

## Editorial

Aus durchsichtigen Gründen geben Politik und Kassen gegenüber den Versicherten und Patienten weiterhin ein nahezu unbegrenztes Leistungsversprechen für die gesetzliche Krankenversicherung ab. Ähnlich wie beim Ausspruch des früheren Arbeitsministers Blüm „die Rente ist sicher“ wird auch hier die Öffentlichkeit getäuscht. Natürlich wird es vom Staat eine wie auch immer ausgestaltete (Grund?)-Rente geben; Das Entscheidende, die Höhe der Rente, wird jedoch immer geringer werden. Das Gleiche gilt auch für den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung.

Mit den Mitteln, die uns heute zur Verfügung stehen, werden wir den medizinischen Fortschritt, zumal in einer immer älter werdenden Gesellschaft, nicht mehr in den Kliniken und Praxen abbilden können. Für eine begrenzte Menge Geldes kann es auch nur eine begrenzte Menge an medizinisch notwendigen Leistungen geben. Deshalb wird der richtige Umgang mit der Mittelknappheit zu einer der wichtigsten Herausforderungen für unser Gesundheitswesen werden.

Wir werden priorisieren müssen! Unter Priorisierung versteht man in diesem Zusammenhang die ausdrückliche Feststellung einer Vorrangigkeit bestimmter Indikationen, Patienten oder Verfahren vor ande-

ren. Es entsteht eine mehrstufige Rangfolge für Patienten- und Krankheitsgruppen, für Versorgungsziele und -bereiche wie Akutmedizin, Rehabilitation oder Prävention, für medizinische Methoden.

Weder Rationierung noch Priorisierung dürfen heimlich erfolgen. Priorisierung unterscheidet sich insofern von Rationierung, als bei der Rationierung notwendige medizinische Maßnahmen aus Gründen der Mittelknappheit bewusst vorenthalten werden. Priorisierung hilft, die knappen Mittel nach gesellschaftlich konsentierten Kriterien möglichst gerecht zu verteilen.

In Deutschland werden nur noch 6,5% des BIP für die gesetzliche



Präsident  
Dr. med. Wolfgang Wesiack,  
Hamburg

Krankenversicherung ausgegeben, in Schweden aber ca. 9%. Und trotzdem haben sich die Schweden nach jahrelanger Diskussion für eine Priorisierung entschieden und z. B. vier Priorisierungsgruppen festgelegt. Was sich in Schweden, diesem einst vorbildlichen Wohlfahrtsstaat, als notwendig herausgestellt hat, sollte auch in Deutschland möglich sein.

Ein erster Schritt dazu wäre die Errichtung eines nationalen Gesundheitsrates, in dem Ärzte zusammen mit Ethikern, Juristen, Gesundheitsökonomern, Theologen, Sozialwissenschaftlern, Patientenvertretern und Vertretern von Pflegeeinrichtungen Empfehlungen für die Politik entwickeln, wie es zu einer gerechteren Verteilung der knappen Mittel kommen kann.

Der Berufsverband Deutscher Internisten, Ihr BDI e.V., unterstützt die Einrichtung eines nationalen Gesundheitsrates. Wir wollen helfen, vernünftige Entscheidungen vorzubereiten. Unterstützen Sie uns dabei!  
*Ihr*

Dr. med. Wolfgang Wesiack  
Präsident

Ärztetag wehrt sich gegen staatliche Eingriff (Forts. von S.1)

## Arztberuf muss freier Beruf bleiben

### ● Ideologie der Staatsmedizin

Der Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, Prof. Christoph Fuchs, wandte sich entschieden gegen Versuche der Politik, die Freiberuflichkeit der Ärzte weiter einzuschränken. Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt warf er vor, einer Ideologie der Staatsmedizin anzuhängen. Die Freiberuflichkeit störe die Ministerin auf dem Weg in eine staatlich gelenkte Medizin. „Ihre Ideologie ist geprägt von der Vorstellung, nur der angestellte und für sie weisungsabhängige Arzt ist ein guter Arzt. Dabei geht sie aus von einem Arzt, der als Erfüllungsgehilfe Listenmedizin betreibt – und dies allein unter dem Aspekt der Finanzierbarkeit.“ Ein Arzt müsse frei entscheiden können, welche Therapie im individuellen Fall die bessere sei. Dies möge politisch unbequem sein, sei jedoch für den Patienten die Garantie für eine Behandlung, die seinen Bedürfnissen entspreche. In der Bundesärzteordnung sowie in der Muster-Berufsordnung der deutschen Ärzteschaft wird ausdrücklich festgestellt: Der Arztberuf ist keine Gewerbe, er ist seiner Natur nach ein freier Beruf. Fuchs machte auf den Irrtum aufmerksam, zu glauben, nur der freiberuflich niedergelassene Arzt in einer Praxis übe den freien Beruf des Arztes aus. Es komme nicht auf die soziologische Einordnung von Ärzten als Angestellte, als Beamte oder als freiberuflich Tätige an. Auch Ärzte als Sanitätsoffizier seien in einem freien Beruf tätig, ebenso wie die anstellten Ärzte in medizinischen Versorgungszentren, selbst wenn diese von Kapitalgesellschaften betrieben werden.

### ● Unabhängig von Weisungen Dritter

Das Spezifische des Arztberufes als freier Beruf ist die Weisungsunabhängig-

keit von nichtärztlichen Dritten in fachlichen und medizinischen Fragen. Diese professionelle Autonomie dient einzig und allein dem Interesse der Patienten. Leider sieht die Realität derzeit trübe aus, beklagte Fuchs. Die Diskreditierungen und Trivialisierungen ärztlicher Tätigkeit seien unerträglich geworden. Die zunehmende Zentralisierung und Verstaatlichung des Gesundheitswesens wie auch die rückhaltlose Einführung marktwirtschaftlicher Elemente in das Gesundheitssystem trügen ein Übriges dazu bei.

Dass angesichts dieser Bedingungen junge Kollegen nach Abschluss ihres Studiums ihr Glück im Ausland oder in anderen Berufszweigen suchten, sei durchaus nachvollziehbar, aber weder aus Sicht der Ärzteschaft noch der Gesellschaft eine akzeptable Lösung. Allein der Arztberuf als freier Beruf könne in einem System zunehmender Rationierung und Bürokratisierung die Therapiefreiheit im ärztlichen Alltag bewahren und die Patienten vor staatsmedizinischen Zwangsentscheidungen schützen.

### ● Das Vertrauen zählt

Gastredner Prof. Christoph Hommerich von der Fachhochschule für öffentliche Verwaltung Nordrhein-Westfalen verwies auf die umfassende Verantwortung, die der Arzt übernehme. Er müsse unabhängig von Fremdinteressen bleiben, wer immer sie artikuliere, sagte er auf dem Ärztetag. „Die fachliche Unabhängigkeit der Ärzte, ihre konsequente Bindung an eine differenziert begründete Berufsmoral ist eine zentrale Voraussetzung dafür, dass wir dem Gesundheitssystem vertrauen.“ Freiberuflichkeit manifestiert sich nach seinen Worten in der freien Entschei-

dung, Verantwortung zu übernehmen und verantwortlich zu handeln. Verantwortlichkeit bezieht sich immer auf Personen, bei Ärzten darauf, dass sie nicht nur Wissen anwenden, sondern fähig und bereit sind, sich auf andere Menschen einzulassen, also täglich Empathie zu entwickeln und das richtige Verhältnis von Nähe und Distanz gegenüber dem Patienten auszutarieren.

### ● Bedrohte Autonomie der Ärzte

Für eine Neubestimmung von Freiberuflichkeit stellten sich andere Fragen als die der Befreiung der Freiberufler von der Gewerbesteuer. Vielmehr müsse gefragt werden, welche Probleme sich im Zusammenhang mit der Autonomie der Ärzte stellen, wodurch Autonomie bedroht ist und wie sie gesichert werden kann.

Autonomie sei zunächst einmal eine Frage innerer Haltung und gelebter Berufsmoral. Autonomie der Ärzteschaft als Professionsgemeinschaft sei eine Frage ihrer Fähigkeit zur Verständigung auf gemeinsame Werte, eine gemeinsame Berufsmoral, der man sich freiwillig mit allen Konsequenzen unterwirft. Die Zeichen der Zeit stünden hier jedoch nicht gut. Die zunehmende Heterogenität der Ärzteschaft begünstige eher ihr Auseinanderdriften. Die Spezialisierung und die Bildung von immer kleineren Fachgemeinschaften innerhalb der Ärzteschaft führe zu unterschiedlichen Interessen und begünstige letztlich die Zentrifugalkräfte innerhalb der Ärzteschaft. Nicht nur die Politik, sondern auch Vertragspartner der Ärzte erkennen ihre Chance, eigenen Einfluss zu stärken und die Ärzteschaft in Segmente zu zerlegen und damit zugleich die Risiken einzelner Ärzte oder Gruppen von Ärzten zu erhöhen. Autonomieverlust der Ärzte werde die eine Folge sein, Machtverlust die absehbare andere.

Autonomes Handeln im Interesse von Patienten sei dann nicht zu erwarten, wenn immer mehr Ärzte in wirtschaft-

liche Abhängigkeit geraten und auch dann, wenn sie ihre wirtschaftlichen Risiken nicht absehbare können. „Niemand kann den Ärzten oder auch anderen Professionen dauerhaft Altruismus abverlangen.“ Schon deswegen müssten sinnvolle Lösungen hinsichtlich angemessener Honorierung der Ärzte gefunden werden.

Auch durch Qualitätsmanagement oder das, was man dafür hält, könnte die Autonomie der Ärzte eingeschränkt werden, erklärte Hommerich. Vor allem Qualitätssicherungssysteme, die zu extensiven bürokratischen Dokumentationspflichten führen, verbrauchten Kapazitäten, die den Ärzten an anderer Stelle fehlten. Das sei nicht nur ein Problem der Ärzte. Ganze Hochschulen drehten sich in der Zwischenzeit im permanenten Evaluationskarussell, ohne dass verbürgte Qualitätssteigerungen sichtbar geworden wären.

Hommerich verwies auf die Gefahr, dass die Professionsgemeinschaft, die das Gesundheitswesen täglich verantwortete, im politischen Spiel der Kräfte immer mehr ins Hintertreffen gerät. Hier helfe kein Lamento, sondern nur eine aktive Überzeugungsleistung der Ärzteschaft gegenüber allen gesellschaftlichen Kräften. Die Ärzteschaft müsse wieder die Themenführerschaft gewinnen. Dies könne sie nur mit überzeugenden Konzepten für die Zukunftsorganisation eines Gesundheitswesens, das vor allem die wohlverstandenen Interessen der Patienten im Auge haben sollte. Die fachliche Unabhängigkeit der Ärzte, ihre konsequente Bindung an eine differenziert begründete Berufsmoral, sei eine zentrale Voraussetzung dafür, dass wir dem Gesundheitssystem vertrauen.

### ● Ein Politikwechsel ist erforderlich

Die einzige Einschränkung, die die Freiberuflichkeit des Arztes erfahren dürfe, sei eine Selbsteinschränkung durch die Verantwortung, die ein Arzt für seine Patienten übernehme, erklärten die Delegierten in einer Resolution. Freiheit und Verantwortung würden das Funda-

ment für das Vertrauensverhältnis sowohl zwischen Arzt und Patient als auch zwischen Ärzteschaft und Gesellschaft bilden. Freiberuflich tätige Ärzte stünden für Innovation, Stabilität und Wettbewerb in sozialer Verantwortung. Zudem seien die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern als Einrichtungen der Selbstverwaltung zugleich Ausdruck der Freiberuflichkeit und das Instrument zu deren Sicherung. Der Vorrang der ärztlichen Selbstverwaltung vor staatlichen Reglementierungen sei jedoch nachhaltig in Frage gestellt.

Um eine gute ärztliche Versorgung in Deutschland zu ermöglichen, forderte der Deutsche Ärztetag Politik und Regierung auf, die Unabhängigkeit des Arztes in seiner Berufsausübung und damit gleichzeitig das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient zu sichern und zu schützen. Überflüssige Kosten- und Qualitätskontrollen sowie ausufernde Bürokratie müssten abgebaut werden. Die Regierung müsse sich von einer staatsmedizinischen Ausrichtung verabschieden. Im Interesse der nachrückenden Ärztegeneration sei ein Politikwechsel nötig.

KS

### Wehren müssen wir uns,

- wenn Klinikträger oder Krankenkassen versuchen, die Therapiefreiheit und die Verantwortung der Ärzte zu beschneiden,
- wenn das Patienten-Arzt-Verhältnis durch Misstrauenskultur unterminiert wird,
- wenn bürokratiebedingte ärztliche Arbeitsanteile zunehmen und
- wenn Ärzte zu Diagnosen bewegt werden sollen, die der Wahrheit nicht entsprechen.

Prof. Christian Fuchs vor dem 112. Deutschen Ärztetag in Mainz

Deutscher Ärztetag diskutiert über Patientenrechte (Fortsetzung von Seite 1)

## Politik verschleiert die Rationierung

### ● Nur noch kleine Spielräume

Seit den frühen 90er Jahren, so Hoppe, hat sich ein fundamentaler Wandel vollzogen, den die allgemeine Öffentlichkeit kaum zur Kenntnis genommen hat. Während in früheren Zeiten der Staat im Wesentlichen Daseinsvorsorge getroffen hat, sich aber aus Diagnostik- und Therapie-Entscheidungen herausgehalten hat, so verläuft die Entwicklung jetzt gegenläufig. Die in der medizinischen Wissenschaft entwickelten Methoden, neues Wissen möglichst korrekt und rasch für alle Ärzte in der Patientenversorgung verfügbar zu machen, also die Verwendung evidenzbasierter Leitlinien, sogenannte klinische Behandlungspfade und andere Formen der Standardisierung, werden jetzt politisch missbraucht, um im Wesentlichen unter Kostengesichtspunkten formulierte gesetzliche und untergesetzliche Vorschriften zu erlassen, die der individuellen Patient-

Arzt-Beziehung nur noch kleine Spielräume übrig lassen.

Hoppe spricht von Listenmedizin. So bedeuten diagnosebezogene Fallpauschalen nicht etwa nur eine bestimmte Geldmenge, sondern auch ein Leistungspaket, das vom Leistungserbringer zu liefern ist. Disease-Management-Programme enthalten ebenfalls Vorschriften, welche Leistungen von Patienten und Arzt zu erbringen sind. Seit Jahren schon ist die sogenannte Mesoebene, also die ehemalige gestaltende, heute Aufträge erledigende Selbstverwaltung, damit beschäftigt, Nutzenbewertungen von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zu ermitteln. Seit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz ist diese Aufgabe nun ausgeweitet. Jetzt müssen Kosten-Nutzen-Bewertungen beschlossen werden, welche für die diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen von Ärzten eingreifende Bedeutung haben und dazu bei-

tragen, diesen Beruf zu deprofessionalisieren.

### ● Die Geldmenge entscheidet

Der BÄK-Präsident zitierte den Gesundheitsökonom Prof. Jürgen Wasem, der gesagt hat: „Grundsätzlich ist eine Kosten-Nutzen-Bewertung immer ein Instrument zur Rationierung, sonst würde man nur den Nutzen bestimmen. Setzt man Kosten gegen den Nutzen, so ist bereits dies ein Beleg für die Begrenztheit der einsetzbaren finanziellen Mittel.“ Wir haben längst das Stadium erreicht, betonte Hoppe, dass Kosten-Nutzen-Entscheidungen im Wesentlichen nach dem Finanzierbaren, also nach den zur Verfügung stehenden Ressourcen gefällt werden, sodass sich auch das für den individuellen Patienten Notwendige nach der zur Verfügung stehenden Geldmenge richten muss.

Der Jurist Prof. Christian Katzenmeier vom Institut für Medizinrecht der Universität zu Köln erklärte auf dem Ärztetag: „Es lässt sich nicht mehr leugnen, dass letzten Endes Rationierungen unumgänglich sind, wobei diese ethisch stets bedenklich bleiben, da sie immer einen Verzicht auf effektive Leistungen bedeuten.“ Der Gesetzgeber habe dies bislang nicht eingestanden. Für ihn sei die Budgetierung ein eleganteres Mittel zur Kostendämpfung, denn sie lasse die Leistungsansprüche des Patienten unberührt. Den Konflikt haben die Leistungserbringer auszutragen und auszuhalten.

Letztlich, meinte Katzenmeier, werde es dem Staat nicht erspart bleiben, Regeln für den Umgang mit der Knappheit aufzustellen. „Sparen auf einer höheren Ebene ist notwendig, da dem Arzt sonst die Rolle eines Funktionärs austeilender Gerechtigkeit droht, die den besonderen Charakter seines Dienstes grundlegend verändert, zu deutlich mehr Rechtsstreitigkeiten führt und zu weiteren Reglementierungen des klinischen Alltags von außen.“ Katzenmeier gehört zu einer Gruppe von 17 Wissenschaftlern aus sechs Disziplinen von zwölf Universitäten, die sich im Mai 2007 zu einer Forschungsgruppe „FOR655“ zusammengeschlossen haben. Sie befassen sich im Auftrag der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) mit dem Thema „Priorisierung in der Medizin: Eine theoretische und empirische Analyse unter besonderer Berücksichtigung der Gesetzlichen Krankenversicherung“. Das mit 1,58 Millionen Euro ausgestattete Projekt ist auf zunächst drei Jahre angelegt. Dabei geht es um Fragen wie: Muss die Ausweitung medizinischer Interventionsmöglichkeiten zunehmend Verzicht auf mögliche Eingriffe und Behandlungen nach sich ziehen, da

niemals alles, was medizinisch möglich ist, auch gesellschaftlich finanziert werden kann? Wenn ja, sollen z. B. Kinder grundsätzlich Älteren gegenüber bevorzugt werden? Ist Prävention wichtiger als Versorgung? Soll die Allgemeinheit Luxustherapien für wenige Patienten mittragen?

Solche und ähnliche Fragen werden heute von ärztlichen und politischen Entscheidungsträgern weitgehend pragmatisch und ad hoc entschieden, sozusagen mit versteckter Priorisierung. Es fehlen klare Konzepte und Verfahren zur systematischen Informationsgewinnung und Informationsverarbeitung. Doch erst diese führen zu transparenten und damit nachvollziehbaren Entscheidungen.

Rationierung wird zunehmen, stellte BÄK-Präsident Hoppe in Mainz fest. Auch der durch die politische Förderung von Selektivverträgen im GKV-System in Kauf genommene Verlust an flächendeckender ambulanter Versorgung sei eine Rationierungsfalle. Hinzu kommen die neueren Instrumente des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes wie z.B. Rabattverträge über Arzneimittel mit rechtlichen Anreizen zur Verordnung der rabattierten Arzneimittel oder die neu eingeführte Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln mit der Möglichkeit des Ausschlusses auch neu eingeführter Arzneimittel aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung oder die Möglichkeit von Wahltarifen der gesetzlichen Krankenkassen oder der Basistarif in der privaten Krankenversicherung. All das schränkt die Deckungszusagen des Gesundheitssicherungssystems ein.

Der Jurist Katzenmeier sieht den Arzt zunehmend auch in eine gesellschaftliche Verantwortung genommen. Ein diagnostischer oder therapeutischer Aufwand jenseits der Grenzen wirtschaftlicher Rationalität lasse sich bereits mit Rücksicht auf die Solidargemeinschaft der Versicherten nicht rechtfertigen. Bei der Begrenztheit der Mittel führt hoher Aufwand an der einen Stelle oft zwangsläufig zu Engpässen oder Mängeln bei der Versorgung anderer Patienten.

### ● Zielkonflikt für Ärzte

Der bestehende Zielkonflikt zwischen humanitärer Ausrichtung, medizinischer Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit des Versorgungssystems verschärft sich weiter. Das hat laut Katzenmeier auch haftungsrechtliche Konsequenzen. Das Wirtschaftsgebot kann den Arzt vor die Frage stellen, ob er die vertraglich wie

haftpflichtrechtlich begründete höchstmögliche Sorgfalt und beste Vorkehrungen mit ihrem erhöhten Aufwand anwenden darf und soll. Zwischen dem Haftpflicht- und dem Sozialversicherungsrecht besteht ein Spannungsverhältnis, angelegt in den Begriffen der „erforderlichen“ Sorgfalt des § 276 Abs. 2 BGB und der „ausreichenden“ Versorgung in § 12 Abs. 1 SGB V. Wenn sich das Haftpflichtrecht weiterhin an dem medizinisch Machbaren orientiere und damit tendenziell das Optimale fordere, während nach Sozialversicherungsrecht Leistungen nicht erbracht werden dürfen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, dann drohe die Gefahr eines Auseinanderdriftens beider Teilrechtsgebiete.

Bundesgerichtshof und Bundesverfassungsgericht haben die Frage der Kosten in ihrer Rechtsprechung bislang nicht angesprochen. Im juristischen Schrifttum, etwa in den Schriften des Arztrechters Adolf Laufs und des ehemaligen Vorsitzenden des VI. Zivilsenats des BGH, Erich Steffen, finden sich allerdings erste Ansätze.

Katzenmeier sieht die Rechtsprechung in der Pflicht, auf den wachsenden Kostendruck durch eine Relativierung der Standards und Modifikation bestehender hoher oder höchster Sorgfaltsanforderungen zu reagieren. Andererseits habe das Arzthafnungsrecht immer auch eine Schutzfunktion gegenüber allzu rigiden Einschnitten in der Ausstattung der Gesundheitseinrichtungen. Ansätze zur Auflösung des Spannungsverhältnisses zwischen Sorgfalts- und Wirtschaftlichkeitsgebot können laut Katzenmeier sein: eine standardbezogene Harmonisierung, eine informationspflichtbezogene Harmonisierung oder eine Harmonisierung durch Leitlinien, die eine Qualitätssicherungsfunktion medizinischer Behandlungen haben. Welcher Ansatz am ehestens zielführend sei, könne noch nicht zuverlässig prognostiziert werden.

Vor dem Hintergrund wirtschaftlicher Beschränkungen könne die Sicherstellung der medizinischen Versorgung nicht mehr allein Aufgabe der Leistungserbringer sein, sondern immer mehr eine Herausforderung an die Entscheidungsträger im Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik. In Deutschland war eine Diskussion über objektive und allgemeine Verfahren der Rationierung und der Priorisierung medizinischer Leistungen lange Zeit tabu. Der Deutsche Ärztetag hat die Diskussion nun eröffnet.

KS

### Elektronischen Gesundheitskarte

## Ärztetag für weitere ergebnisoffene Tests

„Der Deutsche Ärztetag hat sich für die Fortführung einer konstruktiv-kritischen Arbeit an der elektronischen Gesundheitskarte ausgesprochen. Unser Ziel bleibt es, die von Deutschen Ärztetagen gestellten Forderungen der elektronischen Gesundheitskarte weiter zu konkretisieren und gegenüber der Gematik mit Nachdruck zu vertreten“, sagte Dr. Franz-Joseph Bartmann, Telematikbeauftragter der Bundesärztekammer, zur Entscheidung des 112. Deutschen Ärztetages in Mainz.

Wie in den vergangenen Jahren zeigte sich eine Mehrheit der Delegierten nicht davon überzeugt, dass es sich bei der derzeitigen Konzeption der elektronischen Gesundheitskarte um eine zukunftsfähige Lösung handelt. Zugleich sprachen sich die Delegierten des Ärztetages mit großer Mehrheit für eine sorgfältige Erprobung der elektronischen Gesundheitskarte aus. „Der 112. Deutsche Ärztetag fordert die ernsthafte und ergebnisoffene Testung der eGK und der Telematikinfrastruktur im Rahmen eines 100000er-Feldtests, der nicht Bestandteil des Online-Rollouts sein darf“, heißt es in einem Beschluss der Delegierten.

### ● Zweistufiger Test

Der Ärztetag fordert einen zweistufigen Testansatz für das weitere Vorgehen im eGK-Projekt. Tests der neuen eGK mit den dazu gehörigen Komponenten (Lesegeräten etc.) sollen im Rahmen von Kreuztests stattfinden. Zeigt dieser Test positive Ergebnisse, sind die Voraussetzungen geschaffen, dass die Ausgabe von eGK-fähigen Lesegeräten im Rahmen des Basis-Rollouts fortgesetzt werden kann. „Diese Verzögerung ist in Kauf zu nehmen; sorgt sie nicht zuletzt für erhöhte Akzeptanz der Ärzteschaft gegenüber dem Basis-Rollout. Wenn der Ausstattungsgrad neuer Lesegeräte von 95% erreicht ist, sind die Voraussetzungen erfüllt, damit die gesetzlichen Krankenkassen elektronische Gesundheitskarten an ihre Versicherten ausgeben können. Jede Anwendung (z. B. Update der Versichertenstammdaten, Füllen der Notfalldaten auf der eGK, Einführung des elektronischen Rezepts etc.) wird in einer wirklichen Testumgebung – 100000er Tests – ausführlich getestet“, so der Beschluss der Delegierten.

KS

### BDI-Ehrenmitglied verstorben

Unser Ehrenmitglied, Dr. med. **Bruno Walther**, ist am 25. Mai 2009 verstorben. Der Berufsverband Deutscher Internisten e.V. wird Dr. Walther ein ehrendes Gedenken bewahren.

### Behandlungsvertrag ausreichend

Der 112. Deutsche Ärztetag hat sich gegen ein gesondertes Patientenrechtsgesetz ausgesprochen. Die individuellen Patientenrechte seien im Behandlungsvertrag ausreichend gesichert. Statt eines neuen Gesetzes fordert die Ärzteschaft die Sicherung grundlegende Patientenrechte in der Gesundheits- und Sozialgesetzgebung. Patientenrechte seien nicht durch die Ärzteschaft gefährdet, sondern durch die staatliche Gesundheitspolitik für die gesetzliche Krankenversicherung. „Rationierung gefährdet Patientenrechte. Rationierung als implizites Vorenthalten von Versorgungsnotwendigkeiten und -chancen ist aber inzwischen Teil der Versorgungswirklichkeit; dies muss die Politik transparent machen“, heißt es in dem Beschluss des Ärztetages.

KS

## Kriegserklärung der AOK an die KV-Bayern

# Chaos in Bayern

Die AOK Bayern hat mit dem dortigen Hausarztverband den bekannt umstrittenen Vertrag zur hausärztlichen Versorgung nach § 73 b abgeschlossen. Solche Verträge ziehen eine Bereinigung der Gesamtvergütung der KV-Bayern nach sich, da eine Kasse für die gleichen Leistungen natürlich nicht zweimal zahlen will.

Bereinigungen sind aber technisch in der Regel sehr schwierig umzusetzen, insbesondere wenn die Systematik der Vergütung im Vertrag nicht der üblichen KV-Vergütung entspricht. Dies ist so in Bayern der Fall. Dennoch müssen sich Kassen und KV einigen. Die Bemühungen auf Bundesebene, zu einer systematischen Lösung bei der Bereinigung zu kommen, sind bisher schon im Ansatz gescheitert, sodass ein vertragsloser

Zustand herrscht. Ohne Rücksicht auf Verluste hat die AOK Bayern die Abschlagszahlungen an die KV um genau die 40 Millionen Euro gekürzt, die sie wohl zur Finanzierung ihres großzügig gestalteten 73 b-Vertrages benötigt.

● **KV Bayern muss sich gegen die AOK wehren**

Damit geht der Hausarztvertrag voll zu Lasten der übrigen bayerischen

Vertragsärzte, die sich an diesem 73 b-Konstrukt nicht beteiligen wollen oder können.

Wenn die AOK mit diesem Thema redlich umgehen würde, dürfte sie nur so viel bereinigen, wie die KV früher bezahlt hat. Für ihre Mehrkosten, die sie durch den Vertrag mit Hoppenthaller ausgelöst hat, sollte sie alleine aufkommen. Dies darf nicht zu Lasten der übrigen Ärzte gehen.

Die KV Bayern muss sich mit allen Mitteln gegen das Vorgehen der AOK wehren, das unter keinen Umständen Schule machen darf.

Die AOK Bayern hat mit ihrem Vorgehen die Partnerschaft in der Selbstverwaltung aufgekündigt. Die Vertragsärzte in Bayern sollten aus dieser Kriegserklärung die notwendigen Konsequenzen ziehen.

HFS

## Die neueste Delphi-Studie (Fortsetzung von Seite 1)

# Drei Zukunftsszenarien für unser Gesundheitswesen

Für die Teilnehmer am Gesundheitswesen ergeben sich daraus handfeste Konsequenzen: Der Patient gibt seine freie Arztwahl auf und schreibt sich in einem Primärversorgungszentrum ein. Er kann den Facharzt im Rahmen des Systems nur noch auf Überweisung aufsuchen. Das gleiche gilt für Krankenhäuser. Je nach Finanzausstattung sind die Primärversorger gezwungen, mit den Leistungen extrem sparsam umzugehen, zumal sie auch die Verantwortung für die Kosten der veranlassten Leistungen voll übernommen haben. Genaugenommen handelt es sich um eine Art Kassenärztliche Vereinigung mit voller Budgetverantwortung im Kleinen. Bei knappen Ressourcen ist eine massive Rationierung zu befürchten. Die Ärzte in den Primärversorgungszentren werden versuchen müssen, ihren Versicherten die wirtschaftlichen Zwänge medizinisch zu begründen. Die übrigen Teilnehmer am Gesundheitswesen hängen am Tropf dieser Versorgungszentren, da sie nur noch auf Überweisung arbeiten dürfen. Getoppt wird das Modell noch dadurch, dass man bei einem wirtschaftlichen Erfolg Bonuszahlungen an die Versicherten ausschütten kann.

● **Szenario B: Grundleistungsversorgung**

Gänzlich anders funktioniert das angedachte Szenario B. Hier geht man von einer Versicherungspflicht des Bürgers in der Bundesrepublik Deutschland aus und bietet einen Grundleistungskatalog an. Das Ganze wird über einen Gemeinschaftstarif versichert. Die Beiträge sind wie bei der Bürgerversicherung einkommensabhängig gestaltet. Im Gegensatz zum Szenario A wird der Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern einerseits und den Krankenkassen andererseits bei dem Gemeinschaftstarif auf ein Minimum reduziert, da es sich um eine flächendeckende Grundversorgung handelt. Wegen des fehlenden Wettbewerbs sind zusätzliche Qualitätssicherungsmaßnahmen notwendig. Über den Grundleistungskatalog hinaus können sich die Versicherten weitere Leistungen hinzukaufen. Dieser Individualversicherungsbereich soll nicht reguliert werden. Dieses Modell ähnelt durchaus dem Ansatz, den auch die Wirtschaftsweisen in ihrem Gutachten publiziert haben. Die Delphi-Studie setzt sich aber konsequenter mit dem Kernproblem auseinander, nämlich der Definition einer Grundleistungsversorgung. Bereits jetzt entsteht vereinzelt der Eindruck, dass zumindest im ambulanten Bereich der Gemeinsame Bundesausschuss zu einer Art Grundleistungsdefinition kommt, indem er – wenn überhaupt nur sehr zögerlich – Innovationen in den Leistungskatalog

übernimmt. Bei der Delphi-Studie geht das Szenario B davon aus, dass es effektive Kosten- und Nutzenanalysen im Gemeinsamen Bundesausschuss gibt. Die Gesellschaft kann dann entscheiden, ob sie eine bestimmte Leistung für einen bestimmten Betrag im Rahmen des gemeinsamen Tarifes finanzieren will. Dieser Ansatz ist ökonomisch durchaus nachvollziehbar, in der Praxis aber deshalb nicht ungefährlich, weil eine Gesellschaft in der Lage sein muss, bestimmte, sehr teure Leistungen durch gemeinsamen Beschluss einer Anzahl von Kranken vorzuenthalten. Nach heutigen Gesichtspunkten ist das deutsche Gesundheitswesen mit seinen Versicherten dazu nicht in der Lage. Auch ist mit erheblichen methodischen Schwierigkeiten zu rechnen, wenn Kosten und Nutzen aufeinander abgestimmt werden sollen. Dies hängt alleine damit zusammen, dass die medizinischen Ziele bei verschiedenen Behandlungsverfahren sehr unterschiedlich definiert sind und kaum verglichen werden können. Bei einer Methode geht es um die Verbesserung der Prognose einer Erkrankung, bei einer anderen nur um eine Steigerung der Lebensqualität. Dies aufeinander abgestimmt zu definieren ist eine extrem schwierige Aufgabe. Man kommt schnell in die Gefahr, hier Äpfel mit Birnen zu vergleichen.

● **Szenario C: Liberalisierung**

Das Szenario C geht von einer vollständigen Liberalisierung des Gesundheitswesens aus. Es bedeutet das Ende der solidarischen Krankenversicherung. Der Versicherungsanspruch ergibt sich alleine aus dem Zusammenspiel von der Nachfrage der Versicherten und den Angeboten der Versicherungsunternehmen. Die soziale Komponente eines so liberalisierten Gesundheitswesens würde durch den Zwang zu Pauschalprämien einerseits, aber auch durch Prämien-subsidien aus Steuermitteln für sozial Bedürftige kompensiert werden. In einem solchen System besteht natürlich die extreme Gefahr eine Risikoselektion, wie wir sie vor Einführung des Risikostrukturausgleiches erlebt haben. Die Jagd nach Jungen und Gesunden wäre eröffnet. Insofern glaubt man in der Delphi-Studie nicht an eine vollständige Liberalisierung, sondern sieht Finanzierungsausgleiche durch den Risikostrukturausgleich vor. Im Prinzip ähnelt das System den amerikanischen Verhältnissen, da es in einer Art von Managed-Care-Verträgen teilweise über Arbeitgeber und Leistungs- und Versicherungskonzerne mündet. Eine Definition des Leistungskataloges über staatliche Institutionen wie den Gemeinsamen Bundesausschuss oder das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im

## Honorarreform

# Neues aus dem Erweiterten Bewertungsausschuss

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat nach Einführung der Vergütungsreform zum 1. Januar 2009 erkannt, dass die Diskrepanz zwischen dem kalkulatorischen Punktwert von 5,11 Cent und dem bundesweiten Punktwert von 3,5 Cent nicht auf Dauer durchgehalten werden kann, ohne dass ihre Zwangsmitglieder versuchen von der Fahne zu gehen. Es wird damit ein Defizit vorprogrammiert, das insbesondere hochinvestive Praxen nicht aushalten werden. Zumindest geschieht permanent eine Subvention der Kosten über den Arztlohn, der umso mehr zusammenschmilzt, je höher der Kostenanteil ist.

Diesem Argument kann man sich prinzipiell nicht verschließen. Die KBV hat deshalb den Antrag gestellt, die 3,5 Cent noch im laufenden Jahr auf den kalkulatorischen Punktwert von 5,11 Cent zu erhöhen. Das Institut des Bewertungsausschusses hat danach ausgerechnet, dass damit ein Mehrbedarf von über 10 Mrd. Euro anfallen würde.

● **Überarbeitung des EBM bis 2010?**

Eine Einigung zwischen Krankenkassen und Kassenärztlicher Vereinigung war nicht möglich. Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat danach folgenden Beschluss gefasst: Zunächst geht es um die sogenannten Bestandsleistungen, d. h. die Leistungen, die bereits jetzt im EBM verankert sind und die mit 5,11 Cent kalkuliert wurden und mit 3,5 Cent bezahlt werden. Die Krankenkassen haben die Kalkulationsbasis dieser Leistungen nicht anerkannt und waren vor allem im laufenden Jahr nicht bereit, eine Erhöhung auf 5,11 Cent zu akzeptieren. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat aber durchgesetzt, dass ab 2010 die Vergütung auf kalkulatorischer Basis stattzufinden hat. Gleichzeitig haben die Krankenkassen aber die Kalkulationen im derzeitigen EBM offensichtlich nicht akzeptiert und das Institut

des Bewertungsausschusses beauftragt, hier eine Überarbeitung vorzunehmen. Im Klartext: Das Institut muss bis zum 31. Mai 2010 die Kalkulationen kontrollieren und ggf. neu vornehmen. Wer die Entstehung des EBM kennt, weiß, dass dies in diesem Zeitraum einvernehmlich nicht stattfinden kann.

● **Prinzip der Kostendeckung**

Der zweite Beschluss betrifft die neu in den EBM aufzunehmende Leistungen. Hier waren die Krankenkassen davon ausgegangen, dass nicht 5,11 Cent oder der kalkulatorische Punktwert in Anrechnung gebracht werden, sondern dass es sich um den errechneten Punktwert von 3,5 Cent handelt, sodass von Anfang an eine Abwertung von über 30 % mit dem

Tag der Einführung der Leistung vorprogrammiert war. Der Erweiterte Bewertungsausschuss mit seinem Schiedsamtvorsitzenden hat hier beschlossen, dass die kalkulatorische Basis für neu aufzunehmende Leistungen in Anrechnung gebracht wird. Man geht somit von 5,11 Cent aus. Aber auch hier kann im Einzelfall eine Anpassung der Leistungsbewertung vorgenommen werden. Dennoch hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung über den Erweiterten Bewertungsausschuss durchgesetzt, dass das Prinzip der Kostendeckung eingeführt wird. Dabei wurde wohl auch Wert darauf gelegt, dass die seither üblichen Quersubventionierungen der ärztlichen und der technischen Leistung nicht mehr stattfindet und diese Kostendeckung somit für die Einzelteile der Kalkulation zu gelten hat.

Diese Beschlüsse sind ein positiver Schritt in Richtung Kalkulationspunktwerk für die Berechnung der ärztlichen Leistungen. Schwierig wird es mit der Umsetzung, denn nach dem Beschluss wird das Paket EBM und seine Kalkulation wohl wieder neu aufgeschnürt.

HFS



Gesundheitswesen (IQWiG) wäre unter diesen Bedingungen überflüssig.

● **Mehrklassenversorgung unumgänglich**

Betrachtet man die drei Szenarien, so findet man bereits früher diskutierte Strukturen eines Gesundheitswesens wieder. Die Delphi-Studie hat sich aber die Mühe gemacht, die drei Szenarien, die den zurzeit auch sonst diskutierten Prototypen entsprechen, detailliert darzustellen. Es handelt sich um ein klassisches Primärarztmodell mit voller Budgetverantwortung auf dieser Versorgungsebene zum anderen, um einen definierten Grundleistungskatalog mit Zusatzversicherungen zu ändern sowie um ein völlig liberalisiertes Gesundheitswesen, in dem über die verschiedenen Versicherungen und über Managed-Care-Systeme Leistungen angeboten werden. Interessant ist die Frage, was sich im Vergleich zu unserem derzeitigen System ändern würde. Allen drei Szenarien ist gemeinsam, dass eine duale Krankenversicherung mit GKV und PKV nicht mehr vorgesehen ist. Die Krankenversicherungen sind gleichgeschaltet und haben identische Aufgaben oder stehen im Wettbewerb über Beiträge und Inhalt. Platz für eine gesonderte private Krankenversicherung heutigen Zuschnitts ist in keinem der drei Modelle vorhanden. Das im deutschen Gesundheitswesen immer wieder beschworene Gleichheitsprinzip aller Versicherten ist ebenfalls in allen drei Modellen nicht mehr durchzuhalten. Offensichtlich ist den Verfassern der Delphi-Studie klar geworden, dass mit den zu erwartenden wirtschaftlichen Mitteln und der Überalterung der Bevölkerung eine Mehrklassenversorgung unumgänglich wird. Am meisten versucht man es mit dem Szenario A zu unterlaufen, indem man eine klassisch primärärztliche Versorgung mit Budgetverantwortung einführt. Die Gefahr eines solchen aufgrund der finanziellen Zwänge mit Sicherheit sehr restriktiven Systems wird aber eine Schattenwirtschaft bezüglich der Finanzierung und des Leistungskataloges sein, wie wir sie in sämtlichen staatlichen Gesundheitswesen beobachten können. Wer genügend Geld hat, kann sich außerhalb des Systems die notwendigen Leistungen besorgen. Typische Beispiele sind das Gesundheitswesen in England und neuerdings auch in Schweden, wo restriktive Vorgaben bezüglich des Leistungskataloges eingeführt worden sind. Offen mit dem Thema Mehrklassenmedizin geht man in dem Szenario B um. Hier unterzieht man sich der zugegebenermaßen sehr aufwendigen Mühe, über eine Kosten-Nutzen-Analyse einen vernünftigen Grundleistungskatalog zu definieren, der durch die Versicherungspflicht eine Basisversorgung der Bevölkerung ermöglicht. Darüber hinaus wird der Markt aber liberalisiert. Leistungen, die dort nicht definiert sind, können zusätzlich versichert werden. Man darf davon ausgehen, dass gerade bei dieser Frage der Geldbeutel eine entscheidende Rolle spielen wird. Zusatzleistungen werden mit zusätzlichem Geld erst ermöglicht. Damit gibt es auch beim Szenario B die Mehrklassenmedizin. Im Szenario C ist die Mehrklassenmedizin alleine durch die liberalisierte Versorgung angelegt. Sie ist sozusagen Prinzip geworden, weil Versicherer und Versicherte sich ihren Leistungskatalog weitgehend selbst gestalten können. Körperschaften des öffentlichen Rechtes wird es nur noch

im Szenario B über den Gemeinsamen Bundesausschuss geben. Man darf vermuten, dass hier weiter die Ärzte, die Krankenhäuser und die Krankenversicherer gemeinsam unterwegs sind, um die Grundversorgung zu definieren. Der Rest von Selbstverwaltung in der Versorgung insbesondere die Kassenärztliche Vereinigung wird in ihrer derzeitigen Struktur überflüssig. Dies gilt im Übrigen für alle drei Szenarien.

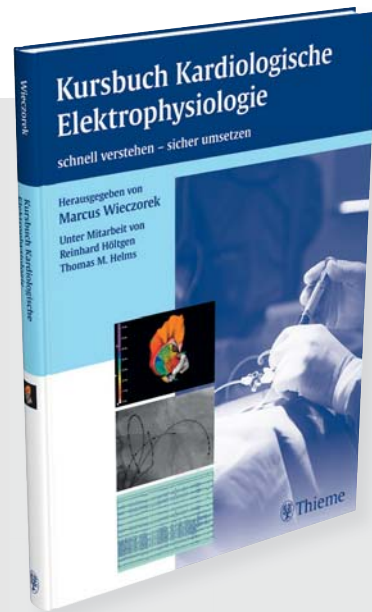
● **Welches Szenario wird Realität?**  
Betrachtet man die derzeitige politi-

sche Landschaft, so ist es sehr unwahrscheinlich, dass das Szenario C im Jahre 2020 in Deutschland eingeführt wird. Die hohen Versorgungsansprüche an ein Sachleistungsprinzip werden auch in 10 Jahren noch nicht überwunden sein. Der Bürger wird auch 2020 mit seiner eigenen Gesundheit nicht liberal in einem offenen Versicherungssystem umgehen können. Dies wird politisch nicht umsetzbar sein. Die wahrscheinlichste Lösung wird das Szenario B. Hier wird deutlich, dass einer Institution wie dem Gemeinsamen Bundes-

ausschuss in Zukunft eine wachsende Bedeutung zukommen wird. Es ist durchaus auch denkbar, dass Komponenten aus Szenario A mit Szenario B zumindest in der Grundversorgung kombiniert werden können. Natürlich ist keines der Szenarien wissenschaftlich so hinterlegt, dass man es für die Zukunft als bare Münze nehmen kann. Solche Denkmolelle benötigt man aber alleine deshalb, um zukünftige politische Entwicklungen vorzubereiten.

HFS

# Innere Medizin *aktuell*



**EPU – sicher durchführen – erfolgreich behandeln**

**Kursbuch Kardiologische Elektrophysiologie**  
Wieczorek/Helms/Höltgen (Hrsg.)  
2009, 256 S., 329 Abb., geb.  
ISBN 978 3 13 145281 8  
**129,95 € [D]**  
**133,60 € [A]/216,- CHF**

**Der ideale Begleiter in allen Lernphasen**

- Strukturiertes Erlernen der Methode: **Die Autoren sind erfahrene Kursleiter**
- **Gliederung des Stoffes in Grund-, Aufbau und Abschlusskurs**
- **Alle diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten**
- Elektrophysiologische **Diagnostik tachykarder und bradykarder Herzrhythmusstörungen**
- **Katheterablation tachykarder Herzrhythmusstörungen**
- **Zahlreiche Fallbeispiele veranschaulichen das praktische Vorgehen**
- **Wie man häufige Fehler vermeidet: viele praktische Tricks und Tipps**



**Gesundheitsversorgung in Haft**

**Gefängnismedizin**  
Keppler/Stöver  
2009, 376 S., 34 Abb., geb.  
ISBN 978 3 13 147731 6  
**89,95 € [D]**  
**92,50 € [A]/149,- CHF**

**Rechtliche Grundlagen** der medizinischen Versorgung im Strafvollzug und **strafrechtliche Risiken** für den Anstaltsarzt

- **Besonderheiten der medizinischen Versorgung** z.B. im Frauen- und Jugendstrafvollzug, bei Migranten und Migrantinnen
- Problematik der **Simulation und Aggravation**
- **Gefängnispezifische Aspekte in Diagnostik, Therapie und Prävention**
- **Infektionskrankheiten** (HIV, Hepatitis, Tbc), Abhängigkeitserkrankungen
- Psychiatrische Versorgung, Hungerstreik, Zwangsernährung; Notfälle
- **Beurteilung der Haftfähigkeit und praxisnahe Hilfe bei der Erstellung von Gutachten.**
- **Infoboxen zu länderspezifischen Besonderheiten in Österreich und der Schweiz**
- **Glossar gefängnistypischer Ausdrücke**



**Der Fakten-Turbo für den Notfalleinsatz**

**Notfall quick**  
Furger  
2009, 464 S., 70 Abb., PVC  
ISBN 978 3 13 140442 8  
**34,95 € [D]**  
**36,- € [A]**

**Praxis-Power für alle medizinischen Notfälle**

kardiopulmonale Notfälle, gastro-intestinale Notfälle, neurologische Notfälle, Intoxikationen, Verbrennungen

**Fakten, Fakten, Fakten**  
maximale Kompression auf die „wirklich harten“ Inhalte

**quick**  
knapp gefasster Telegramstil, vorstrukturierte Inhalte, Flussdiagramme, Handelsnamen

**kompromisslos praxistauglich**  
mehr Fakten für mehr Sicherheit im Notfall

Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten. Lieferung zzgl. Versandkosten. Bei Lieferungen in [D] werden die anfallenden Versandkosten nicht berechnet. Bei Lieferungen außerhalb [D] werden die anfallenden Versandkosten weiterberechnet. Schweizer Preise sind unverbindliche Preisempfehlungen.

**Jetzt bestellen: Ab 49,95 € versandkostenfreie Lieferung innerhalb Deutschlands!**

☎ **Telefonbestellung:**  
0711/89 31-900

☎ **Faxbestellung:**  
0711/89 31-901

@ **Kundenservice**  
@thieme.de

🌐 **www.thieme.de**



Das CSU-Wahlprogramm zur Gesundheitspolitik

## „Gegen Bürokratie und Staatsmedizin“

Am 3. April 2009 hat der CSU-Parteivorstand in Kloster Banz ein Papier mit der Überschrift „Patienten und Ärzte stärken – Für eine solidarische und menschliche Medizin gegen Bürokratie und Staatsmedizin“ veröffentlicht.

Die CSU hat ein eigenes Gesundheitsprogramm aufgelegt, das sich nicht zwangsläufig mit den Vorstellungen der CDU deckt. Insofern wird es interessant sein, wie sich CDU und CSU in einem eventuell zu verabschiedenden Regierungsprogramm wiederfinden. Die CSU geht zunächst von der Bedeutung der Gesundheitswirtschaft aus, die etwa 10,6 % des Bruttoin-

landsproduktes ausmacht. Dieser Hinweis zeigt, welche Bedeutung auch für Arbeitsplätze im Gesundheitswesen bestehen.

### ● Probleme mit der eigenen Vergangenheit

Grundsätzlich hat die CSU aber Schwierigkeiten mit ihrer eigenen Vergangenheit. Wenn sie Innovatio-

nen im Gesundheitswesen fordert, weiß sie doch, dass maßgebliche Mitglieder der CSU, allen voran der jetzige Ministerpräsident Seehofer, ganz wesentlich am derzeitigen System gestrickt haben. Um aus diesem Dilemma herauszukommen, stellt man fest, dass jede einzelne Maßnahme der zahlreichen Gesundheitsreformen der letzten Jahre und Jahrzehnte für sich begründet gewesen sein mag, dennoch zwingt die Summe der Eingriffe heute zu einem Neuanfang. Im Klartext heißt dies, dass man zwar Verständnis für einzelne Beschlüsse und Reformen hat, dass aber für den Wust an Reglementierung letzten Endes Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt alleine verantwortlich ist.

### ● Aufhebung der Budgetierung

Interessant sind die Äußerungen zur Finanzierung der Vertragsärzte. Auf den ersten Blick finden sich Befürworter der Kostenerstattung wieder. Bei genauer Betrachtung – und hier geht es um jedes Wort – ist man sich da aber nicht mehr ganz sicher. So heißt es, dass die geltende Honorarordnung durch eine neue Gebührenordnung für Vertragsärzte ersetzt wird, die sich an die private Gebührenordnung für Ärzte anlehnt. Im Klartext bedeutet dies, dass der EBM, der ein Bewertungsmaßstab und keine Gebührenordnung ist, wohl durch eine Art GOÄ ersetzt wird. Es bleibt das Geheimnis der CSU, warum es dann noch zwei unterschiedliche Gebührenordnungen in Deutschland geben muss. Hier nähert sich die CSU

durchaus Vorstellungen aus einer ganz anderen politischen Ecke, nämlich bei Herrn Prof. Lauterbach an. Die CSU fordert die vollständige Aufhebung der Budgetierung, zumindest strebt sie es an. Ob ihr bewusst ist, dass die Budgetierung eine der wichtigsten Voraussetzungen für die derzeitigen Aufgaben einer Kassenärztlichen Vereinigung sind? Diese sieht sie in Zukunft wieder mehr als Interessensvertreter der Ärzteschaft und scheint in diesem Falle einer Neuordnung der Aufgaben einer KV näher treten zu wollen.

Insgesamt sind einige neue Gedanken im CSU-Papier vorhanden. Wie man sie im politischen Kontext zu den anderen Parteien verstehen muss, ist jedoch nicht ohne weiteres erkennbar.

HFS

### Beschluss des CSU-Parteivorstandes am 3./4. April 2009 in Kloster Banz

#### Patienten und Ärzte stärken

## Für eine solidarische und menschliche Medizin gegen Bürokratie und Staatsmedizin

### Das deutsche Gesundheitswesen ist in Gefahr:

Die Gesundheitspolitik ist die **gesellschaftliche Herausforderung** eines modernen Sozialstaats. Die Bürger erwarten effektiven Gesundheitsschutz, Gesundheitsvorsorge und im Krankheitsfall eine hochwertige und ortsnahe medizinische Versorgung. Gerade im Umgang mit den Kranken, den Älteren und den Schwachen zeigt die Gesellschaft ihr soziales Gesicht und ihr ethisches Wertefundament. Im Mittelpunkt steht der Patient. Es kommt darauf an, für seine medizinische Versorgung verlässliche Rahmenbedingungen zu schaffen, die eine menschenwürdige und hochwertige Behandlung gewährleisten. Dabei sind auch die gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Entwicklungen zu berücksichtigen. Erfreulicherweise steigt die Lebenserwartung in Deutschland weiter an. Zugleich ermöglichen der medizinische und der medizinisch-technische Fortschritt eine bessere Behandlung von Krankheiten. Es ist klar, dass eine hochwertige medizinische Versorgung ihren Preis hat. Der Gesellschaft muss es aber Wert sein, alle Bürger daran teilhaben zu lassen.

Die Patientenversorgung bestimmt zu einem wesentlichen Teil die **Gesundheitswirtschaft** in Deutschland. Mit einem Gesamtumsatz von rund 245 Mrd. € pro Jahr (etwa 10,6 % des Bruttoinlandsprodukts) gehört sie zu den Zukunftsbranchen. Dies gilt auch für Bayern mit einem Jahresumsatz von knapp 40 Mrd. €. Zudem verfügt Bayern mit 47 hoch ausgezeichneten Heilbädern und Kurorten über ein einzigartiges Angebot in der ganzheitlichen Medizin und stellt damit gut 16 % des

gesamtdutschen Angebots. Bereits heute ist die Gesundheitswirtschaft Arbeitgeber Nummer 1 mit 4,4 Mio. Beschäftigten (Bayern: rd. 600.000). Als Dienstleistungsmarkt ist sie gegenüber der Konjunktur relativ krisenfest. Die weitere Förderung des Gesundheitsmarktes ist daher eine große Chance für die Volkswirtschaft in einer älter werdenden Gesellschaft.

Qualität und Umfang der Gesundheitsversorgung in Deutschland sind weltweit führend. Dies beruht vor allem auf der sehr guten persönlichen Qualifikation und hohen Leistungsbereitschaft der in der gesundheitlichen Versorgung der Menschen in Deutschland Beschäftigten.

Trotz dieser positiven Rahmenbedingungen ist das weltweit anerkannte **deutsche Gesundheitssystem in Gefahr!** Permanente staatliche Eingriffe haben in über 25 Jahren zu Budgetierung und einem Übermaß an Reglementierung geführt. Auch wenn jede einzelne Maßnahme für sich begründet gewesen sein mag, so zwingt doch die Summe der Eingriffe heute zu einem Neuanfang. Der von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt eingeschlagene Weg führt in eine zentralistisch gesteuerte Staatsmedizin mit Einheitskrankenkasse, Einheitsversorgung und Einheitsvergütungen. Dieser Weg verunsichert die Patienten, aber auch die Krankenkassen und die Leistungserbringer, insbesondere die Ärzte, Psychotherapeuten, Zahnärzte, Pflegekräfte, Apotheker und Physiotherapeuten. Dies wird am Beispiel der vertragsärztlichen Honorarreform besonders deutlich. Diese

Regelungen sind intransparent und bürokratisch, sie benachteiligen gerade die bayerischen Patienten und Ärzte. Im Ergebnis führen sie zu „Billig- und Fließbandmedizin“, weil in vielen Fällen für einfache Routinetherapien die gleichen Pauschalen wie für aufwändige Leistungen gezahlt werden. Vor allem aber benachteiligt die Honorarreform Ärzte, die für die Behandlung der Patienten viel Zeit brauchen. Zugleich wächst die Sorge vor der wachsenden Anzahl Medizinischer Versorgungszentren, die nur von großen Kapitalgesellschaften abhängig sind. Dort steht anstelle einer humanen medizinischen Versorgung allein die maximale Gewinnabschöpfung im Vordergrund. Außerdem kann es aufgrund des relativ hohen Altersdurchschnitts bei praktizierenden Medizinern gerade im ländlichen Raum mittelfristig zu Versorgungsengpässen kommen.

### Grundprinzipien eines bürgerlich-föderalen Gesundheitsmodells:

In der deutschen Gesundheitspolitik ist ein Neustart erforderlich. An die Stelle einer zentralistisch gesteuerten Staatsmedizin muss ein bürgerlich-föderales Gesundheitsmodell treten. Oberstes Ziel ist es, die medizinisch erforderliche Versorgung, einschließlich Spitzenmedizin, für jeden Patienten in Deutschland zu gewährleisten, und zwar unabhängig von Einkommen, Alter und Herkunft. Grundlage sind die Regeln einer sozialen Medizinwirtschaft und nicht der zentralistische Ansatz einer Planwirtschaft. Das bürgerlich-föderale Gesundheitsmodell geht von der aktuellen

Versorgungsrealität aus und verfolgt vor allem folgende Prinzipien:

#### ■ Therapie statt Bürokratie:

Im Mittelpunkt der medizinischen Versorgung steht der Patient mit seinem Recht auf eine freie Arztwahl. Im Krankheitsfall muss er die Möglichkeit haben, sich vom Arzt seines Vertrauens behandeln zu lassen. Im Gegenzug braucht der Arzt die Therapiefreiheit, d. h. er muss die Möglichkeit haben, dem Patienten die medizinisch erforderliche Therapie verordnen zu können. Von besonderer Bedeutung ist dabei das vertrauensvolle Gespräch zwischen Arzt und Patient („sprechende Medizin“), für das genügend Zeit in der Behandlung bleiben muss. Es ist nicht akzeptabel, dass für den durchschnittlichen Patientenkontakt rund 7 Minuten zur Verfügung stehen, während der damit verbundene Bürokratieaufwand fast doppelt soviel Zeit beansprucht. Besonders die verschiedenen Dokumentationspflichten erzeugen einen hohen Verwaltungsaufwand. Es müssen daher therapiefreundliche Rahmenbedingungen geschaffen werden, die Haus- und Fachärzten und allen anderen Gesundheitsberufen eine optimale medizinische Versorgung der Patienten ermöglichen.

#### ■ Regionalität statt Zentralismus:

Die Gesundheitsversorgung muss auf die regionalen Bedürfnisse eingehen und darf nicht weiter durch zentralistische Vorgaben vereinheitlicht werden. Zu einem regionalen Gesundheitswesen gehören vor allem die wohnortnahe Versorgung mit niedergelassenen Ärzten, Apothekern und

anderen Leistungserbringern, leistungsstarke Krankenhäuser und regionale Krankenkassen. Bei den Leistungsvergütungen sind die regionalen Kostenstrukturen zu berücksichtigen. So hat zum Beispiel ein Arzt in Süddeutschland höhere Praxis- und Lebenshaltungskosten. Gleiches gilt für die Vergütungen im Krankenhausbereich. Für die Akzeptanz in der Bevölkerung ist es wichtig, dass den von ihnen erwirtschafteten Krankenkassenbeiträgen auch adäquate Leistungen gegenüberstehen. Die bayerischen Versicherten zahlen zum Beispiel aufgrund ihrer höheren Löhne mehr für ihre Krankenkasse. Ihnen kann daher nicht vermittelt werden, dass wegen der Umverteilung von Beitragsmitteln das gewohnte Versorgungsniveau nicht aufrecht erhalten werden kann. Von besonderer Bedeutung sind regionale Krankenkassen, weil diese sich leichter an den örtlichen Bedürfnissen ausrichten können. Im Übrigen sind die bundesweiten Regelungen im Krankenversicherungsrecht daraufhin zu überprüfen, ob sie die regionalen Besonderheiten angemessen berücksichtigen.

#### ■ Freiberuflichkeit statt Staatsmedizin:

Zum Erfolg des deutschen Gesundheitswesens haben vor allem die freien Berufe beigetragen. Sie stehen für die Humanität in der medizinischen Versorgung und müssen daher weiterhin der Eckpfeiler bei der Behandlung von Patienten sein. Arzt und Patient bilden eine Einheit und die Basis der medizinischen Versorgung. Daher muss der Grundsatz gelten: „Freiheit für die freien Berufe“ statt bürokratischen Gängelungen und staatsmedizinischer

Bevormundung. Dies gilt insbesondere für die freiberuflich tätigen Haus- und Fachärzte sowie Zahnärzte, Apotheker und Psychotherapeuten. Dem Patienten wird die freie Arztwahl garantiert. Damit kann er selbst entscheiden, von welchem Arzt er behandelt werden möchte. Den Ärzten wird die Diagnose- und Therapiefreiheit gewährleistet, damit sie die Patienten auch bestmöglich behandeln können. An den geltenden Regelungen zur hausarztzentrierten Versorgung wird ebenso festgehalten wie an der qualifizierten ambulanten und stationären fachärztlichen Versorgung. Medizinische Versorgungszentren, die nur von großen Kapitalgesellschaften abhängig sind, werden abgelehnt, weil sie den Grundsätzen einer humanen Medizin widersprechen.

#### ■ Entideologisierung der Krankenversicherung:

Die Finanzierung der Krankenversicherung muss entideologisiert werden. Die Diskussionen der Vergangenheit um „Bürgerversicherung“ und „Kopfpauschale“ haben den Gesundheitsstandort Deutschland nicht vorangebracht. Als Beweis dient die aktuelle Diskussion um die Honorarreform. Obwohl sich seit 1. Januar 2009 mehr Geld im System befindet, gibt es Versorgungsprobleme in den Arztpraxen. Daraus folgt: Es kommt nicht allein darauf an, wie viel Geld im System ist, sondern wie es verteilt wird. Daher sind weder „Bürgerversicherung“ noch „Kopfpauschale“ verlässliche Modelle, um die anstehenden Probleme zukunftsfest zu lösen. Zur Finanzierung der Gesundheitsausgaben ist ein ausgewogener Mix aus Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträgen, sozialverträglichen Selbstbeteiligungen und Steuermitteln nötig. Die Steuermittel sollen Aufwendungen der Krankenkassen für gesamtgesellschaftliche Aufgaben ausgleichen. Dies gilt vor allem für die Familien- und für die Seniorenmedizin. Auf der Ausgabenseite sollen an die Stelle von staatlicher Budgetierung und Rationierung Transparenz, hohe Qualitätsstandards und Wettbewerb treten.

#### Forderungen:

##### 1. Keine Benachteiligung von bayerischen Patienten und Ärzten:

Der Gesundheitsfonds wurde konzipiert, um die Entscheidung zwischen „Bürgerversicherung“ und „Kopfpauschale“ zu vermeiden. Dabei wurde den Bürgern versprochen, dass nach der Einführung des Gesundheitsfonds kein Patient schlechter versorgt wird und kein Arzt weniger Geld bekommt. Diese Versprechungen werden derzeit nicht eingehalten. Wenn dies so bleibt, müsste der Gesundheitsfonds ersetzt werden. Als Alternative könnten künftig die Krankenkassen wieder die Autonomie erhalten, eigene Beiträge festzusetzen und zu erheben. Die Pluralität bei den gesetzlichen Krankenkassen, die Auswahl von Zusatzversicherungen und die private Krankenvollversicherung könnten dabei erhalten bleiben. Ferner muss der Morbidity-RSA durch die Einführung eines manipulationsfreien Ausgleichssystems unter den gesetzlichen Krankenkassen verändert und vereinfacht werden, weil er ein falsches Anreizsystem zu Grunde legt. Bei einer Neuregelung ist sicherzustellen, dass die notwendige Solidarität zwischen den Krankenkassen gewahrt bleibt.

##### 2. Transparente Vertragsgebührenordnung statt zentralistischer Honorarordnung:

Die geltende Honorarordnung ist gescheitert, weil ihre zentralistische Ausrichtung die Interessen von Patienten und Ärzten missachtet. Die Vorgabe eines bundesweiten Einheitspreises nimmt keine Rücksicht auf die regionale Kostenstruktur und führt zu Qualitätsverlusten in der Patientenversorgung. Obwohl mehr finanzielle Mittel zur Verfügung stehen, kommt das Honorarplus nicht bei allen Ärzten an. Gerade viele Facharztgruppen in Bayern, Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein erleiden empfindliche Einbußen. Die geltende Honorarordnung muss daher durch eine neue Gebührenordnung für Vertragsärzte ersetzt werden, die sich an die private Gebührenordnung für Ärzte anlehnt. Ziel ist es, eine regionale, leistungsgerechte und qualitätsorientierte vertragsärztliche Vergütung zu festen Europreisen einzuführen. Am Sachleistungsprinzip wird grundsätzlich festgehalten. Die Transparenz der Abrechnung gegenüber den Patienten ist herzustellen. Zudem wird die vollständige Aufhebung der Budgetierung angestrebt. Die hausarztzentrierte Versorgung bleibt so bestehen, wie sie derzeit in § 73b SGB V geregelt ist. Im Rahmen von § 73c SGB V sollen insbesondere die Fachärzte weitere Versorgungsverträge mit den Krankenkassen abschließen.

##### 3. Kassenärztliche Vereinigungen als Dienstleister weiterentwickeln:

Die Selbstverwaltung ist an sich ein hohes Gut. Aber aufgrund der ihr zentralistisch vorgegebenen ordnungspolitischen Aufgaben und der zahlreichen Einzelweisungen des Bundesgesundheitsministeriums verliert sie auf Bundesebene die Unabhängigkeit und damit die Akzeptanz bei der Basis der Ärzteschaft. Durch eine Neuregelung der vertragsärztlichen Vergütung haben die Kassenärztlichen Vereinigungen daher die Chance, sich als Interessensvertreter für die Ärzteschaft neu zu etablieren. Als Dienstleister können sie insbesondere Qualitätsstandards weiter definieren, Ärzte qualifizieren und für Beratungen zur Verfügung stehen. Die Zwangsmitgliedschaft und der Status als öffentlich-rechtliche Körperschaft müssen daher auf den Prüfstand gestellt werden.

##### 4. Patientengerechte solidarische Finanzierung:

Um Rationierungen zu vermeiden, ist zur Finanzierung der Gesundheitsausgaben ein ausgewogener Mix aus Beiträgen, sozialverträglichen Selbstbeteiligungen und Steuermitteln nötig. Die Steuermittel zum Ausgleich für gesamtgesellschaftliche Aufgaben müssen auf Dauer weiter erhöht werden. Dabei sind vor allem auch die gesellschaftlichen Veränderungen zu berücksichtigen. Kinder, ältere Menschen und chronisch Kranke bedürfen der besonderen Fürsorge. Eine hochwertige Familien- und Seniorenmedizin kann daher nicht allein aus Beitragsmitteln finanziert werden. Bereits heute wird vor allem die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und nicht berufstätigen Ehegatten zunehmend über Steuermittel finanziert. Im Endausbau sollen dafür jährlich 14 Mrd. € zur Verfügung stehen. In einer älter werdenden Gesellschaft ist aber auch eine „demo-

graphische Dividende“ aus Steuermitteln erforderlich. Damit wird auch ein Beitrag geleistet, um die seniorenmedizinischen Angebote und Hilfestellungen (z.B. Haushaltshilfen für kranke Senioren) auszubauen. Diesen Erfordernissen muss auch der Leistungskatalog angepasst werden. Es ist nicht akzeptabel, dass Krankenkassen älteren Patienten bei schweren Erkrankungen eine Haushaltshilfe verweigern, aber nicht qualitätsgesicherte Wellnessangebote bezuschussen. Die Krankenkassen müssen die Einsparmöglichkeiten im Bereich der Medikamente konsequent ausnutzen. Dazu sollen auch die Vielzahl der gesetzlichen Steuerungselemente vereinfacht und effizienter ausgestaltet werden. Die Versicherten sollen stärker als bislang in die Wahl ihrer Versicherungsleistungen eingebunden werden. Die private Krankenvollversicherung bleibt erhalten. Auf der Ausgabenseite sollen an die Stelle von staatlicher Budgetierung und Rationierung Transparenz, hohe Qualitätsstandards und Wettbewerb treten.

##### 5. Wohnortnahe Patientenversorgung in Stadt und Land:

Die ambulante medizinische Versorgung muss auch künftig möglichst am Wohnort des Patienten erfolgen. Diese ist vor allem durch niedergelassene Haus- und Fachärzte, Apotheker und andere Leistungserbringer sicherzustellen. Für eine wohnortnahe Patientenversorgung ist daher eine ausreichende Anzahl von Ärzten erforderlich. Für die Nachwuchsförderung sind geeignete Förderinstrumente zu entwickeln (zum Beispiel: Studienbeihilfen bei gleichzeitiger Verpflichtung zu einer späteren Tätigkeit als niedergelassener Arzt). Dabei ist auch die erfreuliche Entwicklung zu berücksichtigen, dass der Frauenanteil in der Ärzteschaft ansteigt. Dies erfordert hinsichtlich der Vereinbarkeit von Familie und Beruf eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen. Außerdem ist die Ansiedelung von Ärzten in unterversorgten Gebieten durch weitere Anreize und Mobilitätshilfen besonders zu fördern. Medizinische Versorgungszentren sollen nur unter bestimmten Voraussetzungen zugelassen werden. Wesentlich ist dabei vor allem, dass diese von Ärzten als Träger verantwortlich geführt werden.

Eine wohnortnahe Patientenversorgung muss auch verschiedene Behandlungsangebote umfassen. Hausbesuche, die auch angemessen honoriert werden müssen, sind gerade für die Versorgung von Kindern und älteren Patienten unverzichtbar. Niedergelassene Ärzte erhalten die Möglichkeit, eine geringe Bettenanzahl für Patienten vorzuhalten, die zwar nicht in ein Krankenhaus eingewiesen werden müssen, aber dennoch nicht zu Hause bleiben können („betreutes Schlafen“). Zusätzliche Versorgungsangebote können durch eine stärkere Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern eröffnet werden. Dazu gehören der weitere Ausbau des Belegarztsystems und die Notfallversorgung im Bereitschaftsdienst. Ebenso haben sich die verschiedenen Formen der integrierten Versorgung bewährt. Sie sollen daher weiter ausgebaut werden. Durch die Vernetzung von Haus- und Fachärzten, Krankenhäusern und anderen Leistungserbringern bieten sie dem Patienten eine auf seine Krankheit abgestimmte Behandlungsmöglichkeit.

Zu einer wohnortnahen Patientenversorgung gehört auch der freiberuflich tätige Apotheker. Von ihm erhalten Patienten eine fachkundige Beratung und hochwertige Medikamente. Im Interesse des Patientenschutzes müssen der Versandhandel mit verschreibungspflichtigen Medikamenten verboten sowie das geltende Mehrbesitz- und Fremdbesitzverbot erhalten werden.

##### 6. Leistungsstarke Krankenhäuser in Stadt und Land:

Leistungsstarke Krankenhäuser darf es nicht nur in Ballungsgebieten geben. Gerade in einem Flächenland wie Bayern ist eine qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung auch im ländlichen Raum von großer Bedeutung. Aus diesem Grund ist die Krankenhausplanung auf Landesebene unverzichtbar. Ebenso ist über den gezielten Einsatz von Steuermitteln auf Landesebene zu entscheiden (duale Krankenhausfinanzierung). Ein bundesweiter Einheitspreis wird auch im Krankenhausbereich den regionalen Besonderheiten nicht gerecht und ist daher abzulehnen. Die gesetzlichen Regelungen über ambulante Behandlungen im Krankenhaus müssen neu gefasst werden. Dabei ist in § 116b SGB V sicherzustellen, dass sich die ambulanten Behandlungen im Krankenhaus nur auf hoch spezialisierte Leistungen für wirklich seltene Erkrankungen beschränken. Ebenfalls sollen ambulante Operationen im Krankenhaus auf besondere Fälle reduziert werden. Dadurch wird vermieden, dass niedergelassene Fachärzte verdrängt werden.

##### 7. Fairer Wettbewerb um Qualität:

Der Staat hat dafür Sorge zu tragen, dass der Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern unter fairen Rahmenbedingungen abläuft, die im Ergebnis zu mehr Qualität führen. Es müssen daher transparente Qualitätskriterien festgelegt und veröffentlicht werden, die den Versicherten die Auswahl der Leistungserbringer erleichtern. Die Vergütung ist an hohe Qualitätsstandards gebunden.

##### 8. Patientenrechte stärken – unabhängige Patientenbeauftragte:

Im Mittelpunkt der medizinischen Versorgung steht das Wohl der Patienten. Gerade ältere und schwerkranke Menschen brauchen häufig eine kurzfristige Beratung oder eine Hilfestellung. Aus diesem Grund soll die unabhängige Patientenberatung ausgebaut werden, die die Patienten bei der Wahrnehmung ihrer Interessen unterstützt. Außerdem soll das Amt des Beauftragten der Bundesregierung für Patientenbelange eigenständig und unabhängig ausgestaltet werden. In allen Ländern sollen eigene unabhängige Patientenbeauftragte eingerichtet werden. Die Patientenrechte werden durch ein eigenes Patientenschutzgesetz gestärkt. Darin sind die bisher in verschiedenen Gesetzen enthaltenen Patientenrechte und die durch das Richterrecht entwickelten Grundsätze zusammenzufassen und weiter zu entwickeln. Das Patientenschutzgesetz soll in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten am Gesundheitswesen erarbeitet werden.

##### 9. Weiterer Ausbau der Palliativmedizin:

Das ethische Wertefundament einer Gesellschaft zeigt sich gerade darin, wie sie mit

schwerstkranken Menschen am Ende ihres Lebensweges umgeht. Die so genannte „Aktive Sterbehilfe“ ist mit der Menschenwürde unvereinbar. Das Herbeiführen des Todes durch sie lehnen wir entschieden ab. Ziel ist vielmehr, schwerstkranken Menschen an ihr Lebensende zu begleiten und ihnen ein Sterben in Würde zu ermöglichen. Dazu werden die palliativmedizinischen Versorgungsangebote weiter ausgebaut. Von großer Bedeutung für schwerkranke und sterbende Kinder ist vor allem der weitere Ausbau der häuslichen palliativmedizinischen Versorgungsangebote. Auf diese Weise kann der Wunsch vieler sterbender Kinder und ihrer Familien erfüllt werden, möglichst viel verbleibende Zeit in der vertrauten Umgebung zu verbringen. Für besondere Fälle sind kinderpalliativmedizinische Zentren zu schaffen.

##### 10. Förderung der Prävention:

Die Gesundheitsförderung und die Prävention tragen dazu bei, die Zunahme weitverbreiteter Krankheiten zu stoppen, Krankheiten zu verhindern und die Lebensqualität der Bevölkerung zu steigern. Dabei geht es um die gezielte Förderung des verantwortungsvollen Umgangs mit der eigenen Gesundheit. So kann zum Beispiel durch eine qualifizierte Anleitung zur gesundheitsbewussten Ernährung und zur ausreichenden Bewegung Herz-Kreislauf-Erkrankungen vorgebeugt werden. Impfungen zählen zu den wirksamsten Präventionsmaßnahmen. Durch eine verbesserte Aufklärung und durch ein spezielles Anreizsystem soll die Impfquote in Deutschland ansteigen. Gesundheitsbewusstes Verhalten muss sich künftig für die Versicherten auszahlen. Die bestehenden Präventionsangebote sind vor allem auf regionaler Ebene weiterzuentwickeln. Der öffentliche Gesundheitsdienst kann dabei koordinierend wirken. Auf jeden Fall gilt es eine zentralistische Bundesbürokratie zu verhindern.

#### Fazit:

Die deutsche Gesundheitspolitik steht vor einer grundlegenden Weichenstellung: Entweder setzt sie den Weg in eine zentralistisch gesteuerte Einheitsversorgung fort oder sie kehrt wieder zu einer Medizinstruktur zurück, die das Wohl der Patienten in den Mittelpunkt stellt. Dabei kommt es nicht so sehr auf die formale, sondern vor allem auf die inhaltliche Ausgestaltung an. Entscheidend ist, dass wieder ein echtes Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt ermöglicht, die Gesundheitsversorgung regionalisiert, die Freiberuflichkeit garantiert und die Finanzierung der Krankenversicherung verlässlich organisiert werden. Dafür braucht es ein bürgerlich-föderales Gesundheitsmodell, das alle inhaltlichen Voraussetzungen für eine humane medizinische Versorgung erfüllt.

Was wird aus der PKV?

## GemBA ist alleine verantwortlich

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GemBA) hat sich gegen sein Aufsichtministerium vor Gericht durchgesetzt. Der GemBA hatte zur Protonentherapie einen restriktiven Beschluss gefasst, der vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) beanstandet wurde. Nach Meinung des Ausschusses war dies rechtswidrig, da das Ministerium seine Beanstandung nicht formal, sondern auch inhaltlich begründet hatte.

Bereits bei früheren Beschlüssen hatte das Ministerium immer wieder versucht auch fachlich Einfluss auszuüben. Die Protonentherapie wurde vom GemBA zum Anlass genommen, gerichtlich vor dem Bundessozialge-

richt zu prüfen, ob dies zulässig ist. Der 6. Senat hat jetzt klargestellt: Das BMG darf die Beschlüsse nur rechtlich beanstanden, eine Fachaufsicht gibt es nicht. Hier ist der Gemeinsame Bundesausschuss autonom. Damit

hat er auch die medizinischen Vorgaben seiner in der Regel sehr restriktiven Beschlüsse alleine zu verantworten.

HFS

Kommentar

## CME = Chronisches Mediziner-Elend?

Als Schulkind habe ich Fleißpunkte gesammelt und dafür schöne Bildchen bekommen – das war damals so und ich war ziemlich fleißig. Das bin ich heute immer noch – aber kein Schulkind mehr. Inzwischen habe ich ein (zwangsläufig wegen NC sehr gutes) Abitur abgelegt, das Physikum und 3 Abschnitte der ärztlichen Prüfung bestanden, dann Doktorprüfung, Facharztprüfung, Schwerpunktprüfung, von Kleinkram wie Fachkunden nicht zu sprechen. Nach einer Lehrzeit von 13 Schuljahren, 6 Jahren Mindeststudienzeit + 7 Jahren für Facharzt mit Schwerpunkt, also 26 Jahren Lernen, klar, da hat man genug und hört schlagartig auf, sich weiterzubilden. Denken anscheinend die Verantwortlichen in Politik (Ulla S. – mein Traum) und bei der KV. Wie sonst wäre es zu erklären, dass ausgerechnet der Berufsstand mit den längsten Studien- und Ausbildungszeiten wie Schüler zur Nachhilfe oder Verkehrssünder zur Nachschulung geschickt wird – mit drakonischen finanziellen Sanktionen für

Vertragsärzte, die keine Fleißbildchen vorlegen können (wo die doch ohnehin so reichlich verdienen, dass selbst mancher Finanz-Oberinspektor von Mitleid befallen wird).

Was ist mit Richtern, Anwälten, Ministern, Staatssekretären (den Arzt kann man alle Vierteljahre neu wählen), Behördenchefs und -abteilungsleitern, die ähnlich verantwortungsvolle Jobs haben? Denen vertraut man – zu Recht, wie ich meine! Sind Ärzte aber – trau-schau-wem – böse Buben und Mädchen, faul und geldgierig?

Ich für meinen Teil protestiere dagegen auf das heftigste – ich habe seit meiner Schulzeit keine Punkte mehr gesammelt und werde damit auch nicht wieder anfangen!

Mit den finanziellen Sanktionen macht man den Job eines Vertragsarztes noch unattraktiver, als er ohnehin schon ist. Der überall um sich greifende Ärztemangel wird die Verantwortlichen hoffentlich bald eines Besseren belehren. Die paar schwarzen Schafe, die es in jedem

Berufsstand gibt, können auch jetzt Vorträge verdämmern und danach Buffet und Punkte abräumen. Natürlich bilden wir uns fort – aber nicht für Fleißpunkte sondern aus Verantwortung unseren Patienten gegenüber und aus Leidenschaft für die Medizin.

Mich persönlich ruft – wenn es die Verantwortlichen zu bunt treiben – Frankreich zurück. Dort habe ich doppelt so viel verdient und war äußerst geachtet – eine unterschwellig beleidigende Medizinerschelte wie manchmal in deutschen Medien und in der deutschen Öffentlichkeit einschließlich Jurisprudenz habe ich dort nie erfahren. Die Ärzte haben dort schon 2002 eine Hausbesuchungsvergütung erstreikt, die beim Doppelten der derzeitigen deutschen liegt – weil dort Ärzte einen anderen Stellenwert und ein besseres Selbstbewusstsein haben. Das muss Deutschland wieder lernen – oder sich mit Ärzten behelfen, die wenig deutsch sprechen.

Dr. med. Peter Pommer



Bild: imagesource

Zurück auf die Schulbank! Wenn Ärzte keine guten Noten, d.h. zu wenig CME-Punkte haben, ist nicht die Versetzung, sondern sogar die Existenz gefährdet.

Kommentar

## Nur keine falschen Hoffnungen

Es lohnt sich, die Beschlüsse des Bewertungsausschusses – speziell der 180. Sitzung – detailliert zu betrachten. An diesem 20. April 2009 hat man neue Definitionen vom Arzt- und Behandlungsfall getroffen. Offensichtlich unter dem Eindruck, dass sich in den MVZs und fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen die Arztfälle wundersam vermehrt haben, hat man wieder den Behandlungsfall für die Abrechnung eingeführt, damit die gegenseitigen Überweisungen unterbleiben. Gleichzeitig gibt es aber Erhöhungen, wie wir sie von früheren Auflagen des Erweiterten Bewertungsausschusses kennen, für die einzelnen Fachgruppen in der fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis oder den Medizinischen Versorgungszentren. Ein besonders wichtiger Satz betrifft die Verrechenbarkeit der arztbezogenen Regelleistungsvolumina einer Praxis. Der Bewertungsausschuss hat daran festgehalten, dass die arztbezogenen Regelleistungsvolumina derselben Gemeinschaftspraxis, des MVZ oder derselben Praxis mit angestellten Ärzten vollumfänglich miteinander verrechnet werden können.

„Hurra“ haben die Betroffenen gerufen. Damit haben wir endlich die Möglichkeit, zwischen den einzelnen Ärzten die Regelleistungsvolumina auszugleichen um das Neuberechnete Volumen auch zu erreichen. Aber weit gefehlt! Verrechnung bedeutet in diesem Falle aber nicht, dass die Fallzahlen der Gemeinschaftspraxis auf alle Ärzte gleichmäßig verteilt werden und somit eine Abstufung bei Überschreiten des Durchschnitts der Fallzahl der Arztgruppe verhindert wird. Diese Abstufung ist aber bereits bei der Berechnung des Regelleistungsvolumens zum Vorjahr berücksichtigt worden. Kommt es zu einer erlaubten Erhöhung dieser Fallzahl, so wird sich dies zwar auch auswirken, aber nicht im aktuellen Quartal sondern erst im korrespondierenden Quartal des Folgejahres. Verstanden? Das Prinzip des derzeitigen EBM ist erhalten geblieben. Gemessen werden wir an der Vergangenenheit und erhalten danach das aktuelle Honorar. Auswirken werden sich solche Änderungen aber nur im Folgejahr.

Es ist nicht das erste Mal dass der Erweiterte Bewertungsausschuss einen ungedeckten Scheck ausgefüllt hat.

HFS

Krankenkassenranking

## Mitgliederzuwächse bei den Ersatzkassen

Durch den am 1. Januar 2009 eingeführten Gesundheitsfonds wurde der Krankenkassenbeitrag für gesetzliche Kassen vereinheitlicht. Ein Wettbewerb über den Beitrag gibt es nicht mehr, da auch keine Kasse Zusatzbeiträge erhoben hat.

Dennoch kommt es weiter zwischen den Kassen zu Mitgliederbewegungen. Nach dem Krankenkassenranking sind vor allem bei den Ersatzkassen Mitgliederzuwächse bis zum 1.4.2009 zu verzeichnen. Unter den 30 größten Kassen hat die KKH-Allianz mit 5,2 % den größten Zuwachs, sie liegt bei den Mitgliederzahlen jetzt auf Platz 9. Die ersten drei Plätze belegen unverändert die Barmer, die Techniker Krankenkasse und die DAK. Alle drei Kassen konnten zulegen, vorneweg die TK mit 0,74 %.

### ● Künftig Wettbewerb über Leistungsangebot?

Verluste gab es bei den Primärkassen, insbesondere bei den Betriebskrankenkassen und vielen AOKs. Hier

machen die AOK Bayern und die AOK Sachsen-Anhalt eine Ausnahme. Sie verzeichnen Zuwächse von 0,23 bzw. 1,3 %.

Die Zahlen sind schwer zu interpretieren. Die Versicherten scheinen sich mehr am Leistungsangebot zu orientieren, hier scheint in Zukunft der Wettbewerb stattzufinden. Die Techniker Krankenkasse verfolgt diese Strategie seit Jahren und ist unverändert erfolgreich. Sie ist auf dem Weg zur größten Einzelkasse in Deutschland.

Man darf gespannt sein, wie sich die Mitglieder der GKV in Zukunft entscheiden werden, wenn einzelne Kassen mit dem Beitragssatz nicht auskommen und Zusatzbeiträge erheben müssen.

HFS