können, wenn die**  
16 **Überbürokratisierung des Versorgungsalltags und die chronische Unterfinanzierung**  
17 **der Leistungen nicht geändert werden.**

18 **Nicht der Arztberuf ist unattraktiv, sondern die Rahmenbedingungen, unter denen der**  
19 **Arztberuf ausgeübt werden muss.**

20 **Die Bedeutung der Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen darf nicht länger**  
21 **vernachlässigt werden, dies gilt für alle Gesundheitsberufe.**

22

23 Versorgungsengpässe sind am dramatischsten in der hausärztlichen Versorgung, doch auch  
24 die Arztzahlentwicklung in der fachärztlichen Versorgung ist rückläufig. Verantwortlich für  
25 diese Entwicklung sind nicht allein naheliegende Ursachen wie Arbeitsbelastung und die  
26 chronische Unterfinanzierung ärztlicher Leistungen. Die Überbürokratisierung des  
27 Versorgungsgeschehens, die die Patientenbehandlung zum Nebenschauplatz ärztlicher  
28 Tätigkeit gemacht hat, und der damit einhergehende Verlust an ärztlicher  
29 Handlungsautonomie wurden in ihren Auswirkungen auf die Berufszufriedenheit verkannt.

30 Für die nachwachsende Ärztegeneration ist der Arztberuf nicht nur deshalb unattraktiv, weil  
31 sich die wirtschaftliche Perspektive im Vergleich zur freien Wirtschaft schlechter darstellt,  
32 sondern weil der eigentlich freie Arztberuf selbst bei der Ausübung seiner Kernkompetenzen  
33 zunehmend eingeengt wird.

34

35 Darüber hinaus ist es dringend erforderlich, dass Fördermaßnahmen und die Ausgestaltung  
36 ärztlicher Arbeitsbedingungen auf die Bedürfnisse der Ärztinnen und Ärzte mit Kindern  
37 eingehen. Durch die Flexibilisierung ärztlicher Kooperationsformen im ärztlichen Berufsrecht  
38 und entsprechende Änderungen im Vertragsarztrechtsänderungsgesetz sind bessere

1 Voraussetzungen für ärztliche Berufsausübung in Teilzeit als Praxisinhaber oder im  
2 Angestelltenverhältnis sowie für den Wiedereinstieg in den Beruf geschaffen worden.  
3 Insbesondere die Krankenhäuser und Universitätskliniken müssen ihre Anstrengungen noch  
4 deutlich intensivieren, um familienfreundlichere, mitarbeiterorientierte Arbeitsbedingungen zu  
5 schaffen.

6  
7 Zur besonderen Förderung der Allgemeinmedizin schlägt die deutsche Ärzteschaft einen  
8 Maßnahmenkatalog vor, der einen zielgenaueren Einsatz der Fördermittel, Förderung der  
9 Verbundweiterbildung sowie Vorschläge zur Förderung der Allgemeinmedizin schon in der  
10 Ausbildung umfasst.

### 11 12 13 **Grundsätze für das Zusammenwirken der Gesundheitsberufe** 14

15 **Der steigende Versorgungsbedarf macht eine stärkere Einbeziehung nichtärztlicher**  
16 **Gesundheitsberufe unverzichtbar. Im Mittelpunkt der Bildung multiprofessioneller**  
17 **Teams und berufsgruppenübergreifender Versorgungskonzepte muss die Synergie**  
18 **der verschiedenen Kompetenzen stehen.**

19 **Der Schutzgedanke, der der ärztlichen Letztverantwortung für Diagnostik und Thera-**  
20 **pie und dem Rechtsanspruch der Patienten auf Facharztstandard in der medizinischen**  
21 **Versorgung innewohnt, darf nicht untergraben werden.**

22 **Zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung hat die deutsche Ärzteschaft eigene**  
23 **Vorschläge für arztunterstützende und arztentlastende Maßnahmen entwickelt und**  
24 **sich aktuell zur Delegationsfähigkeit ärztlicher Leistungen positioniert.**

25  
26 Ein etwaiger neuer „Professionenmix“ muss an den Kriterien Versorgungsqualität und Pati-  
27 entensicherheit, Rechtssicherheit und Wirtschaftlichkeit gemessen werden. In Anbetracht der  
28 rückläufigen Hausarztzahlen wird insbesondere für den Primärversorgungsbereich die  
29 Einführung einer neuen, nichtärztlichen Leistungserbringergruppe mit Direktzugang für die  
30 Patienten nach dem Vorbild der Nurse Practitioner diskutiert. Im Rahmen von  
31 Modellvorhaben soll die Übertragung von bislang unter Arztvorbehalt stehenden Leistungen  
32 in die eigenständige Verantwortung nichtärztlicher Gesundheitsberufe erprobt werden.

33  
34 Aus Gründen der Patientensicherheit darf mit den Modellvorhaben weder die Einheitlichkeit  
35 der Heilkundenausübung gefährdet, noch der Schutzgedanke, der dem Prinzip des  
36 Arztvorbehalts innewohnt, geschwächt werden.

37

1 In Regionen mit lokalem zusätzlichem Versorgungsbedarf ist eine Sicherstellung der  
2 Primärversorgung durch verstärkte ärztliche Kooperation und arztunterstützende bzw.  
3 arztentlastende Delegation von Tätigkeiten an entsprechend qualifizierte Praxismitarbeiter  
4 sinnvoll. Für Patienten, die wie Pflegebedürftige einen komplexen Versorgungsbedarf haben,  
5 ist eine Verbesserung der Gesamtversorgung durch multiprofessionelle Kooperation im  
6 Rahmen von integrierten Versorgungsverträgen möglich.

7

8 Demgegenüber würden mit der Einführung einer neuen, nichtärztlichen  
9 Leistungserbringergruppe im Primärversorgungsbereich konkurrierende Strukturen errichtet,  
10 die absehbar zu einer Potenzierung von Schnittstellenproblemen, Unwirtschaftlichkeit und  
11 fraglichen Auswirkungen auf Patientensicherheit und Versorgungsqualität führen werden.

## 2. Neue Prioritäten in der Gesundheitsversorgung zum Abbau von Unterversorgung

- **Ausbau und Vernetzung präventiver Maßnahmen**

**Prävention muss vernetzt und gemeinsam durch die in ihr tätigen Akteure und Einrichtungen erfolgen. Sie muss das private und berufliche Lebensumfeld des Patienten einbeziehen. Ärzte haben einen guten Zugang zu allen Bevölkerungsgruppen und eine hohe Akzeptanz in gesundheitlichen Fragen.**

Ärzte spielen für den Bürger in der Gesundheitsberatung und der Krankheitsfrüherkennung eine zentrale Rolle. Durch sie lassen sich auch sozial und gesundheitlich besonders belastete Bevölkerungsgruppen gut erreichen.

Die den meisten chronischen Erkrankungen zugrunde liegenden Faktoren lassen sich gut identifizieren und frühzeitig beeinflussen. Ärzte leisten dabei in ihrer täglichen Arbeit durch die Stärkung gesundheitlicher Ressourcen (Gesundheitsförderung), die Aufklärung über gesundheitliche Risiken (Primärprävention), die Früherkennung von Krankheiten (Sekundärprävention) und die Verhinderung von Rezidiven (Tertiärprävention) einen wichtigen Beitrag.

Prävention ist somit integraler Bestandteil ärztlichen Tuns. Sie lässt sich nicht von der Behandlung der Patienten abkoppeln. Die Grenzen zwischen der Therapie von Krankheiten, der Behandlung von Frühsymptomen und der Gesundheitsberatung sind fließend. Impfen, Seuchenprophylaxe, Früherkennung von Krankheiten, Vorsorgeuntersuchungen und die Betreuung Schwangerer sind traditionelle ärztliche Präventionsaufgaben.

Prävention kann nur dann erfolgreich sein, wenn sie vom Patienten als Chance zur Verbesserung der eigenen Lebensqualität wahrgenommen und durch die Lebens- und Arbeitsbedingungen gefördert wird. Durch ärztliche Information und Unterstützung wird die individuelle Handlungskompetenz in der Prävention gestärkt. Letztlich muss dem einzelnen die Entscheidung über sein Gesundheitsverhalten im Sinne eines informierten Einverständnisses überlassen bleiben. Positive Anreize für gesundheitsbewusstes Verhalten sind Malussystemen vorzuziehen.

1

2

- **Die Förderung der Kinder- und Jugendgesundheit flächendeckend stärken und zielgruppenspezifisch ausbauen**

3

4

5

**Kinder und Jugendliche in Armut haben nachweislich ein höheres Risiko für eine ungünstige Gesundheitsbiographie. Es bedarf einer Intensivierung der gesamtgesellschaftlichen Anstrengungen auf dem Gebiet der Förderung der Kinder- und Jugendgesundheit. Die Ärzteschaft trägt durch ihre Initiativen insbesondere auf Ebene der Ärztekammern maßgeblich zur Verbesserung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen bei.**

6

7

8

9

10

11

Studien zeigen, dass sich die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in den letzten Jahren verschlechtert hat. Kinder und Jugendliche sind immer häufiger von chronischen Erkrankungen und psychischen Störungen betroffen. Dabei zeigt sich, dass der Gesundheitsstatus von Kindern eng mit der Einkommens- und Erwerbssituation der Eltern zusammenhängt. Familien mit Kindern in Deutschland haben ein deutlich erhöhtes Armutsrisiko. Jedes 6. Kind lebt in Armut. Viele Eltern sind in der Betreuung ihrer Kinder überfordert und bedürfen einer Unterstützung.

19

Vor diesem gesellschaftlichen Hintergrund ist eine verbesserte Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen unverzichtbar:

21

Dazu gehören:

22

- Das bisherige System der Früherkennungsuntersuchungen nach § 26 SGB V muss erweitert werden. Die Inhalte der Vorsorgeuntersuchungen müssen überarbeitet und um die Identifikation von Zeichen psychischer Auffälligkeit, Vernachlässigung und Misshandlung erweitert werden. Die Elternkompetenz muss gestärkt werden. Die Teilnahme der Kinder an Früherkennungsuntersuchungen ist eine Elternpflicht. Familien mit psychosozialen Risiken benötigen Hilfen durch aufsuchende soziale Dienste und somit Unterstützung bei der Betreuung ihrer Kinder.
- Kindergarten- und Schuleingangsuntersuchungen sind aus- statt abzubauen. Ihre Ergebnisse sind auszuwerten und für wirksame Konzepte der Gesundheitsförderung und Prävention sowie des Kindeswohls zu nutzen. Programme zur Stärkung des gesundheitsbewussten Verhaltens von Kindern in Kindergärten und Schulen und zur Gesundheitsförderung unter Einbeziehung von Ärzten und Ärztinnen sind zu fördern und weiter auszubauen.
- Projekte zur Förderung der Gesundheit sozial belasteter Familien (z.B. Netzwerke von niedergelassenen Ärzten, Gesundheitsämtern, Einrichtungen der Jugendhilfe, sozialen Diensten, Familienhebammen, Kindergärten und Schulen) sind flächendeckend und

36

37

38

1 nachhaltig auszubauen. Hierbei engagieren sich Ärzte und Ärztinnen aktiv bei der  
2 Stärkung gesundheitlicher Ressourcen von belasteten Familien, der Identifikation von  
3 Familien mit psychosozialen Risiken und der Erschließung von Hilfsangeboten, der  
4 Behandlung betroffener Kinder bzw. Eltern, wobei auch migrantenspezifische  
5 Bedürfnisse angemessen berücksichtigt werden müssen.

- 6 – Die Kinder- und Jugendgesundheitsdienste des Öffentlichen Gesundheitswesens sowie  
7 die Sozialpädiatrischen Zentren und Sozialpsychiatrische Praxen müssen nicht nur  
8 beibehalten, sondern gestärkt werden.

9  
10 • **Chronische Erkrankungen erfolgreicher bekämpfen**

11  
12 **Die Behandlung chronisch Kranker muss verbessert werden; die Weiterentwicklung**  
13 **der Behandlungsprogramme für chronisch kranke Patienten muss den Aspekt der**  
14 **Multimorbidität berücksichtigen. Gleichzeitig müssen Maßnahmen zur Prävention**  
15 **chronischer Erkrankungen intensiviert werden.**

16 **Strukturierte Behandlungsprogramme sollten auf Basis der Nationalen Versorgungs-**  
17 **leitlinien als spezialisierte Versorgungsangebote für Hochrisiko-Patienten entwickelt**  
18 **und vor einer flächendeckenden Einführung zunächst regional erprobt werden. Sie**  
19 **müssen unter dem Primat medizinischer Versorgung und nicht unter dem der**  
20 **Systemfinanzierung weiterentwickelt werden. Auch muss der Patient im**  
21 **Behandlungsprogramm Individuum bleiben.**

22  
23 Da viele chronische Krankheiten in engem Zusammenhang mit gesundheitsgefährdenden  
24 Lebensgewohnheiten stehen, sind Prävention und frühzeitige Erkennung von Krankheitsrisi-  
25 ken zu verstärken.

26 Da die Kosten für die Behandlung chronisch kranker Patienten in Deutschland und anderen  
27 EU-Staaten zwischen 70 und 80 Prozent der Gesundheitsausgaben ausmachen, ist ihre  
28 Behandlung inzwischen zum Gegenstand gesetzgeberischer Initiative geworden. Ob die im  
29 Zuge des GKV-Modernisierungsgesetzes 2004 eingeführten Disease Management  
30 Programme zu einer Senkung der durch chronische Erkrankungen verursachten Krank-  
31 heitslast und der damit verbundenen Gesundheitsausgaben beitragen, ist jedoch unsicher.  
32 Dies liegt zum einen an dem ökonomischen Fehlanreiz, der von der Kopplung zwischen  
33 Disease Management Programmen und Risikostrukturausgleich ausgeht. Der hohe  
34 Verwaltungsaufwand und die Einschreibung „gesunder“ Chroniker verfehlen das ursprüngli-  
35 che Ziel, eine große Zahl an Patienten besser zu führen. Darüber hinaus wird die auf eine  
36 einzige Erkrankung fokussierte Anlage der Behandlungsprogramme den in vielen Fällen  
37 multimorbiden Patienten nicht gerecht.

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39

- **Gesundheit im Alter**

**Eine Gesellschaft des langen Lebens stellt auch die medizinische Versorgung vor neue Herausforderungen. Diesen Herausforderungen muss mit mehr persönlicher Zuwendung begegnet werden, denn es geht um die Stärkung der aktiven Ressourcen des alternden Menschen, den Erhalt der Selbstbestimmung und der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.**

In einer Gesellschaft des „langen Lebens“ gewinnt die Behandlung älterer und alter Patienten, die meist zugleich multimorbide, chronisch krank und zumindest zeitweise oder partiell pflegebedürftig sind, zunehmend an Bedeutung. Gleichzeitig brechen soziale, familiäre Strukturen weg; die Zahl älterer Menschen in Einpersonenhaushalten nimmt zu. Ältere Menschen ziehen ein selbstständiges Leben im eigenen Haushalt der Heimversorgung vor.

Im Falle von Behandlungspflege oder dauerhafter Pflegebedürftigkeit ist es aus Sicht älterer Patienten nicht wünschenswert, wenn sie im Übergang zwischen den Versorgungssektoren oder bei gleichzeitiger Pflegebedürftigkeit von verschiedenen Koordinatoren oder Case-Managern unterschiedlicher Institutionen begleitet und beraten werden.

Um ihre kontinuierliche Versorgung und Betreuung sicher zu stellen, müssen auch medizinische Versorgungsstrukturen stärker als bisher auf eine Vernetzung von Prävention und akuter Behandlung einerseits und ambulanter, teil- bzw. stationärer geriatrischer Rehabilitation andererseits ausgerichtet werden. Die hausärztliche Koordinierungsfunktion, unterstützt durch das Praxisteam, muss sich auch auf die fachärztliche und pflegerische Versorgung sowie begleitende Hilfen erstrecken. In diesem Zusammenhang sind die medizinischen Standards für geriatrische Einrichtungen im Sinne einer interprofessionellen leitliniengestützten Versorgung weiter zu entwickeln.

Eine Hauptursache für den steigenden Pflegebedarf und die damit steigenden Gesundheitskosten im Alter stellen die Demenzerkrankungen dar. Demenz entwickelt sich zu einer Volkskrankheit.

Ca. 25 % der Demenzkranken werden von ihren Familienangehörigen versorgt, die ohne ausreichende Unterstützung auf Dauer hiermit häufig überfordert sind und selbst ausbrennen und erkranken. Die veränderte Lebenssituation - auch der pflegenden Angehörigen - bedeutet häufig eine Zunahme der sozialen Isolation.

1 Bei der Einstufung von Pflegebedürftigkeit müssen Demenz und eingeschränkte  
2 Alltagskompetenz stärker berücksichtigt werden. Rahmenkonzepte der Integrierten  
3 Versorgung von Demenzerkrankten zur Verbesserung der vernetzten ambulanten,  
4 teilstationären, stationären und komplementären Versorgung sind auszubauen. Ziel muss es  
5 bleiben, den Eintritt und das Fortschreiten von Demenz-Erkrankungen durch frühzeitige  
6 Diagnose und medizinische Maßnahmen zu verzögern.  
7 Neben der pflegerischen Versorgung verdient die ambulante geronto-psychiatrische  
8 Versorgung ein besonderes Augenmerk. Entlastungs- und Rehabilitationsangebote müssen  
9 ausgebaut werden.

10  
11 • **Palliativversorgung stärken**

12  
13 **Das neue Versorgungsangebot der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung ist**  
14 **zu begrüßen. Qualitätsanforderungen, Finanzierung und Versorgungsanspruch**  
15 **müssen jedoch noch konkretisiert werden.**

16 **Menschen mit schweren und unheilbaren Erkrankungen benötigen eine möglichst**  
17 **reibungslose Versorgungskette mit einer optimalen interdisziplinären und multipro-**  
18 **fessionellen Zusammenarbeit nach dem Vorbild der Palliative Care Teams. Der Aus-**  
19 **bau der Kinder-Palliativmedizin ist dringend notwendig.**

20  
21 In einer alternden Gesellschaft müssen Palliativversorgung und humane Sterbebegleitung  
22 ein stärkeres Gewicht erhalten.

23 Jedem Menschen sollte es ermöglicht werden, so zu sterben, wie er es sich wünscht, ob zu  
24 Hause, auf einer Palliativstation oder in einem Hospiz – nicht einsam, sondern geborgen und  
25 in Würde.

26  
27 Die Einführung des Anspruchs auf ambulante Palliativversorgung für GKV-Versicherte stellt  
28 einen Schritt in die richtige Richtung dar, nicht zuletzt deshalb, weil dies den Wunsch der  
29 überwiegenden Mehrheit der Bevölkerung, zuhause sterben zu können, aufgreift. Dies trifft  
30 derzeit jedoch nur auf schätzungsweise 30 % der Sterbenden zu (ca 50% versterben im  
31 Krankenhaus sowie weitere 20% im Pflegeheim).

32  
33 Von einer flächendeckenden ambulanten Palliativversorgung ist das deutsche Gesundheits-  
34 wesen weit entfernt.

35  
36 Die Versorgung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen ist Bestandteil der ärztlichen  
37 Tätigkeit. Die Bundesärztekammer hat mit „Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung“

1 und den „Empfehlungen zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der  
2 ärztlichen Praxis“ Hilfestellungen für Ärztinnen und Ärzte veröffentlicht.

3  
4 Die zeit- und betreuungsintensive Versorgung schwer kranker und sterbender Menschen  
5 wird aber häufig durch Rahmenbedingungen belastet, die eine angemessene Versorgung in  
6 häuslicher Umgebung am Lebensende schwer oder unmöglich machen. Vor dem  
7 Hintergrund der Einführung eines diagnoseorientierten Fallpauschalensystems (DRG) und  
8 der dadurch zu erwartenden schnelleren Verlegung von besonders schwer kranken und  
9 sterbenden Menschen in ihre häusliche Umgebung ist der konsequente Aufbau  
10 leistungsfähiger ambulanter Strukturen der palliativmedizinischen Versorgung geboten.

- 11  
12 • **Versorgungsforschung ausbauen als Voraussetzung einer rational**  
13 **begründeten Weiterentwicklung von Strukturen des**  
14 **Gesundheitswesens**

15  
16 **Die Versorgungsforschung in Deutschland ist unterentwickelt und muss dringend**  
17 **weiter ausgebaut werden. Sie kann wesentlich dazu beitragen, konkrete Probleme der**  
18 **gesundheitlichen Versorgung zu identifizieren und Vorschläge zu deren Behebung**  
19 **bzw. zur Verbesserung der Versorgungssituation zu generieren.**

20  
21 Die Ärzteschaft setzt sich für eine Stärkung der Versorgungsforschung ein, um  
22 beispielsweise einer sektoralen Unterversorgung im deutschen Gesundheitssystem zu  
23 begegnen und neue Prioritäten in der Gesundheitsversorgung auf der Basis wissenschaftlich  
24 fundierter Daten zu setzen.

25  
26 Die Zielsetzungen im Gesundheitssystem – hohe Qualität, Kosteneffektivität und Sicherung  
27 des faktisch chancengleichen Zugangs zu allen Gesundheitsleistungen – implizieren  
28 erhebliche Herausforderungen an das Gesundheitswesen. Um die dabei widerstreitenden  
29 Zielsetzungen zu lösen, sind strukturelle Reformen auf den verschiedensten Ebenen  
30 notwendig. Weiterentwicklungen sollten so weit wie möglich auf wissenschaftlichen  
31 Grundlagen aufbauen, um gezielt positive Effekte entfalten zu können. Die vielfältigen  
32 Probleme der Kranken- und Gesundheitsversorgung verlangen dazu die interdisziplinäre  
33 Entwicklung, Weiterentwicklung, Erprobung und Bewertung tragfähiger Problemlösungen.  
34 Die Kernaufgabe ist der Transfer von medizinischen, biotechnischen oder psychosozialen  
35 Erkenntnisfortschritten in die Versorgungspraxis und die Überprüfung von medizinischen  
36 Verfahren, Technologien oder Versorgungsformen unter Alltagsbedingungen. Wesentliche  
37 interdisziplinäre Schritte dieses wissenschaftlichen Evaluationsprozesses werden heute  
38 unter dem Begriff der „Versorgungsforschung“ zusammengefasst. Diese gewinnt in der

1 öffentlichen und in der privat finanzierten Forschungsförderung zwar zunehmend an  
2 Bedeutung, bedarf jedoch einer breiteren Fundierung und Anwendung.

3

4 Die Förderinitiative der Bundesärztekammer darf nicht als singuläre Maßnahme verhallen.  
5 Sie muss vielmehr einen wesentlichen Impuls für eine breit getragene Weiterentwicklung der  
6 Versorgungsforschung geben.

7

8 Das wichtigste Ziel eines Gesundheitssystems muss in der sachgerechten medizinischen  
9 Behandlung aller Bevölkerungsgruppen gesehen werden. Die Versorgungsforschung ist  
10 hierbei ein unverzichtbares Instrument.

11

12

13

### 3. Bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen bereitstellen

- **Sicherstellung der wohnortnahen ambulanten Versorgung**

Alle Patienten haben Anspruch auf eine Behandlung nach Facharztstandard und angemessenen Zugang zur medizinischen Versorgung. Dies muss auch für Patienten in „strukturschwachen Regionen“ gelten. Die Ärzteschaft schlägt die Durchführung von Modellvorhaben vor, in denen die Unterstützung der hausärztlichen Versorgung in unterversorgten Regionen durch Medizinische Fachangestellte im Rahmen der Delegation erprobt wird und ärztliche Kooperationen gezielt gefördert werden.

- **Stationäre Versorgung als Teil der Daseinsvorsorge sichern**

**Die Gewährleistung einer wohnort- und zeitnahen leistungsfähigen Krankenhausversorgung im Sinne der sozialstaatlichen Daseinsvorsorge muss weiterhin eine unverzichtbare staatliche Aufgabe bleiben, aus der sich der Staat nicht zurückziehen darf. Eine umfassende stationäre Versorgung der Patienten setzt eine vielfältige Krankenhauslandschaft voraus. Deshalb tritt die Ärzteschaft für eine Pluralität der Trägerschaft ein, bei der öffentlich-rechtliche, freigemeinnützige und private Anbieter gleichrangig nebeneinander stehen.**

Insgesamt herrscht auch im stationären Sektor der Trend zur wettbewerblichen Ausrichtung und dezentralen Koordination zwischen Leistungserbringern, Krankenkassen und der Nachfrage der Patienten vor. Dieser Kurs ist politisch gewollt bzw. „Ausdruck eines gewandelten Rollenverständnisses des Staates, bei dem der Staat zukünftig weniger eine Erfüllungsverantwortung als eine Gewährleistungsverantwortung wahrnimmt“ – so der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. In einigen Bundesländern werden ein Rückzug aus der dualen Finanzierung der Krankenhäuser und die „Selbstbegrenzung“ auf eine Rahmenplanung diskutiert.

Mit Blick auf die politische Debatte zur Neugestaltung des ordnungspolitischen Rahmens der stationären Versorgung ab 2009 muss aus Sicht der deutschen Ärzteschaft die Verantwortung im Sinne des Sicherstellungsauftrages und der Gewährleistungsverpflichtung bei den Bundesländern verbleiben. Eine Beschleunigung und Entbürokratisierung der bisher häufig schwerfälligen Planungsprozesse ist allerdings unabdingbar.

1 Die seit langem überfällige, in einigen Bundesländern bereits eingeleitete Neuausrichtung  
2 der Krankenhausplanung von der bislang vor allem bettenzentrierten Planung auf eine  
3 stärker leistungsbezogene Rahmenplanung mit der Möglichkeit der Anpassung an  
4 landesspezifische Besonderheiten und Erfordernisse wird befürwortet. Hierfür ist jedoch die  
5 Einbeziehung der Ärztekammern in die jeweiligen Planungsprozesse als unmittelbar  
6 Beteiligte mit Strukturverantwortung notwendig. Die Neuausrichtung des ordnungspolitischen  
7 Rahmens darf nicht zu einer Einschränkung der ärztlichen Therapiefreiheit führen. Die  
8 notwendige stationäre Versorgung der Bevölkerung vor Ort darf angesichts des steigenden  
9 Bedarfs nicht gefährdet werden. Ebenso muss die Verantwortung der Krankenhäuser für die  
10 Aus-, Weiter- und Fortbildung in den Gesundheitsberufen gewahrt bleiben.

11  
12 Sowohl die bisherige duale als auch eine monistische Finanzierung sind nur dann eine tra-  
13 gende Grundlage, wenn die erforderlichen Finanzmittel zur Verfügung stehen. Eine  
14 Einführung der Monistik darf jedoch keinesfalls zu einer Übernahme der Steuerung des  
15 Leistungsgeschehens durch die Krankenkassen und zur Aushöhlung der  
16 Planungskompetenz der Länder führen. Die im Rahmen der Neuordnungsdebatte erörterte  
17 Aufhebung des Kontrahierungszwanges der Gesetzlichen Krankenkassen mit den im  
18 Bedarfsplan aufgenommenen Krankenhäusern durch Einzelverträge zwischen  
19 Krankenhäusern und Krankenkassen wird strikt abgelehnt.

20  
21 Die Anwendung der gesetzlichen Mindestmengen-Regelungen für medizinische Leistungen  
22 in Krankenhäusern mit einschneidenden Restriktionen für die Leistungserbringung muss aus  
23 Sicht der Ärzteschaft so verantwortlich gehandhabt werden, dass die weiteren, teils  
24 maßgeblicheren Einflussfaktoren auf das jeweilige Versorgungsergebnis nicht  
25 unberücksichtigt bleiben. Keinesfalls darf die Leistungsmenge zum alleinigen  
26 Zugangskriterium für die Zulassung von Krankenhäusern und deren Ärzten zur Durchführung  
27 einer bestimmten Behandlung werden. Mindestmengen-Regelungen sind kein  
28 „Zauberinstrument“ der Qualitätssicherung und können über dadurch bedingte  
29 Konzentrationsprozesse zu Gefahren für die Gewährleistung einer flächendeckenden  
30 Krankenhausversorgung führen. Dies gilt in diesem Zusammenhang ebenso für die z. T.  
31 ausufernde, nicht immer nur auf Versorgungs- und Qualitätsaspekte ausgerichtete  
32 Zentrenbildung.

33  
34 Bund und Länder nehmen eine falsche Weichenstellung vor, wenn sie die stationäre Versor-  
35 gung allein Marktgesetzen unterwerfen. Der Markt kann das Sozialschutzziel – die Sicher-  
36 stellung einer flächendeckenden stationären Versorgung auf hohem Niveau – nicht  
37 erreichen. Ausgedünnte Versorgung und Risikoselektion sowie eine Reduzierung des

1 Angebots an stationären Einrichtungen auf lediglich gewinnbringende Einrichtungen wären  
2 das Ergebnis.

3  
4

### 5 • **Integrierte Versorgung**

6

7 Integrierte Versorgung sollte als sinnvolle Ergänzung, nicht als Alternative zu der im  
8 Kollektivvertragssystem erbrachten Versorgung betrachtet werden. Die Teilnahme an  
9 integrierten Versorgungskonzepten muss grundsätzlich allen Leistungserbringern oder  
10 Zusammenschlüssen von Leistungserbringern, also auch den Kassenärztlichen  
11 Vereinigungen, möglich sein.

12 Die finanzielle Förderung integrierter Versorgungsverträge darf sich nicht einseitig zu Lasten  
13 der vertragsärztlichen Versorgung auswirken, weil dies die Sicherstellung der ambulanten  
14 Versorgung zum Nachteil derjenigen Patienten gefährden würde, deren Krankenkassen über  
15 keinen integrierten Versorgungsvertrag in der betreffenden Region verfügen.

16 Über die Qualität der im Rahmen integrierter Versorgungsverträge erbrachten Versorgung  
17 muss mehr Transparenz hergestellt werden. Die im Rahmen der integrierten Versorgung  
18 erbrachten Leistungen sollten in die extern vergleichende, sektorübergreifende  
19 Qualitätssicherung einbezogen werden. Bei der Entwicklung neuer integrierter  
20 Versorgungskonzepte sollten sektorübergreifende Versorgungspfade auf Basis qualitativ  
21 hochwertiger Leitlinien zugrunde gelegt werden. Da die Entwicklung evidenzbasierter  
22 interdisziplinärer und berufsgruppenübergreifender Versorgungsleitlinien langwierig ist, regt  
23 die verfasste Ärzteschaft an, das Leitlinien-Clearingverfahren mit einer modifizierten  
24 Zielsetzung wieder aufzunehmen, die nicht mehr nur auf Disease Management Programme  
25 fokussiert ist.

26 Integrierte Versorgungskonzepte sollten sich außerdem durch ein patientenorientiertes  
27 Schnittstellenmanagement auszeichnen, insofern sollten die Partner integrierter  
28 Versorgungsverträge über eine gemeinsame Qualitätsphilosophie und ein umfassendes  
29 Qualitätsmanagementsystem verfügen.

### 30 • **Flexibilisierung der Kooperationsformen**

31

32 Der Hausarzt wird zukünftig in Einzelpraxen, in Gemeinschaftspraxen oder seltener im  
33 Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) tätig. Er kann in unterversorgten Gebieten  
34 weitere Praxisstandorte, auch mit anderen vertragsärztlichen Kollegen unterhalten. Neben  
35 einem ärztlich geleiteten Entlassungs- und Versorgungsmanagement zur Überwindung der  
36 stationär/ambulanten Schnittstellenproblematik ist es sinnvoll, Überbrückungsstationen  
37 einzurichten mit einer Versorgung von Patienten durch ihren Hausarzt unter stationären  
38 Bedingungen, bevor diese in die ambulante Versorgung entlassen werden.

1 Der wohnortnah tätige Facharzt ist weiterhin in der Einzelpraxis, der Gemeinschaftspraxis  
2 oder im MVZ tätig. Er nimmt auf Überweisung oder in direktem Zugang in Kooperation mit  
3 dem Hausarzt die weitergehende Diagnostik vor; d.h. die bewährte haus-/fachärztliche  
4 Arbeitsteilung wird auch zukünftig Bestand haben. Er kann an mehreren Orten, sogar KV-  
5 übergreifend, tätig werden und in Teilgemeinschaftspraxen spezialisierte Leistungen  
6 anbieten.

7 Die spezialisierten Fachärzte werden die neuen Kooperationsformen verstärkt gestalten und  
8 sich in medizinischen Versorgungszentren oder Ärztehäusern in der Nähe der  
9 Krankenhäuser gruppieren. Auf der Grundlage des Kollektivvertrages werden  
10 sektorenübergreifende Strukturen geschaffen. Die sektorale Trennung wird aufgehoben, da  
11 niedergelassene Ärzte gleichzeitig am Krankenhaus arbeiten, konsiliarisch Leistungen mit  
12 dem Krankenhaus abrechnen und die Infrastruktur des Krankenhauses nutzen. Das  
13 Belegarztsystem wird im Kollektivvertrag verbleiben und gefördert.

14 • **Berufsgruppenübergreifende Versorgungskonzepte /**  
15 **Versorgungsmanagement für betreuungsintensive Patienten**

16  
17 Die Ärzteschaft befürwortet die Durchführung von Modellvorhaben oder den Abschluss von  
18 integrierten Versorgungsverträgen, die die berufsgruppenübergreifende Kooperation bei der  
19 Versorgung von Patienten, die eine umfassende pflegerische, medizinische und soziale  
20 Versorgung und Betreuung benötigen, fördern. Statt Konkurrenz der verschiedenen  
21 Gesundheits- und Sozialberufe muss es Ziel sein, Synergien zu schaffen.

22 • **Optimierung der Versorgungsstrukturen für eine älter werdende**  
23 **Bevölkerung**

24  
25 Die enge Begleitung der Patienten durch ihren Hausarzt prädestiniert diesen für eine  
26 Integrationsfunktion, wie sie in § 73b SGB V festgelegt ist.

27 Im Falle von Behandlungspflege oder dauerhafter Pflegebedürftigkeit sollte sich die  
28 hausärztliche Koordinierungsfunktion, unterstützt durch das Praxisteam, auch auf die  
29 fachärztliche und pflegerische Versorgung sowie begleitende Hilfen erstrecken. Aus Sicht  
30 des älteren Patienten ist es nicht wünschenswert, wenn er im Übergang zwischen den  
31 Versorgungssektoren oder bei gleichzeitiger Pflegebedürftigkeit von verschiedenen  
32 „Koordinatoren“ oder „Managern“ unterschiedlicher Institutionen begleitet und beraten wird.

33 Es ist wichtig, eine kontinuierliche Berichterstattung "Gesundheit im Alter" zu  
34 institutionalisieren, um die Lebenssituation älterer Menschen aufzuzeigen und zu  
35 verbessern.

36 Ein interdisziplinäres Zentrums für Altersforschung zur Grundlagen- und  
37 Rehabilitationsforschung sollte eingerichtet werden.

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38

## 4. Mit Mittelknappheit verantwortungsbewusst umgehen

- **Budgetmedizin ist zu beenden**

**Die völlig unzureichenden Budgets zur Finanzierung des Gesundheitswesens haben Wartelisten, Unterversorgung und Rationierung geführt. Die Ärzteschaft kann nur noch Sorge tragen, die knappen Mittel möglichst effizient für die Patienten einzusetzen. Durch Rationalisierung lässt sich Rationierung jedoch nicht mehr umgehen. Dies muss transparent gemacht werden.**

Die an sich notwendige medizinische Versorgung kann heute nicht mehr allen Patienten zur Verfügung gestellt werden. Rationierung findet statt. Dabei geht es nicht allein um die unzureichende Bereitstellung von Finanzmitteln. Unter Budgetbedingungen mangelt es auch an Zeit für ein aufklärendes Gespräch, an ärztlicher Zuwendung und an Ruhe, z. B. Sterbende angemessen zu begleiten. Es besteht kein Zweifel, dass die Mittelknappheit im Gesundheitswesen so ausgeprägt ist, dass sie nicht allein durch die Erschließung von Effizienzreserven oder durch Optimierung von Prozessen und Abläufen abgefangen werden kann. Die demographische Entwicklung, die gestiegene Lebenserwartung, die steigende Zahl chronisch Kranker und multimorbider Menschen werden die Mittelknappheit noch verschärfen. Die Dynamik des klinischen Fortschritts ist nicht aufzuhalten. Er ist erfahrungsgemäß kostensteigernd.

Vor diesem Hintergrund ist das Grundverständnis der deutschen Ärzteschaft, die Patientenversorgung so auszugestalten, dass die noch vorhandenen wenn auch knappen Mittel im Interesse der Patienten möglichst nutzbringend und effektiv eingesetzt werden. Qualitätsmanagement und nationale Versorgungsleitlinien können der Optimierung von Strukturen, Prozessen und Abläufen dienen. Sie reichen jedoch sicher nicht aus, um die Mittelknappheit zu überwinden.

- **Leistungsumfang der GKV am Bedarf orientieren**

**Der Leistungsumfang der GKV hat sich nach dem Versorgungsbedarf der Patienten zu richten und nicht nur nach der Finanzierbarkeit.**

Die Kostendämpfungspolitik der vergangenen Jahre entwickelt sich zunehmend in Richtung einer Standardmedizin zu Dumpingpreisen. Unter dem Primat der Kostendämpfung sind bei der Nutzenbewertung von GKV-Leistungen sowohl der Gemeinsame Bundesausschuss

1 (GBA) wie auch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)  
2 auf ein evidenzbasiertes Vorgehen festgelegt.

3  
4 Diese Methode stößt an Grenzen: Sie ist abhängig vom Vorhandensein von Studien und von  
5 klinischer Expertise. Medizinischer Fortschritt und Innovation lassen sich so kaum erfassen.  
6 Kosten-Nutzenbewertungen stoßen auf methodische Schwierigkeiten, weil der  
7 Gesamtnutzen aller medizinischen Leistungen zu bewerten ist und nicht nur der innerhalb  
8 des GKV-Systems erzielte Nutzen. Auch ist mit dem Instrument der Evidenzbasierung das  
9 Verhältnis von Kollektivnutzen zu Individualnutzen nicht zu klären. Darüber hinaus kann eine  
10 Kosten-Nutzenbetrachtung im Einzelfall dem Interesse des einzelnen Patienten völlig zuwi-  
11 derlaufen und unärztlich sein, wenn z. B. mehrere Krankheitsbilder gleichzeitig oder  
12 unheilbare Krankheiten vorliegen. Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung hat nur ihren  
13 Wert, wenn es um die Effizienz des Mitteleinsatzes geht, d. h. um Rationalisierung.

14  
15 Die Ärzteschaft entwickelt mit Hilfe des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ)  
16 eigene Versorgungsleitlinien, die wissenschaftlichen Ansprüchen allein genügen und nicht  
17 dem Primat der Beitragssatzstabilität unterworfen sind. So wird die Differenz erkennbar  
18 zwischen den politisch gewollten Versorgungsstandards nach Kassenlage und den eigentlich  
19 notwendigen Standards auf wissenschaftlicher Grundlage.

20  
21 Nur durch die Beschreibung dieser Differenz wird die heute schon stattfindende Rationierung  
22 transparent.

- 23  
24 • **Verantwortung des Gesetzgebers für rationierende**  
25 **Rahmenbedingungen klarstellen**  
26

27 **Unter den Bedingungen der Mittelknappheit wird es für Ärztinnen und Ärzte immer**  
28 **schwieriger, ihrer Verantwortung für die Patientenversorgung gerecht zu werden, da**  
29 **sie gleichzeitig verschiedenen Rechtskreisen unterworfen sind: nach dem**  
30 **Haftungsrecht werden sehr hohe Sorgfaltsstandards verlangt, die jedoch unter dem**  
31 **Budgetbedingungen des Sozialrechts nicht eingehalten werden können.**  
32 **Sorgfaltsstandards stehen unvereinbar im Widerspruch zu Budgets und Rationierung.**  
33 **Die Einheit der Rechtsordnung muss vom Gesetzgeber wiederhergestellt werden.**

34  
35 Der Zielkonflikt zwischen ärztlicher Sorgfaltspflicht und Wirtschaftlichkeitsdruck belastet das  
36 Patient-Arzt-Verhältnis inzwischen in einem unerträglichen Ausmaß. Gesetzliche  
37 Regelungen wie das AVWG, die Rationierungsentscheidungen – die eigentlich vom

1 Gesetzgeber zu treffen wären - auf die individuelle Ebene der Patient-Arzt-Beziehung  
2 verlagern, sind strikt abzulehnen. Dies gilt auch für die ständigen Regressandrohungen.

3  
4 Wenn der Gesetzgeber nicht gewillt ist, die für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung  
5 erforderlichen Mittel im Gesundheitswesen zur Verfügung zu stellen und weiterhin auf eine  
6 Steuerung der Gesundheitsausgaben durch Budgets setzt,

- 7
- 8 - muss das Haftungsrecht angepasst werden,
- 9 - muss der Gesetzgeber die Verantwortung für einen Leistungskatalog unter dem  
10 Primat allein der Beitragssatzstabilität übernehmen,
- 11 - muss der Gesetzgeber die Absenkung von Versorgungsstandards zulassen und  
12 verantworten und
- 13 - muss er sich letztlich zur expliziten Priorisierung und Rationierung bekennen.
- 14

15 Dieser Lösungsansatz würde die bisherige Steuerung der Ausgaben im Gesundheitswesen  
16 mit heimlicher und implizierter Rationierung beenden. Der Gesetzgeber könnte dann den  
17 Leistungserbringern nicht länger die Schuld für Rationierung und mangelnde Qualität  
18 zuweisen.

19

- 20 • **Positivliste einführen**

21

22 **Die deutsche Ärzteschaft fordert den Gesetzgeber auf, die Rechtsgrundlagen für die**  
23 **Erstellung einer Positivliste wiederherzustellen und dafür Sorge zu tragen, dass die**  
24 **Erstellung dieser Positivliste unter Einbeziehung der Bewertung durch die Arznei-**  
25 **mittelkommission der deutschen Ärzteschaft stattfindet. Die Einführung einer**  
26 **Positivliste darf die Therapiefreiheit im Patient-Arzt-Verhältnis nicht einengen.**

27  
28 Vor dem Hintergrund exorbitant steigender Arzneimittelkosten stellt sich die Frage, wie diese  
29 zukünftig finanziert werden können. Die Arzneimittelversorgung muss mit Hilfe neutraler und  
30 rasch zugänglicher Informationen hinsichtlich möglicher Therapieformen, der Kosten-Nutzen-  
31 Relation sowie möglicher Alternativen zur medikamentösen Intervention konzipiert werden.  
32 Für die nachhaltige Versorgung mit Arzneimitteln müssen Leitlinien-gestützte  
33 Therapieformen zusammen mit einer am jeweiligen aktuellen Wissensstand orientierten Liste  
34 verordnungsfähiger Arzneimittel implementiert werden. Die Bundesärztekammer und die  
35 Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft sehen weiterhin in einer unter  
36 nachvollziehbaren Kriterien konsequent erstellten Positivliste für Arzneimittel ein  
37 wirkungsvolles Instrument für eine rationale Arzneimitteltherapie.

38

1 Der 102. Deutsche Ärztetag 1999 hatte sich erneut für eine am jeweiligen aktuellen  
2 Wissensstand orientierten Liste verordnungsfähiger Arzneimittel zur Unterstützung einer  
3 rationalen Arzneimitteltherapie in der Praxis ausgesprochen. Diese Positivliste führt nicht nur  
4 zu einer effektiveren und effizienteren Arzneimittelversorgung, sondern sie schafft auch für  
5 die niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen Sicherheit im Dialog mit den Patienten. Sie ist aus  
6 Sicht der Bundesärztekammer und der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft  
7 ein nützliches Instrument für die Qualitätssicherung und entspricht einer institutionalisierten  
8 Bewertung der therapeutischen Wertigkeit von Innovation, auch im Hinblick auf ihre Kosten  
9 und Erstattungsfähigkeit.

10  
11 Die deutsche Ärzteschaft regt an, zu überprüfen, ob Komponenten aus dem französischen  
12 Erstattungsmodell für Arzneimittel für eine Übernahme in das deutsche Erstattungssystem  
13 geeignet sind. In Frankreich müssen die Hersteller von Arzneimitteln für die Festlegung der  
14 Erstattungsfähigkeit einen Antrag an die staatliche Arzneimittelbehörde stellen.  
15 Voraussetzung für die Aufnahme des Arzneimittels in die Positivliste ist die Feststellung des  
16 therapeutischen Nutzens durch eine Transparenzkommission. Diese formuliert die entspre-  
17 chenden Empfehlungen für das Gesundheitsministerium, das die Entscheidung für die  
18 Aufnahme eines Arzneimittels in die Positivliste trifft.

19  
20 • **Einrichtung eines Gesundheitsrates**  
21

22 **Die deutsche Ärzteschaft fordert die Einrichtung eines Gesundheitsrates, der gesund-**  
23 **heitspolitische Priorisierungsentscheidungen vorbereitet.**

24  
25 Der Gesundheitsrat muss institutionell unabhängig unter enger Einbindung von Ärzteschaft,  
26 Politik und Patientenvertretern im vorpolitischen Raum arbeiten. Seine Aufgabe ist es,  
27 Schwerpunkte für die Gesundheitsversorgung zu definieren und Umsetzungsempfehlungen  
28 zu erarbeiten. Eine solche Priorisierung kann nur auf der Basis ärztlicher, ethischer,  
29 medizinisch-wissenschaftlicher und sozialer Kriterien erfolgen. Ergebnisse vor allem der  
30 Versorgungsforschung sind zu berücksichtigen. Die Priorisierungsentscheidungen müssen  
31 von der Politik transparent und öffentlich nachvollziehbar getroffen werden. Die Ärzteschaft  
32 kann nur die Rolle eines Ratgebers übernehmen.

33

## 5. Versorgungsqualität und Patientensicherheit in einem marktorientierten Gesundheitssystem erhalten

- **Qualitätswettbewerb fördern**

**Die für unser Gesundheitswesen erforderliche ordnungspolitische Neuausrichtung muss auf Wettbewerbskriterien basieren, die sich am Primat des Patientenwohls und an Qualitätskriterien ausrichten und Versorgungssicherheit gewährleisten.**

**Die Instrumente, Methoden und Standards für „Qualitätswettbewerb“ – Qualitätsindikatoren, Patienteninformationen, Zertifizierungsverfahren etc. - müssen strikt patientenorientiert, frei von wirtschaftlichen Interessen und unter Einbeziehung der Expertise der im Gesundheitswesen tätigen Professionen entwickelt werden.**

**Die deutsche Ärzteschaft ist bereit, sich mit ihrer Expertise in den notwendigen Prozess der Entwicklung von wettbewerbsfesten Qualitätskriterien und Qualitätssicherungsverfahren einzubringen, wenn sie hierbei adäquat, d.h. nicht nur fachlich beratend, sondern mitgestaltend beteiligt wird.**

Die Forderungen nach Qualitäts- statt Preiswettbewerb und mehr Transparenz im Gesundheitswesen stammen typischerweise aus marktorientierten Gesundheitssystemen wie den USA. Wie die Erfahrung dort zeigt, erzeugt die Schaffung von Transparenz nicht automatisch mehr Qualität: Unter dem Druck der Öffentlichkeit ist die Versuchung groß, schlechte Ergebnisse zu unterdrücken. Lernen vom Besten und eine Verbesserung des Gesamtsystems kann damit sogar behindert werden. Um eine solche Fehlentwicklung zu vermeiden, wurde die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung in Deutschland bislang im sog. geschützten Raum durchgeführt. Dies gilt auch für vielfältigen Qualitätsförderungs- und -sicherungsprojekte im ambulanten Bereich.

Auch die Kopplung der Vergütung an Qualität (Pay-for-Performance) ist nicht automatisch qualitätsfördernd, da solche Verträge einen Anreiz zur Risikoselektion bilden können.

In Deutschland hat die Qualitäts- und Transparenz-Offensive des Gesetzgebers bislang zu einem Wildwuchs von Qualitätsberichten und Krankenhausführern, Zertifizierungsverfahren, Gütesiegeln etc. geführt. Der Informationsgewinn für die Patienten oder die einweisenden Ärzte ist mehr als fraglich, obwohl die dafür zu leistenden Dokumentationsaufwände zum Teil erheblich sind.

Im Qualitätswettbewerb wird dem Verfahren der sektorübergreifenden Qualitätssicherung eine Schlüsselfunktion zukommen. Bereits jetzt stellen die Veröffentlichungen der BQS-Ergebnisse in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser einen Wettbewerbsfaktor dar. Zur

- 1 Sicherung der eigenen Marktposition wird die Darlegung der eigenen Qualität zukünftig für
- 2 alle Leistungserbringer unverzichtbar sein.
- 3
- 4 Zu allen Einzelbausteinen eines Qualitätswettbewerbs besteht noch Entwicklungs- oder
- 5 Evaluationsbedarf. Die Ärzteschaft kann in dieser Hinsicht auf umfangreiche Vorleistungen
- 6 und auf neue Pilotprojekte verweisen, da die Qualitätssicherung des eigenen Handelns zum
- 7 professionellen Selbstverständnis der Ärzteschaft zählt.

1

## 2 **6. Eigenverantwortung der Patienten stärken**

3

4 **Gesundheits- und Sozialpolitik müssen die persönliche Verantwortlichkeit und**  
5 **Verantwortungsbereitschaft des Einzelnen für die eigene Lebensführung fördern und**  
6 **ihr zur Entfaltung verhelfen. Voraussetzung für gesundheitsbewusstes Verhalten sind**  
7 **Information und Aufklärung.**

8 **Die Stärkung von Eigenverantwortung durch Eigenbeteiligungen darf nicht zu**  
9 **Unterversorgung ausgerechnet der sozial schwächeren Bevölkerungsgruppen führen.**

10

11 Versicherte müssen ihrer eigenen Verantwortung für sich und die Solidargemeinschaft  
12 nachkommen, in dem sie z.B. durch Prävention und Gesundheitsvorsorge aktiv zur  
13 Risikominderung beitragen. Die behutsame Etablierung von Eigenverantwortung verbunden  
14 mit Kostentransparenz kann mittelfristig zu mehr gesundheitsbewusstem Verhalten anreizen.  
15 Voraussetzung für die Übernahme von Eigenverantwortung bildet der leichte Zugang zu  
16 Informationen sowie Aufklärung. Diese sollte bereits in den Kindergärten und Schulen mittels  
17 eines Faches Gesundheitskunde erfolgen.

18

19 Da ein Großteil der modernen Zivilisationskrankheiten wie Hypertonie, Diabetes mellitus,  
20 Herzinfarkt, Schlaganfall etc. lebensstil- und somit auch ernährungsbedingt sind, fordert die  
21 deutsche Ärzteschaft als kurzfristig zu ergreifende Maßnahme eine Abgabe auf sowie  
22 Kennzeichnung von gesundheitsschädlichen Substanzen.

23

24 Bei der Einführung von Selbstbeteiligungen in die GKV ist zu beachten, dass die  
25 Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in starkem Maße vom jeweiligen  
26 sozioökonomischen Status der Versicherten abhängt. Personen mit niedrigem  
27 sozioökonomischem Status sind kränker und verhalten sich weniger gesundheitsbewusst.  
28 Da alle GKV-Versicherten mehr Eigenverantwortung für ihre Gesundheit übernehmen sollen,  
29 müssen in Abhängigkeit von Krankheitslast und sozioökonomischem Status hierzu jeweils  
30 unterschiedliche Strategien für die verschiedenen Versichertengruppen entwickelt werden.

31 Eine sozialverträgliche prozentuale Selbstbeteiligung fördert die Kostentransparenz. Um  
32 notwendige Härtefallregelungen implementieren und die Abwicklung der Zahlung in der  
33 Praxis vereinfachen zu können, ist die prozentuale Selbstbeteiligung von der Krankenkasse  
34 beim Versicherten zu erheben.

## 7. Medizinische Versorgung leistungsgerecht vergüten

- Vergütung privatärztlicher Leistungen

**Die Amtliche Gebührenordnung für Ärzte bildet als Rechtsverordnung die Referenzgrundlage für alle deutschen ärztlichen Gebührenordnungen oder Vergütungsregelungen. Sie dient dem Interessenausgleich zwischen Patient und Arzt und hat damit eine wichtige ordnungspolitische Funktion.**

**Eine Erfüllung dieser ordnungspolitischen Funktion setzt eine regelmäßige Anpassung der GOÄ an den medizinisch-technischen Fortschritt sowie an die wirtschaftliche Entwicklung voraus. Die Ärzteschaft hat klare Vorstellungen zur Novellierung der GOÄ entwickelt, die politisch aufzugreifen sind.**

Als staatliche Gebührenordnung stellt die GOÄ ein eigenständiges Bewertungs- und Preissystem für ärztliche Leistungen dar. Sie fußt auf den - für Angehörige eines Freien Berufes - spezifischen Charakteristika der qualifizierten persönlichen Leistungserbringung in fachlich unabhängiger Eigenverantwortung und wirtschaftlicher Selbständigkeit. Direkter Arztbezug und persönliche Leistungserbringung sind Ausdruck ärztlicher Verantwortung auf Basis einer individuellen Patient-Arzt-Beziehung. Patient und Arzt bestimmen individuell die zu erbringenden Leistungen im Rahmen eines privatrechtlichen Behandlungsvertrages und eines darauf basierenden Vertrauensverhältnisses.

Der GOÄ liegt ein Rechtsverhältnis zwischen Patient und Arzt i. S. eines Dienstleistungsvertrags zugrunde. Davon getrennt bestehen zwischen Versichertem und Privater Krankenversicherung ein Versicherungsvertrag bzw. zwischen Beihilfe und Beihilfeberechtigtem gesetzliche Fürsorgebestimmungen. Die GOÄ muss deshalb als Amtliche Gebührentaxe - unabhängig sowohl von Versicherungs-, Tarif- oder Erstattungsbedingungen der Privaten Krankenversicherung als auch von Leistungsbegrenzungen der Beihilfe - die Vergütung frei vertraglich vereinbarter ärztlicher Leistungen gewährleisten.

Die derzeitige GOÄ stammt im Wesentlichen aus dem Jahre 1983 und wird ihrer ordnungspolitischen Aufgabe - der Herstellung eines Interessenausgleichs zwischen Patient und Arzt - immer weniger gerecht. Das Vertrauensverhältnis von Patient und Arzt wird durch unnötige Auseinandersetzungen belastet, zunehmender Verwaltungsaufwand beeinträchtigt Verfahrensabläufe und Finanzierbarkeit des Systems.

1 Eine Novellierung der GOÄ und Erfüllung der ihr zugeordneten Schutzfunktion für Patient und  
2 Arzt ist umso dringlicher, als der private Gesundheitsmarkt in den kommenden Jahren an  
3 Bedeutung zunehmen wird. Je restriktiver der GKV-Leistungskatalog ausgestattet wird, desto  
4 mehr Leistungen fließen in den privaten Gesundheitsmarkt ab. Gleichzeitig ist das  
5 Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung gestiegen, immer mehr GKV-Versicherte sind  
6 bereit, privat in Vorsorgeleistungen und besonderen Komfort, den die GKV nicht mehr leisten  
7 kann, zu investieren. Auch diese Leistungen brauchen eine transparente und rechtssichere  
8 Abrechnungsgrundlage.

9  
10 • **Vergütung vertragsärztlicher Leistungen**

11  
12 **Die mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz vorgegebene umfassende Neuordnung der**  
13 **vertragsärztlichen Vergütung kann den Patienten, den Vertragsärzten und den**  
14 **Mitarbeitern in Praxen und Medizinischen Versorgungszentren nur dann nutzen, wenn**  
15 **die damit verbundenen politischen Zusagen zur Behebung der gegebenen**  
16 **Unterfinanzierung der vertragsärztlichen Versorgung auch eingelöst werden.**

17 **Die neue Systematik der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen ist daher so zu**  
18 **gestalten, dass es den Vertragsärzten wieder ohne wirtschaftlichen Nachteil möglich**  
19 **wird und bleibt, ihre Patienten angemessen, krankheitsgerecht und mit der**  
20 **notwendigen Zuwendung zu versorgen.**

21  
22 Die mit den geplanten Euro-Gebührenordnungen angestrebte Vereinheitlichung der regional  
23 bisher sehr unterschiedlichen Vergütungsregelungen darf nicht zu weiteren  
24 vertragsärztlichen Honorarminderungen führen. Die überregionale Homogenisierung des  
25 Mangels darf nicht das Ergebnis der Vergütungsreform werden. Daher muss der durch den  
26 Erweiterten Bewertungsausschuss mit seiner Beschlussfassung zum Einheitlichen  
27 Bewertungsmaßstab (EBM 2008) festgestellte Aufwertungsbedarf der vertragsärztlichen  
28 Leistungsvergütungen allerorts endlich auch honorarwirksam umgesetzt werden. Weiterhin  
29 muss auch der versorgungsbeeinträchtigende Unterschied zwischen EBM-  
30 Bewertungsrealität (kalkulatorischer Punktwert 5,11 Cent) und EBM-Vergütungsrealität  
31 (durchschnittlicher Auszahlungspunktwert: 3,7 Cent) dringend überwunden werden. Bei der  
32 Weiterentwicklung der haus- und fachärztlichen Vergütungen müssen die  
33 versorgungsbereichsspezifischen Erfordernisse gleichberechtigt ihre angemessene  
34 Berücksichtigung finden.

35  
36 Die vorgesehene umfassende Pauschalierung der vertragsärztlichen Vergütung muss mit  
37 Bedacht umgesetzt werden und darf weder zur Fehlabbildung des krankheitsbezogenen  
38 Behandlungs- und Zuwendungsbedarfs der Patienten noch zum Verlust der fachlichen und  
39 qualitativen Identität der haus- und fachärztlichen Versorgung führen. Über eine sinnvolle

1 Pauschalierung erreichte Vereinfachungen der Abrechnung dürfen nicht durch einen  
2 begleitend verstärkten Kontrollbürokratismus wieder zunichte gemacht werden.

3  
4 Unter dem durch Selektivverträge sowie die ambulante Öffnung der Krankenhäuser  
5 zunehmenden Wettbewerb in der ambulanten Versorgung müssen systematische  
6 Benachteiligungen durch ungleiche Bedingungen der Zulassung, Finanzierung, Innovation  
7 und Qualitätssicherung vermieden werden.

8  
9 **• Vergütung stationärer Leistungen**

10  
11 **Die notwendige stationäre Versorgung der Bevölkerung darf angesichts ihres**  
12 **steigenden Bedarfs nicht gefährdet werden. Die im Rahmen der Neuordnungsdebatte**  
13 **erörterte Aufhebung des Kontrahierungszwanges der Gesetzlichen Krankenkassen**  
14 **mit den im Bedarfsplan aufgenommenen Krankenhäusern wird abgelehnt, da sie die**  
15 **Versorgungssicherheit der Bevölkerung gefährden würde.**

16 **Ebenso muss die Mitverantwortung der Krankenhäuser für die Aus-, Weiter- und**  
17 **Fortbildung in den Gesundheitsberufen erhalten bleiben und diese Leistung finanziert**  
18 **werden.**

19  
20 Bei der erforderlichen Weiterentwicklung des Fallpauschalen-Systems, als Basis der  
21 Vergütung stationärer Leistungen, müssen von dem politisch geforderten 100%-  
22 Abbildungsansatz Abstand genommen und erforderlichenfalls sachgerechte  
23 Sondervergütungsformen gefunden werden.

24  
25 Die amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bleibt unverzichtbares Vergütungsinstrument  
26 für ärztliche Wahlleistungen und für die Mitarbeiterbeteiligungen im Krankenhaus. Sie ist  
27 dem wissenschaftlichen Fortschritt laufend anzupassen.

28  
29 Ferner muss spätestens mit dem Ende der Konvergenzphase zum 01.01.2009 die  
30 Abschaffung der Grundlohndeckelung des Krankenhausbudgets erfolgen. Bei mehr oder  
31 weniger Leistungen müssen für die Krankenhäuser in einem leistungsorientierten  
32 Vergütungssystem auch volle Mehr- oder Mindererlöse möglich sein. Unabhängig hiervon  
33 müssen die Ergebnisse von Tarifabschlüssen in die Vergütungen der Krankenhäuser  
34 einfließen.

35  
36

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10

## **Teil B - Finanzierung**

## 8. Finanzierung einer patientengerechten Gesundheitsversorgung

### 8.1 Prüfkriterien

Die Politik drückt sich vor der Verantwortung, eine langfristige Sicherung der Finanzierung des deutschen Gesundheitswesens anzugehen. 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 der Maßstab, an dem Ärzteschaft die Finanzierungskonzepte in ihrer „Versorgungsadäquanz“ messen muss.

- **Patienteninteresse und ärztlicher Auftrag**

Es ist 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.

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 nach den Grundsätzen der Modelle des Sozialschutzes und seines Umfangs zu prüfen.

- **Kriterien**

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

- Eigenverantwortung des Patienten
- Subsidiarität des notwendigen sozialen Schutzes

- 1 - Pflichtversicherung oder Versicherungspflicht zur Abdeckung mindestens der  
2 Grundbedürfnisse an sozialem Schutz
- 3 - Konzentration auf das Versicherungsprinzip (Abdeckung des Krankheitsrisikos) und  
4 Ausschluss insoweit versicherungsfremder sozialpolitisch motivierter  
5 Transferleistungen
- 6 - Garantie der Berufsfreiheit der „Leistungserbringer“ für den für die  
7 Patientenversorgung notwendigen professionellen Handlungsspielraum

8

9 In diesem Rahmen ist folgendes zu fordern:

10

## 11 a) Individualebene – Selbstbestimmung und Berufsfreiheit

12

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

20

## 21 b) Strukturelle Ebene (Zugang zu den Gesundheitsleistungen)

22

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

30

31 Im Übrigen ist zu fordern:

32

- 33 - Die solidarisch getragene medizinische Versorgung muss auch in Zukunft für  
34 jedermann erreichbar sein, dem aktuellen medizinischen Standard  
35 entsprechen und mit ausreichenden Ressourcen flächendeckend, auch für  
36 den Notfall ausgestattet sein.

- 1 - Versorgungsstrukturen müssen primär am medizinischen Bedarf des  
2 Patienten ausgerichtet sein und dürfen nicht von ökonomischen Einsparzielen  
3 dominiert werden. Dies gilt insbesondere für die integrierte Versorgung.  
4
- 5 c) Versorgungsebene – Qualität und Professionalität  
6
- 7 - Definitionskompetenz der Ärzte für die notwendige medizinische Versorgung  
8 (u.a. durch Versorgungsleitlinien)  
9 - Maßgebliche und verantwortliche Rolle der Ärzteschaft bei Weiterentwicklung  
10 von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement  
11 - Wahrung der Professionalität durch Ausschluss von Fremdbestimmung  
12
- 13 d) Vertragsebene  
14
- 15 - Wettbewerbsgleichheit der Ärzte und Krankenhäuser im Zugang zu  
16 Versorgungsaufträgen zur Versorgung Versicherter  
17 - Kompensatorische Instrumente zum Ausschluss von Marktmacht der  
18 Krankenkassen  
19
- 20 e) Flexibilität und Reaktionsfähigkeit des Versorgungssystems  
21
- 22 - Modellhaftes Vorgehen muss ermöglicht werden  
23 - Evaluation und Folgenabschätzung müssen systemimmanent werden  
24 - Die Steuerungsfähigkeit des Systems muss die Teilhabe der Versicherten am  
25 medizinisch-technischen Fortschritt nachhaltig ermöglichen und auf die  
26 demographischen Herausforderungen reagieren.  
27
- 28 • **Kritische Bewertung**  
29
- 30 – Werden die genannten Kriterien für ein chancengleiches und bedarfsgerechtes  
31 Versorgungssystem als Maßstab genommen, muss ernsthaft die Frage diskutiert werden,  
32 ob nicht eine Weiterentwicklung des bestehenden Systems der gesetzlichen  
33 Krankenversicherung unter Rückbesinnung auf die Aufgabe als Versicherungssystem  
34 ohne gesellschaftspolitische Aufgaben (Stichwort: versicherungsfremde Leistungen) und  
35 unter Berücksichtigung eines Lösungsprinzips, welches davon ausgeht, dass nicht jedes  
36 Gesundheitsrisiko solidarisch versichert sein muss, ein möglicher Weg ist.  
37

1 – Entscheidend ist dabei indessen, dass die bürokratisierte Versorgungsstruktur in der  
2 Beziehung von Krankenkassen und Ärzten in dem heutigen Vertragsarztrecht aufgelöst  
3 und wieder auf ihren Ursprung zurückgeführt wird: Es ging darum, eine freiheitliche  
4 Integration der Ärzteschaft unter Übernahme der Verantwortung für die Sicherstellung  
5 der ambulanten Versorgung in der Beziehung zum GKV-System zu wählen. Die weithin  
6 anerkannte Lösung war ein echtes Verhandlungsmodell der Gleichberechtigten mit dem  
7 Ausschluss vertragloser Zustände. Die genossenschaftliche Verantwortung der  
8 Vertragsärzte in der kassenärztlichen Versorgung garantiert die flächendeckende,  
9 qualitätsorientierte, aber auch wirtschaftliche Versorgung der Versicherten. Der Umbau  
10 dieses Modells in ein Versorgungsmodell mit Behördencharakter, welches von der  
11 ursprünglichen Selbstverwaltung nur noch die Hülse übrig lässt, war ein falscher Weg.

12

### 13 • **Folgerungen**

14

15 – Werden die hier niedergelegten Kriterien der Ärzteschaft beachtet, muss die künftige  
16 Finanzierung gesundheitlicher Versorgung der Bevölkerung so gestaltet sein, dass sie  
17 einen verlässlichen und chancengleichen Zugang zur gesundheitlichen Versorgung auf  
18 dem medizinisch angemessenen Niveau für den jeweiligen individuellen Zustand des  
19 Patienten ermöglicht. Die Beschaffung der finanziellen Mittel muss auf die  
20 Eigenverantwortung der Bürger und die Subsidiarität sozialen Schutzes Rücksicht  
21 nehmen.

22

23 – Dies schließt daher ein, dass es über den durch das soziale Versicherungssystem  
24 abgedeckten notwendigen Schutz eine selbstbestimmte Option der Bürger als Patienten  
25 und Verbraucher für ärztliche Gesundheitsleistungen unterschiedlicher Art nach eigener  
26 Wahl geben muss. Dafür ist Informiertheit Voraussetzung. Dazu wird die Ärzteschaft  
27 ihren Beitrag leisten.

28

29 – 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

38

- 1 Sachleistung die medizinische Versorgung des Versicherungssystems in Anspruch  
2 nehmen zu müssen oder ihrer verlustig zu gehen, wird der notwendigen  
3 Selbstbestimmung und der notwendigen Subsidiarität des sozialen Schutzes nicht ge-  
4 recht.  
5
- 6 – Aus der Sicht der Ärzteschaft ist es deshalb – ohne dass sie die Finanzierungstechnik  
7 und das versicherungsrechtliche Niveau der Gesundheitsversorgung vorgeben will, weil  
8 dies Aufgabe des Gesetzgebers ist – im Interesse der individuell bedarfsgerechten  
9 Versorgung der Patienten erforderlich, dass
- 10 ○ Flexibilität in der Inanspruchnahme der Versorgungsmöglichkeiten,
  - 11 ○ Freiheit in der Wahl des Arztes und
  - 12 ○ vor allem auch Freiheit der Berufsangehörigen im Zugang zur Behandlung von  
13 Versicherten bestehen.
- 14 Die Besinnung auf freiheitlich ausbalancierte Lösungen ist mehr erfolgversprechend;  
15 patientenorientierte und qualitätsgesicherte Sonderstrukturen wären damit nicht verbaut.

## 8.2 Kurzfristige und systemimmanente Weiterentwicklung der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung

Eine verantwortungsbewusste Gesundheitspolitik muss Lösungen für die drängenden Finanzierungsprobleme finden. Nur so können Innovationen und medizinischer Fortschritt auf Dauer gewährleistet werden.

- **Verbreiterung der Einnahmebasis der GKV**

Ausschließlich lohnbezogene Einnahmen werden nicht mehr ausreichen, um zu einer soliden Finanzierung der GKV beizutragen. Die Einnahmebasis muss entsprechend der tatsächlichen finanziellen Leistungsfähigkeit der Versicherten auf sämtliche Einkommensarten ausgedehnt werden. Dadurch ließe sich der durchschnittliche Beitragssatz spürbar senken. Zur Verbreiterung der Einnahmebasis müssen dann sämtliche Einkünfte gemäß dem Einkommenssteuerrecht herangezogen werden.

- **Missbrauch der GKV durch die Politik beenden**

Seit Jahrzehnten destabilisiert die Politik selbst durch Ausweitung versicherungsfremder Leistungen sowie durch Quersubventionierung anderer Sozialversicherungszweige ("Verschiebahnhöfe") die GKV in jährlich zweistelliger Milliardenhöhe. Allein die sogenannten Hartz-Gesetze belasten die GKV seit diesem Jahr mit 3,6 Milliarden Euro. Durch die Rücknahme des Bundeszuschusses zur Finanzierung versicherungsfremder Leistungen entzieht der Bundesfinanzminister dem GKV-System weitere 4,2 Milliarden Euro. Darüber hinaus werden der GKV durch die Erhöhung der Mehrwertsteuer auch auf Arzneimittel über 2 Milliarden Euro entzogen. Die GKV muss endlich auf ihre originären Aufgaben zurückgeführt werden.

- **Sozialverträgliche Erweiterung der Eigenbeteiligungsformen**

Die Eigenverantwortung der Versicherten und die Inanspruchnahme solidarisch finanzierter Leistungen müssen in einem ausgewogenen Verhältnis zu einander stehen. Große Risiken müssen selbstverständlich umfassend abgesichert sein. Aber Versicherte müssen ihrer Verantwortung für die Solidargemeinschaft entsprechen, in dem sie z.B. durch Prävention und Gesundheitsvorsorge aktiv zur Risikominderung beitragen. Auch Eigenbeteiligung und eine der Patientensouveränität angemessene Weiterentwicklung der Gestaltungsfreiheit bei Leistungen und Tarifen, so beispielsweise eine Beitragsminderung des Versichertenbeitrages durch individuellen Leistungsausschluss für selbstverantwortlich finanzierbare Leistun-

1 gen oder Beitragsminderung bei nicht chronisch Kranken für selbst gewählte Leistungsbe-  
2 grenzung durch Festzuschüsse, stärken die Eigenverantwortung.

3  
4 • **Familienversicherung nur noch für erziehende Elternteile**

5  
6 Die generell beitragsfreie Ehegattenversicherung ist angesichts der demografischen Ent-  
7 wicklung nicht mehr zeitgemäß. Allerdings sollte diese Form der Versicherung angesichts  
8 der für die Gesellschaft bedeutsamen Erziehungsarbeit für diejenigen Elternteile aufrechter-  
9 halten bleiben, die sich ausschließlich der Kindererziehung widmen.

10  
11 • **Stabile Steuerfinanzierung der Beiträge für die Versicherung von**  
12 **Kindern**

13  
14 Eine vollständige Finanzierung der Krankenversicherungsbeiträge für Kinder aus Steuermit-  
15 teln könnte zu einer Entlastung allein in der GKV von weit über 10 Milliarden Euro führen.  
16 Die Krankenversicherung der Kinder ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Es ist aller-  
17 dings sicherzustellen, dass die Steuerfinanzierung nicht haushaltspolitischer Kurzsichtigkeit  
18 oder Beliebigkeit anheim fällt, sondern in ihrem Umfang verlässlich bleibt. Damit wäre den  
19 Versicherten und Patienten wie auch der nachwachsenden Generation gleichermaßen ge-  
20 dient.

21  
22 • **Alterungsrückstellungen durch Gesundheitssoli und**  
23 **demografiebezogener Ausgleichsfaktor für die Krankenversicherung**  
24 **der Rentner**

25  
26 Der Anteil der beitragszahlenden Rentner unter den gesetzlich Krankenversicherten hat in  
27 den letzten Jahren stetig zugenommen. Im Jahr 2005 waren knapp 17 Millionen Rentner  
28 Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung, fast zehn Prozent mehr als 1998. Dieser  
29 zahlenmäßige Anstieg der Rentner hat zu erheblichen Mindereinnahmen der GKV geführt,  
30 weil Rentner im Durchschnitt weniger als Arbeitnehmer in die GKV einzahlen. Die Schere  
31 zwischen Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben in der Krankenversicherung der Rent-  
32 ner (KVdR) geht immer weiter auseinander. Betrug die Differenz zwischen Einnahmen und  
33 Ausgaben im Jahr 1993 noch 24,9 Mrd. Euro, so klafft inzwischen eine Lücke von 35 Mrd.  
34 Euro (2005). Die stetig steigende Quersubventionierung der KVdR durch die GKV muss  
35 durch einen demografiebezogenen Ausgleichsfaktor sowie durch den Aufbau eines Systems  
36 zur Alterungsrückstellung durch einen "Gesundheitssoli" sukzessive reduziert werden.

37  
38 • **Echter Wettbewerb zwischen GKV und PKV**

39  
40 Wettbewerb im Gesundheitswesen muss auch und vor allem ein Wettbewerb der Versiche-  
41 rungs- und Finanzierungsmodelle sein. Ein System der Krankenversicherung, das auf den

1 Prinzipien der risikoäquivalenten Beiträge, der Kostenerstattung und Kapitaldeckung für den  
2 notwendigen demographischen Faktor basiert, darf nicht den Finanzierungsnöten der ge-  
3 setzlichen Krankenversicherung geopfert werden. Deshalb ist die jetzt geplante Angleichung  
4 der privaten Krankenversicherung an das GKV-System der falsche Weg. Ziel muss es sein,  
5 einen Wettbewerb der Systeme durch Modernisierung der GKV und Stärkung der PKV zu  
6 eröffnen.

# 1 EPILOG