

**Thema:** Das individuelle Patient-Arzt-Verhältnis soll wieder zum Dreh- und Angelpunkt des Gesundheitswesens werden. Das sehen die gesundheitspolitischen Leitsätze der Ärzteschaft vor, die der 111. Deutsche Ärztetag im Mai in Ulm beschlossen hat. Ärztetagspräsident Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe will die Leistungseinschränkungen für die Patienten zum Thema des kommenden Wahlkampfes machen.

von Horst Schumacher

## Hoppe fordert offene Diskussion über heimliche Rationierung



Der 111. Deutsche Ärztetag hat im Mai in Ulm eine ordnungspolitische Neuausrichtung der Gesundheitspolitik gefordert. Der kranke Mensch und die individuelle Patient-Arzt-Beziehung sollen wieder in den Mittelpunkt des Gesundheitswesens rücken, so die Kernbotschaft der nach ausführlicher Diskussion mit großer Mehrheit verabschiedeten gesundheitspolitischen Leitsätze der Ärzteschaft (*Ulmer Papier*, siehe auch Seite 12). „Die Begegnung zwischen Patient und Arzt darf nicht von außen bestimmt oder vorgeschrieben werden, denn in der Individualität der Patient-Arzt-Beziehung liegt das Wesen der ärztlichen Kunst“, heißt es im Prolog zu dem Papier. Jedoch sei das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt zum Beispiel durch eine jahrzehntelange Kostendämpfungspolitik und daraus resultierende Leistungsbeschränkungen empfindlich gestört worden: „Leistungen für die Patienten können nicht mehr im medizinisch gebotenen Umfang und/oder nicht zum gebotenen Zeitpunkt erbracht werden.“ Das „Ulmer Papier“ enthält auch ein Bekenntnis zur Freiberuflichkeit des Arztes, externen Eingriffen in die Therapiefreiheit erteilt es eine deutliche Absage. So könnten sich „schematische Standardisierungen“ nur destruktiv auf die Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Arzt auswirken: „Der Arzt fühlt sich seiner Freiheit beraubt, der Patient zweifelt an der Unabhängigkeit seines Arztes.“ Nur der in Fragen der Therapie freie Arzt könne die jeweils angemessene Therapieform wählen, heißt es in den gesundheitspolitischen Leitsätzen.

### Rationierung als Wahlkampfthema?

Eine offene und ehrliche Diskussion über die heimliche Rationierung medizinischer Leistungen

rückte der Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, in den Mittelpunkt seiner Eröffnungsrede. „Wir müssen das zu einem Wahlkampfthema machen“, forderte er, „Ärztinnen und Ärzte erleben seit Jahren eine heimliche Rationierung, wir müssen sie ertragen und vor den Patienten dafür geradestehen. Das aber wollen wir jetzt nicht mehr“, sagte der Ärztetagspräsident. Die Politik dürfe sich nicht aus der Verantwortung stehlen und so tun, als gebe es diese Rationierung nicht. Hoppe: „Wir müssen den Menschen sagen, wer für die Rationierung tatsächlich verantwortlich ist.“ Durch die chronische Unterfinanzierung in der gesundheitlichen Versorgung werde schon längst nur noch das medizinisch unbedingt Notwendige von den Krankenkassen bezahlt. Die Möglichkeiten der Ärzte, für ihre Patienten die individuell beste Therapie auszusuchen, würden seit Jahren immer stärker eingeschränkt. Die Konflikte, die sich daraus ergeben, müssen nach Hoppes Worten aus der Patient-Arzt-Beziehung herausgehalten werden.

### Staatsmedizin statt Individualität

Das deutsche Gesundheitswesen sieht der Ärztetagspräsident „seit 20 Jahren im Baustellenzustand“, eine stabile Neuordnung jedoch sei nicht zu entdecken. Kritisch beleuchtete er die Entwicklung des Verhältnisses von Staat, Selbstverwaltung und Markteinflüssen. Daseinsfürsorge – also auch Gesundheit – sei nach dem Grundgesetz eine staatliche Aufgabe. Während der Staat jedoch früher der Selbstverwaltung die Justierung des Systems überlassen habe, greife er in den vergangenen Jahren zunehmend in die Feinsteuerung ein. Der Ärztetagspräsident plädierte für eine „gestaltende Selbstverwaltung“, die nicht nur staatliche Aufträge zu erledigen hat. So habe sich früher aus der Situation des einzelnen Patienten ergeben, was als „ausreichend, zweckmäßig und notwendig“



*Die Ärzteschaft als Esel, der den Karren des Gesundheitswesens mit all seinen Problemen ziehen muss – so sehen es die Ärzte eines süddeutschen Gesundheitsnetzes.*

Foto: uma

im Sinne des Sozialgesetzbuches anzusehen ist. In den vergangenen Jahren dagegen habe eine „kollektivistische Sicht des Gesamtsystems“ mit dem Ziel der Kostensteuerung die Oberhand gewonnen.

Als Beispiele nannte Hoppe die Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen im Krankenhaus und die Disease-Management-Programme (DMP). Mit den Fallpauschalen werde ein Leistungspaket – „ein Warenkorb“ – vergütet unabhängig von der individuellen Situation des Patienten. Auch die Disease-Management-Programme bergen nach Hoppes Auffassung die Gefahr einer schematischen Behandlung. Je stringenter sie angewendet würden, umso mehr werde der individuelle Kranke zum „Programmteilnehmer“. Da DMP über Rechtsverordnungen geregelt werden, wiederholte Hoppe im Beisein der Bundesgesundheitsministerin seine Auffassung, „dass man das als planwirtschaftliche Politik und auch als Staatsmedizin bezeichnen darf“ – zumal der Staat demnächst auch über die Finanzausstattung des GKV-Systems bestimmen wird.

### Problematisches Wettbewerbsdenken

Parallel zur verschärften staatlichen Regulierung haben Wettbewerbsdenken und Kommerzialisierung im Gesundheitswesen Einzug gehalten, so Hoppe. Dabei müssen nach seinen Worten Freiberufler und karitative Einrichtungen mit profitorientierten Unternehmen konkurrieren. Ein Krankenhaus nach dem anderen werde privatisiert, wobei die privaten Investoren vorwiegend an gewinnbringenden Angeboten interessiert seien. Hoppe sieht hier eine Wettbewerbssituation der „ungleich langen Spieße“, zumal Freiberufler ihre Investitionen selber aufbringen müssen. Daneben beobachtet er einen neuen „Zwang zu Werbe- und Verkaufsstrategien, die wir bei den Pharmaunternehmen schärfstens kritisiert haben“. Das Nebeneinander von Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen einerseits und Vertragsvielfalt andererseits kann nach Hoppes Überzeugung auf die Dauer nicht funktionieren. Er warnte davor, die KVen zu „demolieren“ und damit einen „schweren Schaden“ herbeizuführen. Fernab der individuellen Patient-Arzt-Beziehung habe sich inzwischen ein „Speckgürtel“ von Unternehmen beispielsweise der EDV-Technik, Medizintechnik, von Consulting-Unternehmen und externen Qualitätssicherern gebildet. Das Geld, das hierfür ausgegeben wird, fehle in der Patientenversorgung. „Die veranstalten eigene Kongresse, bei denen Kranke gar nicht mehr vorkommen“, sagte Hoppe. Er fühle sich dabei an den Titel eines Buches von Paul U. Unschuld erinnert: „Der Arzt als Fremdling in der Medizin?“

### Schmidt verspricht mehr Geld

Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt, die bei der Ärztetagseröffnung traditionsgemäß vor Hoppe sprach, wies die alleinige Verantwortung für Leistungseinschränkungen zurück: „Alle müssen Verant-



Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt: Alle müssen Verantwortung für rationellen Umgang mit begrenzten Mitteln übernehmen. Foto: uma

wortung übernehmen, damit mit den vorhandenen Mitteln rationell umgegangen wird.“ Die Ärzteschaft habe nicht nur medizinische Verantwortung, sondern auch ökonomische, sagte die Ministerin. Gleichzeitig versprach sie zusätzliche Mittel für die ambulante und für die stationäre Versorgung.

4,5 Milliarden Euro zusätzliches Honorar für die Vertragsärzte ab dem Jahr 2009 hatte am Vortag der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. Andreas Köhler, bei der Vertreterversammlung der KBV gefordert. Schmidt sagte ihre Unterstützung für eine bessere Ausstattung der neuen Euro-Gebührenordnung zu, ohne jedoch eine Summe zu nennen. Insbesondere müsse mehr Geld fließen für die Behandlung älterer und demenzkranker Menschen, Qualitätszuschläge und Zusatzpauschalen für chronisch Kranke seien möglich. Leistungen, die besonders gefördert werden sollen, könnten weiter als Einzelleistung abgebildet werden.

Ausdrücklich stellte Schmidt fest, dass die Honorare der Vertragsärzte „nur bei einem neuen gerechteren Verteilungsmechanismus über den Gesundheitsfonds und einen zielgenaueren Risikostrukturausgleich“ entsprechend der Krankheitsentwicklung verteilt und erhöht werden könnten. Eine steigende Morbidität könne bei der Bezahlung nur dann berücksichtigt werden, „wenn auch die Beitragsmittel zielgenau bei den Kassen landen, die viele kranke und ältere Menschen versichern“.

Zur angespannten finanziellen Situation der Krankenhäuser sagte Schmidt, dass sich die lohnbezogenen Einnahmen der Krankenkassen derzeit deutlich bessern, wovon auch Kliniken profitieren werden. Zusammen mit den zum Jahresende auslaufenden Belastungen durch das Krankenhaus-Sonderopfer und den Vorwegabzug für die integrierte Versorgung von je 0,5 Prozent ergebe sich eine Summe von mehr als einer Milliarde Euro. Außerdem will sie vorschlagen, dass ein Anteil der tarifvertraglich vereinbarten Lohn- und Gehaltssteigerungen durch die Krankenkassen finanziert wird. Schließlich kann sie sich ein Förderprogramm für die Neueinstellung von Pflegekräften in den Krankenhäusern vorstellen.

Mittelfristig strebt die Ministerin eine monistische Krankenhausfinanzierung an. Für planbare und standardisierbare Leistungen will sie Einzelverträge zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen zulassen. In den kommenden Wochen wird sie einen Gesetzentwurf zur Krankenhausfinanzierung vorlegen. „Ich würde es sehr begrüßen, wenn dieser Entwurf die Unterstützung der Ärzteschaft finden würde“, sagte Schmidt.

### Weitere Informationen zum Deutschen Ärztetag:

[www.baek.de](http://www.baek.de)

Die traditionelle Umfrage des Rheinischen Ärzteblattes unter den nordrheinischen Delegierten und Berichte zu weiteren Themen des Deutschen Ärztetages erscheinen in unserer Juli-Ausgabe.

### Aus den gesundheitspolitischen Leitsätzen der Ärzteschaft (Ulmer Papier)

#### **Umbau des Gesundheitswesens zwischen Zentralisierung und Deregulierung**

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

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

#### **Die Stellung des Arztes als Freier Beruf und Patientenorientierung stärken**

Der Arztberuf ist ein freier Beruf und kein Gewerbe. Dieser steht für Eigenverantwortung, Unabhängigkeit, hoch qualifizierte Sachkunde und das Bekenntnis zu humanen Werten.

Die deutsche Ärzteschaft ist bereit, Mitverantwortung für die Gestaltung des Gesundheitswesens zu übernehmen, wenn folgende Voraussetzungen gegeben sind: 1. Transparenz über die Verantwortung für die derzeitige Mittelknappheit im Gesundheitswesen, 2. verantwortungsbewusster Umgang aller Partner im Gesundheitswesen mit den knapper werdenden Ressourcen, 3. Schaffung von beruflichen Perspektiven, die auch wirtschaftliche Selbstständigkeit umfasst, insbesondere für die nachwachsende Ärztegeneration, sowie 4. professionelle Autonomie.

Professionelle Autonomie und Selbstverwaltung der Ärzteschaft orientieren sich am Primat des Patientenwohls und schließen gegebenenfalls auch eine Positionierung gegenüber dem Staat ein.

#### **Wohnortnahe ambulante Versorgung sicherstellen**

Alle Patienten haben Anspruch auf eine flächendeckende hausärztliche und fachärztliche Versorgung und einen angemessenen Zugang zur Behandlung nach Facharztstandard.

#### **Integrierte Versorgung konsequent ausbauen**

Integrierte Versorgung ist als sinnvolle Ergänzung, nicht als Alternative zu der im Kollektivvertragssystem erbrachten Versorgung zu betrachten. Die Teilnahme an integrierten Versorgungskonzepten muss grundsätzlich allen Leistungserbringern oder Zusammenschlüssen von Leistungserbringern, also auch den Kassenärztlichen Vereinigungen, möglich sein.

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

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

#### **Sektorübergreifende Kooperationsformen flexibel nutzen**

Auf der Grundlage des Kollektivvertrags werden sektorenübergreifende Strukturen geschaffen. Die sektorale Trennung wird aufgehoben, da niedergelassene Ärzte gleichzeitig am Krankenhaus arbeiten, konsiliarisch Leistungen

mit dem Krankenhaus abrechnen und die Infrastruktur des Krankenhauses nutzen. Krankenhausärzte können in die ambulante Versorgung eingebunden werden.

Das Belegarztsystem wird im Kollektivvertrag verbleiben und gefördert.

#### **Budgetmedizin ist zu beenden**

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

#### **Leistungsumfang der GKV am Bedarf orientieren**

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

#### **Verantwortung des Gesetzgebers für rationierende Rahmenbedingungen klarstellen**

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

#### **Vergütung privatärztlicher Leistungen durch GOÄ-Novelle sichern**

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

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

#### **Vergütung vertragsärztlicher Leistungen erhöhen und planbar machen**

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

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

#### **Vergütung stationärer Leistungen nicht zum Preiswettbewerb missbrauchen**

Die Ärzteschaft fordert von Bund und Ländern ein Sofortprogramm zur Stabilisierung der wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser. Die notwendige stationäre Versorgung der Bevölkerung darf angesichts ihres steigenden Bedarfs nicht weiter gefährdet werden...