

## Editorial

### Als überzeugter Verfechter höchster Qualität internistischer Leistungen und Versorgung hat sich der neue Vorstand des BDI präsentiert

Wir dürfen deshalb nicht nachlassen, der unübersehbar politisch gewollten rigiden Ökonomisierung der Medizin Einhalt zu gebieten, die uns Ärzte in eine immer ausgeprägtere ethisch-moralische wie auch juristische Zwickmühle führt. Zur Qualität ärztlicher Leistungserbringung auf Facharztstandard kann es keine Ökonomie-Alternative geben. Verschiedene Qualitätsstufen mit unterschiedlicher Honorierung sind für uns nicht denkbar.

Im Krankenhaus muss die medizinische neben der ökonomischen Kompetenz wieder eine größere Rolle spielen, indem die ärztliche Leitung mehr als bisher, d.h. angemessen, an der Krankenhausführung beteiligt wird.

Im niedergelassenen hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereich sind bei der Honorierung Pauschalen weiter abzulehnen, auch wenn sie im Gesetz stehen. Zur Transparenz der Versorgungsrealität und der Qualität der Leistungserbringung sind Pauschalen, besonders für technikerunterstützte Leistungen, völ-

lig ungeeignet. Technik verursacht Kosten; Kosten steigen alleine schon inflationsbedingt, sie müssen adäquat bezahlt und dürfen nicht weiter mit dem ärztlichen Honoraranteil verrechnet, d.h. abgezogen werden. Die unsolide Finanzierung des Gesundheitswesens im stationären und ambulanten Bereich mit der sich daraus zwangsläufig ergebenden weiteren Rationierung ärztlicher Leistungen und eine zunehmende Deprofessionalisierung des Arztberufes mit dem Ziel, die Versorgung billiger zu gestalten, hat alleine die Politik zu verantworten. Unsere Aufgabe



Präsident  
Dr. med. Wolfgang Wesiack,  
Hamburg

ist es, Patienten zu helfen, Krankheiten zu vermeiden, diese zu erkennen und wenn möglich zu heilen. Unsere Aufgabe ist es dabei auch, die vorhandenen finanziellen Mittel effektiv und zielgenau zu verwenden, nicht aber, sie zu beschaffen.

Wir Internistinnen und Internisten in unserem gemeinsamen Berufsverband bleiben bei unseren Über-

zeugungen und vertreten diese auch deutlich nach innen und außen. Helfen Sie mit, diskutieren sie mit Entscheidungsträgern bei Kassen und Politik. Sprechen Sie auch mit den Patienten. Gute Medizin gibt es nicht zum Nulltarif.

Denken Sie auch daran, dass nächstes Jahr im September der Bundestag neu gewählt werden wird. Nichts fürchten die politischen Parteien so sehr wie eine Diskussion über diese völlig verfehlte Gesundheitspolitik.

Wir sind stärker als viele denken. Machen wir uns auch unsere Stärke bewusst. Gemeinsam sind wir stark.

Ihr  
Dr. med. Wolfgang Wesiack  
Präsident

### 111. Deutscher Ärztetag in Ulm (Fortsetzung von Seite 1)

## 250 Co-Autoren korrigieren das „Ulmer Papier“ der BÄK

Sie versicherte erneut, dass zum 1. Januar 2009 eine neue Honorarordnung in Euro und Cent in Kraft treten und die Ärzte in Ost und West endlich gleichstellen werde. Unabdingbar sei jedoch der Zusammenhang mit dem Gesundheitsfonds, denn nur der Sorge dafür, dass die Beitragsmittel zielgenau bei den Krankenkassen landeten. Der Fonds sei notwendig für eine gerechte Verteilung der Gelder. Über eine bessere Finanzierung werde noch in diesem Herbst diskutiert.

Klarer war ihre Zusage für eine finanzielle Entlastung der Krankenhäuser. Diese sollten mit den Kostensteigerungen nicht allein gelassen werden. DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum nahm zufrieden zur Kenntnis, dass die durch die bestehenden gesetzlichen Regelungen des Budgetdeckels und des Sanierungsbeitrags entstandenen finanziellen Belastungen der Krankenhäuser durch den Gesetzgeber gemindert werden sollen.

#### ● Rückblick auf die „Baustellenzeit“ im Gesundheitswesen

In einer frei gehaltenen Rede setzte sich BÄK-Präsident Hoppe nicht mit den Bemerkungen der Ministerin auseinander, sondern unternahm eine Globalschau auf unser Gesundheitswesen „nach 20 Jahren Baustellenzeit“. Er betonte, dass nach dem Grundgesetz der Staat zuständig ist für die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung. Die Selbstverwaltung habe dabei eine justierende und feinsteuernde Funktion.

Diese Aufteilung, die von einem individuellen Patient-Arzt-Verhältnis ausgeht, ist aber durch Eingriffe des

Gesetzgebers mehr und mehr aufgebrochen worden durch eine kollektivistische Sicht des Gesamtsystems. Es wurden „Kolibri-Bereiche“ geschaffen, die sich der Staat vorbehält, der Rest ist zur Sache der Selbstverwaltung geworden. Eigentlich aber müsse der Sicherstellungsauftrag ganz gelten, nicht nur in Teilen, kritisierte Hoppe.

Was früher vom Staat als Daseinsvorsorge vorgehalten wurde, werde jetzt mehr und mehr dem Wettbewerb überlassen. Heute erlebe man, dass Freiberufler, die auf eigenes Risiko investieren und diese Mittel erarbeiten müssen, mildtätige Organisationen sowie profit-orientierte Unternehmen im Wettbewerb stehen. Letztere bringen Geld von außen mit, das Investoren dort eingebracht haben, um Gewinne zu erzielen. „Hier sind völlig ungleiche Spieße vorhanden.“ Die mildtätigen Einrichtungen und die Freiberufler seien damit am meisten gefährdet, obwohl sie für unseren Staat eine so große Bedeutung haben. Die Folge der staatlichen Eingriffe ist laut Hoppe eine chronisch ansteigende Unterfinanzierung im System. Eine grundlegende Besserung sei nicht in Sicht, auch nicht durch den Gesundheitsfonds, da Beitragssatzstabilität oberster Grundsatz bleibe. Wir erleben heute eine Rationierung in vielfältiger Form, zum Beispiel durch den Personalabbau in den Krankenhäusern, die mit den DRGs nicht zurecht kommen. „Diese heimliche, verdeckte Rationierung müssen wir seit Jahren ertragen, aber das wollen wir nicht mehr.“ Ausbeutung der Angehörigen der Gesundheitsberufe und Förderung des Misstrauens seien an der Tagesordnung. Wenn ein Arzt einem Patienten sagt, dass er etwas nicht

mehr bekommen könne, werde dieser misstrauisch und frage sich, welchen Vorteil der Arzt davon habe, wenn er die Leistung verweigert. Unser derzeitiges System lebe von Vorschriften und Kontrollen. Wir bräuchten weder eine Kodierung der Patientenrechte noch eine Versorgungsforschung, sagte Hoppe, wenn unser Versorgungssystem in Ordnung wäre. Eine Entwicklung des grauen Marktes, Beispiel IGeL, gebe sonst nur in Ländern mit massiver Unterfinanzierung oder in korrupten Ländern. Die Gewinner der Reformen seit 1993 sind nach seinen Worten die Beitragszahler der gesetzlichen Krankenkassen, die Planwirtschaftler, die Investoren und der graue Markt. Verlierer aber sind die Patienten, die Gesundheitsberufe sowie die mildtätig karitativ eingestellten Menschen und Organisationen. „Wir wollen keine Industrialisierung im Gesundheitswesen, sondern eine individuelle Patientenversorgung. Das ist auch der Sinn des Ulmer Papiers.“

#### ● Über 60 Änderungsanträge zum Ulmer Papier

Die Worte Hoppes fanden uneingeschränkt Applaus unter den Delegierten. Die von ihm und seinen Vorstandskollegen Dr. Cornelia Giesmann, Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen, und Dr. Theodor Windhorst, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe, verantwortlich verfasste 35 Seiten starke Vorlage aber stieß im Plenum rasch auf zahlreiche Einwände und Vorbehalte. Es wurde gefragt, an wen sich das Ulmer Papier eigentlich richte, was es denn sein wolle – ein Grundsatzpapier oder nur eine Diskussionsgrundlage? Verbände und KV-Sprecher forderten



Auch BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack und die beiden BDI-Vizepräsidenten Dr. Wolf von Römer und Prof. Dr. Malte Ludwig gehörten zu den Delegierten beim 111. Deutschen Ärztetag in Ulm.

Bild: Johannes Aevermann

stärkere Mitsprache, die Frauen oder der öffentliche Gesundheitsdienst sahen sich zu kurz gekommen, andere vermissten konkrete Aussagen oder gar Alternativen zum jetzigen System. Es dauerte nicht lange, da lagen weit über 60 Änderungsanträge vor. Der Vorschlag, diese gebündelt an den Vorstand zu überweisen, damit dieser sie bearbeiten und eventuell in eine Neu-Vorlage einbinden könnte, über die der nächste Ärztetag dann abstimmen könnte, fiel nach einer zweiten Abstimmung schließlich durch, trotz der Mahnung von Windhorst, das Papier nicht „durch Klein-Klein-Anträge zu verschlimmbessern“. So entstand schließlich in fünf Stunden ausgiebiger Diskussion ein Werk aus der Feder von drei BÄK-Vorständen und 250 Co-Autoren. Hoppe selbst schraubte den Anspruch an das Ulmer Papier dann zurück: Es solle kein Grundsatzpapier wie das „Blaue Papier“ der Ärzteschaft sein, sondern ein „erster Aufschlag zu einem work in progress, einem permanenten Diskussionsprozess“ innerhalb der Ärzteschaft.

Der Versuch von BÄK-Vizepräsident Dr. Frank-Ulrich Montgomery, Präsident der Ärztekammer Hamburg, auf direktem Wege durch den Ärztetag

sein besonderes Anliegen einer kompletten Finanzierungsreform des Systems durchzubringen, scheiterte wie schon zuvor im Vorstand der Bundesärztekammer. Dort war die vorherrschende Meinung, dass die Finanzierung des Systems nicht in die Kompetenz der Ärzteschaft falle, erklärte Hoppe. Mit 80 gegen 142 Stimmen blieb Montgomerys Änderungsantrag auf der Strecke.

#### ● Vorschläge zur Finanzierung der GKV

Dennoch hat der 111. Deutsche Ärztetag in der verabschiedeten Fassung des Ulmer Papiers auch Vorschläge zur kurzfristigen Weiterentwicklung der Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) präsentiert. Die Delegierten sprachen sich für eine stabile Steuerfinanzierung der Beiträge für die Versicherung von Kindern aus. „Eine vollständige Finanzierung der Krankenversicherungsbeiträge für Kinder aus Steuermitteln könnte zu einer Entlastung allein in der GKV von weit über 10 Milliarden Euro führen. Die Krankenversicherung der Kinder ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe“, heißt es in dem Beschluss. Zudem müsse die generell beitragsfreie Ehegattenversicherung nur noch

für diejenigen Elternteile aufrechterhalten werden, die sich ausschließlich der Kindererziehung widmen. Bei der Beitragserhebung der Krankenkassen müsse der tatsächlichen finanziellen Leistungsfähigkeit der Versicherten Rechnung getragen werden. Es sei nicht mehr ausreichend, ausschließlich lohnbezogene Einnahmen zu berücksichtigen, erklärte der Ärztetag. Stattdessen müsse die Einnahmehasis auf sämtliche Einkünfte gemäß dem Einkommensteuerrecht erweitert werden. Zudem forderten die Delegierten die Politik auf, den seit Jahrzehnten andauernden Missbrauch der gesetzlichen Krankenversicherung zu beenden und die versicherungsfremden Leistungen aus dem Leistungskatalog der GKV auszugliedern. Auch müsse die Quersubventionierung anderer Sozialversicherungszweige beendet werden. Allein durch die so genannte Hartz-Gesetzgebung gingen der gesetzlichen Krankenversicherung pro Jahr 3,6 Milliarden Euro verloren. „Die GKV muss endlich auf ihre originären Aufgaben zurückgeführt werden“, forderte der Ärztetag.

Er kritisierte, dass sich die Politik vor der Verantwortung drücke, eine langfristige Sicherung der Finanzierung des deutschen Gesundheitswesens anzugehen. „Eine verantwortungsbewusste Gesundheitspolitik muss Lösungen für die drängenden Finanzierungsprobleme finden. Nur so können Innovationen und medizinischer Fortschritt auf Dauer gewährleistet werden.“

Der Ärztetag forderte zudem ein Sofortprogramm zur Stabilisierung der wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser. Schon heute gebe es erhebliche Finanzierungslücken im stationären Sektor. Die notwendige stationäre Versorgung der Bevölkerung dürfe jedoch angesichts ihres steigenden Bedarfs nicht weiter gefährdet werden. Das Sofortprogramm müsse die Deckelung der Budgets beenden, eine realistische Refinanzierung der Aufgaben ermöglichen, eine sofortige Rücknahme der Sanierungsabgabe an die Krankenkassen beinhalten und die Investitionskraft der Krankenhäuser stärken.

KS

## Kommentar

### Eine Volksversicherung

**Im Ulmer Papier, das auf dem Deutschen Ärztetag zur Diskussion gestellt wurde, findet sich ein großes Kapitel, das sich mit der Finanzierung unseres Gesundheitswesens beschäftigt. Allein diese Tatsache ist bemerkenswert! Mischt sich doch die Bundesärztekammer in eine finanzpolitische Diskussion ein, die weit über medizinische und ärztliche Versorgung hinausgeht. Ärzte wissen sicher viel, Kammern haben auch Juristen, dass sie auch ökonomisch versiert sind, ist aber neu. Die Bundesärztekammer hat sich unter ihrem Präsidenten Hoppe seither aus dieser Diskussion bewusst herausgehalten.**

Sie hat die ärztliche Versorgung mit all ihren Facetten in den Mittelpunkt der Arbeit gestellt. Sie setzt das Berufsrecht um, achtet auf die Freiberuflichkeit und sorgt sich um die Qualität ärztlichen Handelns. Sie entwickelt Qualitätsvorgaben und wird damit auch zu einem Gegenpol zur restriktiven Handhabung neuer Leistungen im Gemeinsamen Bundesausschuss. Ihr Präsident hat in den vergangenen Jahren immer wieder den Finger in die Wunde bei Kassen und Politik gelegt, indem er den medizinischen Standard wertfrei definiert hat. Dabei wurde er nicht müde zu betonen: Dafür reichen die Finanzmittel nicht aus, die Politik hat ihre Hausaufgaben zu machen und für eine angemessene Finanzierung zu sorgen, sonst ist sie für die eintretende und jetzt schon sichtbare Rationierung allein verantwortlich. Die Konsequenz dieses Vorgehens wurde in Ulm nochmals deutlich. Die Rationierung wurde auf dem Deutschen Ärztetag offen angesprochen. Nach Meinung der Kammer darf sich ein Arzt nicht dazu hergeben, medizinische Scheinbegründungen für ökonomische Zwänge abzugeben, dies sei unärztlich.

So war es zumindest bis Ulm. In dem gleichnamigen Papier begibt man sich nun auf das Glatteis der ökonomischen Vorgaben. Schon die Forderung nach einer breiteren Finanzierungsbasis der gesetzlichen Krankenversicherung und der Wunsch nach mehr Steuermitteln erinnert verteuft an die Bürgerversicherung. Die Autoren beeilen sich allerdings, diesen Eindruck zu korrigieren: Dies meine man natürlich nicht, es gehe um eine „Volksversicherung“ – was auch immer man darunter zu verstehen hat.

Die Bundesärztekammer macht plötzlich das Geschäft der Politik und trägt politische Grundsatzdebatten über die Finanzierung der Sozialversicherungssysteme in die ärztliche Körperschaft, ohne dafür die Kompetenz und das Mandat zu haben. Schuster bleib bei deinen Leisten!

HFS

## Ärztetag bekräftigt Bedenken

# Nein zur elektronischen Gesundheitskarte in dieser Form

Gefordert wurde eine freiwillige Entscheidung von Ärzten und Patienten über die Nutzung von elektronischen Patientenakten, die Erprobung von Speichermedien in der Hand des Patienten, etwa USB-Sticks, wie auch anderer Alternativen zur Datenspeicherung auf zentralen Servern sowie eine umfassende Evaluation und öffentliche Bereitstellung der Ergebnisse vor der flächendeckenden Einführung.

Die Anträge auf dem Ärztetag reichten von einer totalen Ablehnung der elektronischen Gesundheitskarte bis hin zu Modifizierungen bezüglich der Datensicherheit. Hessische Delegierte wiesen darauf hin, dass die Datensicherheit von vertraulichen Patientendaten keineswegs gewährleistet sei und führten als Beispiel, dass menschliche und technische Fehler zu schwersten Datenschutzverletzungen führen können, die Vorfälle in England an, wo CDs mit Kindergeldzahlungen an die Öffentlichkeit gelangt sind.

● **Umfassende Evaluation vor flächendeckender Einführung gefordert**  
In ihrem Beschluss bemängelten die Delegierten, für einrichtungs- und sektorübergreifende Patientenakten bestünden keine allgemein anerkannten und technisch realisierten sowie rechtlich abschließend bewerteten Konzeptionen. Für den Aufbau einer sicheren Kommunikationsinfrastruktur müsse sich der Staat auf die

Schaffung sicherer rechtlicher Rahmenbedingungen für die elektronische Kommunikation im Gesundheitswesen beschränken. „Die Entscheidung über die Einführung und den Einsatz telematischer Behandlungsverfahren für Patienten und Ärzte muss freiwillig sein. Die Auswirkungen des Einsatzes von Telematik im Gesundheitswesen auf die Patient-Arzt-Beziehung müssen verstärkt wissenschaftlich untersucht werden.“

Die Ärzteschaft macht ihr Mitwirken in der gematik GmbH und an den Tests in den Regionen von der Beachtung der von ihr formulierten Prüfsteine und Positionen zum Einsatz der Telematik im Gesundheitswesen abhängig. Folgende Forderungen müssten bei der erforderlichen Neukonzeption des Projektes erfüllt werden:

- Medizinische Daten sind so zu schützen, dass auch gegebenenfalls erfolgende Änderungen der Zugriffsrechte unwirksam bleiben.
- Erprobung von Speichermedien in der Hand des Patienten wie auch anderer Alternativen zur Datenspeicherung auf zentralen Servern.
- Umfassende Evaluation und öffentliche Bereitstellung der Ergebnisse vor der flächendeckenden Einführung.
- Erstellung und Veröffentlichung eines Sicherheitsgutachtens durch unabhängige Experten vor der flächendeckenden Einführung.

### ● Auch Plädoyers für Telematik

Aus Kreisen der Krankenhausärzte, die schon länger mit elektronischer Kommunikation und Vernetzung befasst sind, kam ein grundsätzliches Plädoyer für den Umgang mit der Elektronik in der täglichen Arbeit und die Einführung neuer Anwendungen zum Wohle der Patienten und zur Verbesserung und Erleichterung der Arbeit. Sie hielten es für völlig illusorisch, dass das Gesundheitswesen sich als einziger gesellschaftlicher Bereich aus der Entwicklung von Telekommunikations-Verfahren ausklammern könnte. Dieser Prozess lasse sich nicht mehr rückgängig machen. Umso wichtiger sei es daher, die Fragen der Datensicherheit zu lösen. Im Einsatz einer sicherstmöglichen Kryptographie liege der beste und möglicherweise sogar einzige Schutz einer ungestörten dualen Patient-Arzt-Beziehung. Allein mit einem sicherstmöglichen Kryptographieschlüssel lasse sich erreichen, dass nur der individuelle Patient und der jeweilige Arzt gemeinsam einen

Zugriff auf Daten unabhängig von dem jeweiligen Speicherort nehmen können. Das gelte für USB-Sticks ebenso wie für die eGK. In diese Richtung zielten auch die Äußerungen der zum Deutschen Ärztetag eingeladenen Telematik-Experten. Der schleswig-holsteinische Datenschützer Weichert bemühte sich, ein weit verbreitetes Missverständnis aufzulösen. Medizinische Telematik und die Kontrolle des Gesundheitswesens durch Staat und Kassen hätten nur wenig miteinander zu tun. Die medizinische Telematik spiele sich im Verhältnis zwischen Patient und medizinischen Leistungserbringern ab. Die Kontrolle des Gesundheitswesens laufe



Die Mehrheit der Delegierten beim Deutschen Ärztetag lehnte die elektronische Gesundheitskarte ab. Einige Ärzte verdeutlichten ihre Haltung auch mit einer Demonstration vor dem Tagungsgebäude.

Bild: Johannes Aevermann