



Die unterzeichnenden ärztlichen Spitzenverbände haben am 20. Oktober 2011 auf Einladung der Bundesärztekammer auf einer gemeinsamen Sitzung dringende gesundheitspolitische Probleme erörtert und in nachfolgender Resolution ihre gemeinsamen Kernforderungen formuliert.

Resolution

I. Mit dem geplanten GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) unternimmt eine Bundesregierung erstmals konkrete Maßnahmen, den zunehmenden Mangel an Ärztinnen und Ärzten in Deutschland ernsthaft zu bekämpfen. Im Grundsatz stellen viele der im Regierungsentwurf für das Gesetz angelegten Neuregelungen wirksame Instrumente für eine spürbare Verbesserung der ambulanten Versorgungssituation insbesondere in strukturschwachen Regionen dar. Es ist jedoch fraglich, ob diese zur Behebung des Ärztemangels ausreichen. Zu bemängeln ist, dass vergleichbare Maßnahmen zur Bekämpfung des Ärztemangels im stationären Bereich, wie z. B. die tarifkonforme Finanzierung des Krankenhauspersonals, fehlen.

Die durchgängige Flexibilisierung der Planungsbereiche, monetäre Anreize für eine Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten in de facto unterversorgten Gebieten und nicht-monetäre Anreize, wie die Aufhebung der Residenzpflicht oder mobile Arztstationen, können zu einer Verbesserung der Versorgungssituation beitragen. Auch die Etablierung einer ambulanten spezialärztlichen Versorgungsebene – oder, wie vom Deutschen Ärztetag präziser formuliert, eine „spezialisierte fachärztliche Versorgung“ – ist im Grundsatz zu begrüßen. Ungenügend ist jedoch deren konkrete Ausgestaltung.

Die ärztlichen Spitzenorganisationen fordern deshalb, dass die spezialärztliche Versorgung nach dem Motto „Jeder, der kann, der darf“ nicht zu Wettbewerbswildwuchs und unkontrollierter Mengenausweitung zulasten der wohnortnahen ärztlichen Versorgung führen darf. Strikte Qualitätskriterien müssen aufgestellt und ihre Einhaltung regelmäßig überwacht werden.

Die ärztlichen Verbände und Institutionen fordern,

- die Möglichkeit, spezialärztliche Leistungen über die vorhandenen Strukturen der Kassenärztlichen Vereinigungen abzuwickeln, statt über die Krankenkassen,
- die Regelung der Ausgestaltung des neuen Versorgungsbereichs der ambulanten spezialärztlichen Versorgung auf Grundlage des Berufs- und Weiterbildungsrechts durch vierseitige Vereinbarungen zwischen KBV, DKG, BÄK und GKV-Spitzenverband,
- gleiche, gemeinsam erarbeitete Qualifikations- und Qualitätsanforderungen in der gesamten spezialisierten fachärztlichen Versorgung,
- präzise gesetzliche Vorgaben der stufenweisen Einbeziehung zunächst der Leistungen nach § 116b SGB V (Eingrenzung auf seltene Erkrankungen und nachgewiesene Versorgungsdefizite) sowie der späteren Einbeziehung weiterer Leistungen.

II. Angesichts der unzureichenden Finanzierung des Gesundheitssystems ist es mittlerweile unbestreitbar, dass es zu Rationierung in der medizinischen Versorgung kommt. Längst sind die Rationalisierungsreserven in vielen Bereichen ausgeschöpft. Die Schere zwischen dem, was an guter medizinischer Versorgung geleistet werden könnte, und dem, was noch leistbar ist, geht immer weiter auseinander. Gesellschaft und Politik müssen deshalb dringend darüber diskutieren, wie trotz der begrenzten Ressourcen eine gerechte Versorgung gestaltet werden kann. Die entscheidende Frage lautet, wie aus ethischer und rechtlicher Sicht eine gerechte Zuteilung der begrenzten Ressourcen erfolgen kann.

Die ärztlichen Spitzenorganisationen fordern angesichts schwindender Ressourcen bei steigendem Behandlungsbedarf, die Priorisierung medizinischer Leistungen öffentlich zu diskutieren. Priorisierung im Gesundheitswesen bedeutet die Festlegung einer Vorrangigkeit, damit die Versorgungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen erhöht werden kann. Priorisierung bedeutet nicht den Ausschluss von medizinisch notwendigen Leistungen, sondern eine Abstufung der Leistungsgewährung nach Vorrangigkeitsprinzipien. Die Vorteile der Priorisierung liegen vor allem in der Transparenz des Verfahrens sowie in der Chance der Gleichförmigkeit von Verteilungsentscheidungen. Vorschläge für Priorisierungen soll ein Gesundheitsrat erarbeiten, in den Vertreterinnen und Vertreter aus den Bereichen der Philosophie, Theologie, Rechtswissenschaften sowie Patientenvertreterinnen und -vertreter, Ärztinnen und Ärzte und Mitglieder anderer Gesundheitsberufen berufen werden.

Diese Vorschläge sollen anschließend der Politik zur Letztentscheidung übergeben werden.

III. Die amtliche GOÄ stellt nicht nur die Abrechnungsgrundlage für die ärztliche Versorgung der rund neun Millionen Privatversicherten und Beihilfeberechtigten dar, sondern ist allgemein der Orientierungsmaßstab für die Honorierung ärztlicher Leistungen. Ohne eine solche übergeordnete Referenz-Gebührenordnung wie die GOÄ wäre ein wettbewerbsbedingtes Preisdumping zulasten der Patientenversorgung vorprogrammiert. Zu lange schon müssen Ärztinnen und Ärzte auf der Grundlage einer völlig überalterten Gebührenordnung arbeiten. Zu lange schon bietet die GOÄ keine wirkliche Rechtssicherheit mehr. Ärztinnen und Ärzte müssen derzeit nach intransparenten und interpretationsanfälligen Analogbestimmungen abrechnen.

Die amtliche Gebührenordnung soll aber eine doppelte Schutzfunktion bieten: für Patienten und Ärzte. Die ärztlichen Spitzenorganisationen fordern daher den Bundesminister für Gesundheit auf, die GOÄ zeitnah auf Grundlage des § 11 der Bundesärzteordnung und auf Basis eines von der Bundesärztekammer erarbeiteten und betriebswirtschaftlich durchkalkulierten Vorschlags zu novellieren und kontinuierlich weiterzuentwickeln. Dabei sind der Wertschätzung und Wertschöpfung ärztlicher Arbeit, dem medizinisch-technischen Fortschritt und der Kostenentwicklung Rechnung zu tragen. Zudem muss auf die Öffnungsklausel als qualitätssenkendes Preisdumping-Instrument verzichtet werden.

IV. Die ärztlichen Spitzenorganisationen begrüßen und unterstützen jede arztentlastende Regelung im Sinne einer qualifizierten Delegation sowie die Förderung interprofessioneller Kooperation auf Basis vorhandener Kompetenzen. Das Patientenrecht auf eine Behandlung nach Facharztstandard muss allerdings bei allen Konzepten gewährleistet bleiben. Die Substitution ärztlicher Leistungen und die Lockerung des Arztvorbehaltes für Diagnostik und Therapie werden im Interesse von Patientensicherheit, Versorgungsqualität und Rechtssicherheit strikt abgelehnt.

V. Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) eine Vielzahl zusätzlicher Aufgaben zugewiesen, was einen weiteren Machtzuwachs des Gremiums zur Folge hat. Diese Kompetenzerweiterung des Gemeinsamen Bundesausschusses ist jedoch nicht gleichbedeutend mit einer Stärkung der den G-BA tragenden Selbstverwaltungsorganisationen. Der seit Jahren zu verzeichnende Machtzuwachs des G-BA hingegen ist mit einer verstärkten

Einflussnahme des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) auf die Arbeit der Selbstverwaltungspartner verbunden. Sie dürfen zwar in immer mehr Bereichen entscheiden, werden dabei aber von der Regierung immer stärker reglementiert. Auch deshalb ist eine Reform der G-BA- Strukturen unerlässlich.

VI. Vielfältige Prüfungsverfahren und drohende Regresse verunsichern die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte und verschrecken den Nachwuchs. Mittlerweile gibt jeder zweite Medizinstudierende an, dass ihn Arzneimittelregresse von einer Niederlassung abschrecken. Die Preisverantwortung für Arzneimittel liegt allein bei den Krankenkassen und den Pharmazeutischen Unternehmen. Man kann Ärztinnen und Ärzten die Preisverantwortung für die Einhaltung dieser Regelungen nicht mehr zumuten.

Unterzeichnende Verbände

- Bundesärztekammer
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
- Bundesverband der Knappschaftsärzte e. V.
- Deutscher Ärztinnenbund e.V.
- Freie Ärzteschaft e. V.
- Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände
- Hartmannbund
- Kassenärztliche Bundesvereinigung
- Marburger Bund
- NAV-Virchowbund e. V.