



BUNDESÄRZTEKAMMER

(ARBEITSGEMEINSCHAFT DER DEUTSCHEN ÄRZTEKAMMERN)

DEUTSCHER ÄRZTETAG

HAUPTGESCHÄFTSFÜHRER

18.06.2003

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0248(4)
vom 19.06.03**

15. Wahlperiode

Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Gesetzentwurf

der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen:

Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG) [Bundestagsdrucksache Nr. 15/1170]

A.

Allgemeine Bewertung der Motive und Ziele des Gesetzesvorhabens

I.

Nach seiner selbstgesetzten Aufgabe zielt das Reformvorhaben auf eine grundlegende Modernisierung des Gesundheitswesens. Die Begründung für eine solche grundlegende Umorientierung und Modernisierung stützt sich auf die von der Politik schon hinlänglich benutzte und inzwischen zur Politfloskel entwertete Feststellung von „Über-, Unter- und Fehlversorgung im Gesundheitswesen“, für die die politischen

Parteien ein Gutachten des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion bemühen, sowie auf die Einschätzung, dass „historisch gewachsene verkrustete Strukturen“ „aufgebrochen“ werden müssten, um durch mehr Wettbewerb zu einer gerechteren und zielgenaueren medizinischen Versorgung zu gelangen. Das Gesetzesvorhaben zielt deshalb nach der eigenen Formulierung auf eine „Modernisierung der Strukturen“ sowie eine „Neuordnung der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung“.

Unter den selbstgesetzten Schwerpunkten zur Modernisierung der Strukturen hebt der Entwurf vor allem hervor:

- Steigerung der Qualität der medizinischen Versorgung und Einrichtung eines Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin,
- Ausbau eines qualitätsorientierten, effizienzsteigernden Wettbewerbs und Flexibilisierung des Vertragsrechtes,
- Modernisierung der Versorgungsstrukturen, Zulassung von Gesundheitszentren zur vertragsärztlichen Versorgung und Einbeziehung in das Einzelvertragssystem, gezielte Förderung integrierter Versorgungsformen.

Die Bundesärztekammer bezweifelt, ob die den Reformvorstellungen des Gesetzesentwurfs zugrundeliegende Einschätzung der mangelnden Qualität im deutschen Gesundheitswesen hinreichend belegt ist (vgl. II.). Insbesondere wird festgestellt, dass zwischen den niedergelassenen Ärzten ein permanenter Qualitätswettbewerb stattfindet. Die Bundesärztekammer bezweifelt daher, dass es gerechtfertigt ist, von einer Reformbedürftigkeit des Gesundheitswesens zu sprechen. Es ist ersichtlich, dass das eigentliche Problem, nämlich die finanzielle Reformbedürftigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung als eines Versicherungszweiges der Sozialversicherung nicht in den Vordergrund der politischen Bemühungen gestellt wird, da ansonsten klar würde, dass nicht die Versorgungsstrukturen im deutschen Gesundheitswesen das eigentliche Problem darstellen, sondern die Finanzierungstechnik der gesetzlichen Krankenversicherung als einer auf die Arbeitseinkommen der Versiche-

rungspflichtigen gestützten und Arbeitgeber-/Arbeitnehmer-paritätisch organisierten Einnahmenschöpfung, die weder den Anforderungen der modernen Arbeitswelt und industriellen Entwicklung gerecht werden kann noch in der Lage ist, zukünftig die moderne Medizin unter Berücksichtigung des demographischen Faktors für alle in gleicher Weise auf hohem Niveau zu finanzieren.

Die Bundesärztekammer kommt zu dem Schluss, dass sich hinter den positiv formulierten Zielen, wie Qualitätssteigerung, Effizienzverbesserung, Flexibilisierung und Wettbewerb u.ä. das nicht-explicite politische Ziel einer Umorientierung des Gesundheitswesens verbirgt, bei dem es um eine Veränderung der freiheitlichen Balance in der Machtverteilung zwischen Staat, Krankenkassen einerseits und Leistungserbringern andererseits geht, nämlich die Beherrschung, insbesondere der Ärzteschaft durch nicht-professionelle Institutionen und – mit der Veränderung der Sicherstellungsverantwortung der Kassenärztlichen Vereinigungen – um eine politisch-ideologische Umorientierung des im wesentlichen auf Freiberuflichkeit basierenden Gesundheitssystems, in dem freiberufliche Existenzmöglichkeiten beeinträchtigt werden sollen im „Pseudo-Wettbewerb“ mit Gesundheitszentren und Eigeneinrichtungen der Krankenkassen sowie in einem medizinisch-industriellen Komplex angesiedelten Management-Gesellschaften, welche den Krankenkassen angeblich wettbewerblich orientierte Versorgungsmöglichkeiten und –innovationen verschaffen sollen.

Dies ist eine Zielsetzung, welche das Gesundheitswesen nicht „modernisiert“, sondern aus der „Balance“ der am Patienten und am Behandlungsauftrag des Arztes orientierten Versorgung bringt und eine administrierte Zuteilungsmedizin einleitet.

II.

Dem Konzept des Entwurfs liegen im wesentlichen zwei Prämissen scheinbarer Objektivität zugrunde, welche die „grundlegende Umorientierung“ begründen sollen, die sich indessen als politische Entscheidungen bewusst gegen eine Fortentwicklung der bisherigen bewährten Versorgungsstrukturen ausweisen, deren gemeinsame Ges-

taltung durch die Selbstverwaltung von Krankenkassen und Leistungserbringern (Ärzte, Krankenhäuser) verantwortet wird.

Mit der Behauptung des Qualitätsdefizits soll ein Grund für die Fremdbestimmung der medizinischen Versorgung durch eine staatliche Stelle geschaffen werden.

Mit der Disqualifizierung der selbstverwaltungsgesteuerten Ordnung in der ambulanten Versorgung, aber auch der Krankenhausversorgung im Beziehungsgefüge zwischen Krankenkassen und entsprechenden Leistungserbringern als „verkrustet“, soll der Weg zu einer fragwürdigen Wettbewerbslösung geebnet werden.

Im einzelnen bemerken wir:

1. Der Vorwurf mangelnder Qualität, der den Entwurf, wie einen roten Faden durchzieht, ist mit dem einzigen Beleg des Hinweises auf den Sachverständigenrat in diesem Ausmaß nicht begründbar. Erneut wird behauptet, dass der Sachverständigenrat „festgestellt hat“, dass „es in Teilbereichen Fehl-, Unter- und Überversorgung“ gibt. Stattdessen stellt dieser in seinem Gutachten Band III - 1: Grundlagenübersichten Versorgung chronisch Kranker – selbst fest, dass „ein eklatanter Mangel an belastbaren Versorgungsdaten zu Tage getreten“ ist (S. 28) und weiter „das vorliegende Gutachten nur als eine erste Annäherung an eine flächendeckende und sektorübergreifende Analyse des Versorgungsgeschehens in Deutschland betrachtet werden (kann). Die hier zum Teil nur angerissenen Problemhaushalte müssen in zukünftigen Untersuchungen vertieft werden, hierfür ist die baldige erhebliche Forcierung einer interessensunabhängigen, d. h. öffentlich finanzierten Versorgungsforschung eine wichtige und unerlässliche Voraussetzung“ (S. 37). Weiter wird ausgeführt:

„... dass der Rat und die Mitarbeiter seiner Geschäftsstelle eine solche flächendeckende Analyse in der Kürze der verfügbaren Zeit nicht bewerkstelligen konnten, stand außer Frage. Dies galt – und gilt – vor allem auch deshalb, weil Datenquellen, in denen deutsche Versorgungsdaten in bewertbarer Form zusammengefasst sind, nur in Ansätzen existieren. Die Verfügbarkeit der Leistungsdaten würde allerdings derzeit

ohne korrespondierende Erhebungen/Forschungen zu den gesundheitlichen Ergebnissen der Versorgung noch keine zuverlässigen Aussagen zum Ausmaß eventueller Über-, Unter- und Fehlversorgung erlauben. Einzelne spezielle Analysen zum Versorgungsgeschehen bei einzelnen Krankheitsbildern oder speziellen Zielgruppen sind zwar bereits möglich und zur Zeit angelaufen, nutzbare Ergebnisse stehen aber noch aus.“

Von der permanent von Politikern und Medien behaupteten „Feststellung“ einer Unter-, Über- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitswesen kann daher keine Rede sein. Dennoch wird der Bevölkerung von der Politik und den Medien ständig suggeriert, unser Gesundheitswesen sei schlecht und teuer, z. B. wird behauptet, jede dritte Röntgenaufnahme sei überflüssig (Studie „Qualitätskontrolle der ambulanten bildgebenden Diagnostik“ der Autorengruppe Lackner, Lehmacher und Lauterbach von der Universität zu Köln). Eine Überprüfung dieser Studie durch Prof. Selbmann, Institut für medizinische Informationsverarbeitung der Universität Tübingen (ehemaliges Mitglied des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) endet mit dem Satz, dass man aus Fehlern dieser Studie nur lernen könne, wie man es besser und fundierter machen kann.

Auch eine weitere Behauptung wird ständig genutzt, um diese Reform zu rechtfertigen: der Hinweis auf internationale Gesundheitsvergleiche, die das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich pro Kopf und gemessen am Bruttoinlandsprodukt als zu teuer und qualitativ verbesserungsbedürftig hinstellen. Dabei steht außer Frage und ist wissenschaftlich belegt, dass

- die Kostenentwicklung in der Bundesrepublik vor allem durch die Wiedervereinigung Deutschlands bedingt ist (siehe hierzu Beske-Gutachten); ohne die Wiedervereinigung läge der Anteil der Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt konstant bei 8 %;

- das Wegbrechen der Einnahmen der GKV das System verteuert (siehe Verschiebebahnhöfe von 32,643 Milliarden Euro in den letzten 10 Jahren)
 - die internationalen Vergleiche selbst mehr als fragwürdig sind, weil die Erfassungskriterien in den verglichenen Ländern von höchst unterschiedlichen Tatbeständen ausgehen und eine Vergleichbarkeit mit Anspruch auf Wissenschaftlichkeit nicht gegeben ist;
 - das unzureichende Wirtschaftswachstum in Deutschland auch Ursache für die Finanzierungsprobleme des Gesundheitswesens ist (Massenarbeitslosigkeit, sinkende Lohnquote). Die behaupteten Wirtschaftlichkeitsreserven und Einsparpotentiale im Gesundheitswesen reichen nicht aus, um die Abgabenquote im Bezug auf die Gesundheitsausgaben wesentlich abzusenken, zumal die behauptete hohe Steuer- und Abgabequote durch Untersuchungen nicht belegt wird; die Bundesrepublik liegt mit ihrer Steuer- und Abgabenquote im europäischen Mittelfeld
 - und es schließlich in jedem anderen Gesundheitssystem ebenfalls Über-, Unter- und Fehlversorgung gibt.
- 2.** Die weitere gravierende Fehleinschätzung des Entwurfs ist der Glaube – es kann nur mit einem dem Metaphysischen zugehörigen Begriff beschrieben werden, da wissenschaftlich-ökonomische Belege dafür fehlen –, dass ein „qualitätsorientierter Wettbewerb in einem solidarischen Ordnungsrahmen“ (s. Vorblatt des Entwurfs), wenn er von den Krankenkassen als Nachfragern und Ärzten und Krankenhäusern als „Anbietern“ ausgehe, strukturerzeugende und patientenorientierte Ergebnisse qualitativer Versorgung zeitigen könne. Nur so lässt sich erklären, dass eine der bisherigen wichtigsten Grundcharakteristika des deutschen Gesundheitswesens, nämlich für das System im Interesse der Patientenbedürfnisse auf der Grundlage von freier Arztwahl und freiheitlicher Berufsausübung des Arztes in den kollektivvertraglichen Beziehungen zwi-

schen Krankenkassen und Ärzten, Zahnärzten und Krankenhäusern eine Ba-
lance der Machtverhältnisse herzustellen und trotz der natürlichen Konflikte durch Übertragung von Gestaltungs- und Regelungsmacht auf Körperschaften geordnete Strukturentscheidungen zu ermöglichen, beseitigt werden soll – einer ungeprüften Losung wegen, die sich anscheinend politisch verselbständigt hat, nämlich dem sogenannten „Vertragswettbewerb“, bei dem erwartet wird, dass Krankenkassen nur zum Wohle ihrer Patienten handeln und die „besten“ Leistungserbringer unter Vertrag nehmen, während sie gleichzeitig als Krankenkassen unter dem Druck sinkender Einnahmen und fehlender Gestaltungsmöglichkeiten im Leistungskatalog stehen.

Dass in anderen Staaten solche Strukturen gerade nicht erfolgreich sind – in den Vereinigten Staaten im übrigen ebenso wie in der Schweiz wieder eine Umkehr im Denken und im Handeln einsetzen – scheint in der politischen Diskussion verlorengegangen zu sein, vermutlich weil auch hier erkennbar nicht eine behutsame Fortentwicklung der Strukturen im Vordergrund stehen, sondern die sich mit dem bisherigen Vertragssystem verbindende Machtbalance zugunsten der Krankenkassen und des Staates verändert werden soll. Gerade der Hinweis auf die Notwendigkeit eines „Ordnungsrahmens“ wirft die Frage auf, warum es nicht bei einer Fortentwicklung von Handlungsmöglichkeit innerhalb des kollektivvertraglich organisierten Systems bleiben kann.

B. Bewertung des Reformvorhabens durch den 106. Deutschen Ärztetag

Im Vorfeld des Gesetzentwurfs haben mehrere Arbeitsentwürfe in perpetuierlicher und kurzzeitiger Fortschreibung über das Internet Verbreitung gefunden. Ein Arbeitsentwurf mit dem Stand von Mitte Mai 2003 ist auch zur Kenntnis des Deutschen Ärztetages gelangt, der dazu eine Resolution gefasst hat. Diese ist in der **Anlage** beigefügt. Sie ist umfassend in der Bewertung des Entwurfs und stellt die eigenen Reformvorstellungen der Bundesärztekammer („Konstruktion statt Destruktion“) in den Vordergrund.

Da der jetzige Gesetzentwurf sich von diesem Arbeitsentwurf nur begrenzt unterscheidet, hat die Aussage des 106. Deutschen Ärztetages auch für diese Stellungnahme Gültigkeit.

C.
Ergänzende Bemerkungen
zu aus der Sicht der Bundesärztekammer
kommentierungsbedürftigen Reformzielen und -vorschlägen

Wir nehmen nachstehend ergänzend noch einmal im Zusammenhang des Gesetzesentwurfs Stellung zu folgenden Regelungskomplexen:

- Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin [1.]

- Fortbildungspflicht für Vertragsärzte als Voraussetzung für die Zulassung [2.]

- Sicherstellung der fachärztlichen Versorgung durch die Krankenkassen („Einzelvertragssystem“), Gesundheitszentren, integrierte Krankenhausversorgung [3.]

- Neue Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern [4.]

- Ausweitung des Prüfungswesens und Beauftragter zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen [5.]

- Elektronische Gesundheitsakte und elektronische Gesundheitskarte [6.]

- Veränderung der Selbstverwaltung durch außerinstitutionelle Vorgaben und Ersatzvornahmeregale des Staates [7.]

Zu 1.) – Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin (Art. 1 Nr. 91 = §§ 139a ff. SGB V):

Aufgaben, innere Struktur und institutionelle Verflechtung mit dem BMGS lassen klar erkennen, dass für die gesetzliche Krankenversicherung der Weg in die Staatsmedizin bereit wird.

Die Bundesärztekammer ist für diese bereits zu einem früheren Zeitpunkt aufgestellte Einschätzung von der Politik gerügt worden. Diese Analyse trafe nicht zu. In-
dessen ist folgendes festzuhalten: Noch ist die öffentlich-rechtliche Anstalt ohne eigene Normsetzungskompetenz, noch werden die Selbstverwaltungsgremien (Koordination-
sausschuss, Bundesausschuss, Krankenhausausschuss) als Transfer-
Institutionen der im staatlichen Ordnungsrahmen präformierten Sachverständigen-
meinung genutzt. Die gewollt komplizierte gesetzliche Mechanik der Verschleierung
von faktischer Staatsprädominanz – Instrumente wie Abstimmung der Arbeitspläne,
Arbeitsaufträge des BMGS, institutionelle Verknüpfung durch Mitwirkung des BMGS
(beratend) im Direktorium der Anstalt, Begründungszwänge für die Selbstverwal-
tungsgremien bei abweichenden Beschlüssen, Beanstandungs- und Ersatzvornah-
merechte des BMGS, die es ermöglichen, die abweichenden Beschlüsse der Selbst-
verwaltungsgremien bei nicht gefälliger Begründung zu überwinden – macht deutlich,
dass es nur eine Frage der Zeit ist, bis das Zentrum für Qualität in der Medizin zum
Bundesamt für Kassenmedizin mutiert – was im übrigen mit Blick auf die Bezeich-
nung der Anstalt „Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin“ angemessener wä-
re, da das Deutsche Zentrum nur für den Bereich der gesetzlichen Krankenversiche-
rung tätig werden kann; nur insoweit hat der Bund eine Gesetzgebungskompetenz.
Gegen eine Rationalisierung medizinischer Leistungen im Rahmen der gesetzlichen
Krankenversicherung ist grundsätzlich nichts einzuwenden, wenn sie transparent
gemacht werden und die Grenzen der medizinischen Versorgung aufgezeigt werden.
Damit werden auch die Grenzen der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversi-
cherung für Versicherte und Leistungserbringer transparent. Nicht befreit werden
kann der Arzt und das Krankenhaus von der sich aus dem Behandlungsvertrag er-
gebenden Pflicht, nach dem anerkannten medizinischen Maßstab Patienten zu ver-

sorgen. Nach der bisherigen Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs in Arzthaltungssachen ist der Maßstab der guten medizinischen Versorgung ein intraprofessioneller Maßstab, d.h. er ist in der Ärzteschaft und der medizinischen Wissenschaft zu entwickeln. Von „außen“ kommende Maßstäbe stellen damit eine Fremdbestimmung der ärztlichen Profession dar.

Schon aus diesem Grund lehnt die Bundesärztekammer die Errichtung des Deutschen Zentrums ab. Darüber hinaus ist eine solche Einrichtung unter der Zielsetzung einer sachgerechten Versorgung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung nicht notwendig, weil die bisherigen Selbstverwaltungsgremien (Koordinierungsausschuss, Bundesausschuss, Krankenhausausschuss) dafür geeignete Institutionen sind. Es wird politisch die Errichtung des Zentrums auch damit begründet, dass diese Selbstverwaltungseinrichtungen versagen oder dass sie „Interessen“ vertreten, nämlich die Interessen der Krankenkassen und der Ärzte, die entsprechenden Entscheidungen konfliktiv einen Ausgleich finden. Warum eine staatliche Stelle insoweit sachgerechtere und auch zeitnähere Entscheidungen treffen können soll, bleibt das Geheimnis der Entwurfsverfasser. Beispiele aus dem Ausland belegen, dass insoweit Langsamkeit und Suboptimalität walten können.

Alternative zur Institutsidee für die Qualitätssicherung ist ein Gesamtkonzept im Rahmen der Selbstverwaltung. Ein Gesamtkonzept zur Qualitätssicherung muss Aufgabenstellung und Zielsetzung des jeweiligen Versorgungsauftrages berücksichtigen. Politik und Gesetzgeber müssen die gemeinsame Selbstverwaltung stützen, störende staatliche Einflussnahme zurücknehmen und die Autonomie der Selbstverwaltung und ihrer Ausschüsse durch gezielte gesetzliche Rahmenbedingungen stärken.

Von der Politik beklagte Defizite der Arbeit der Selbstverwaltung liegen nicht in der Arbeit der Selbstverwaltungsgremien selbst begründet, sondern vielmehr in unzulänglichen rechtlichen Rahmenbedingungen sowie in überzogenen Ansprüchen der Politik an die Leistungsfähigkeit des Systems. Ein Kompetenznetzwerk Qualitätssicherung ist mit allen Beteiligten abzustimmen und in seiner Aufgabenstellung zu konsentieren, um damit auch Akzeptanz bei den Anwendern sicherzustellen.

Ein Netzwerk, das

- das Bundeskuratorium Qualitätssicherung (BQS),
- die Arzneimittelkommission der Ärzteschaft,
- die Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin (AQS),
- der Koordinierungsausschuss, die Bundesausschüsse und der Krankenhausausschuss,
- das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)
- die ärztlichen Spitzenorganisationen, Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung,
- die "Kooperation für Transparenz und Qualität" (KTQ[®]) der Selbstverwaltungspartner,

und Einrichtungen wie z.B.

- das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Informatik (DIMDI)

einschließt, muss die Vorteile der Aufgabenteilung und die Synergieeffekte einer koordinierten Zusammenarbeit sowie die daraus resultierenden Arbeitsergebnisse hinsichtlich Transparenz und Aussagekraft für Patienten, Krankenkassen und Leistungserbringern nutzen.

In Deutschland haben die Versicherten im Sozialsystem einen Rechtsanspruch auf alle Leistungen, die dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Ein Wechsel hin zur Zuteilungsmedizin, wie durch das "Deutsche Zentrum" intendiert, kann nur dann vermieden werden, wenn Einrichtungen zur Qualitätssicherung und zur Qualitätsverbesserung im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung organisiert werden. In diesem Rahmen könnte der in Zukunft bei der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens notwendige wissenschaftliche Input entsprechend realisiert werden, um ggf. versorgungsübergreifende, anspruchsvolle wissenschaftliche Fragestellungen, z.B. der Indikatorendefinition und Evaluation von

Maßnahmen, zu leisten. Ein Gesamtkonzept zur Qualitätssicherung könnte auch die im Rahmen des DIMDI nur sehr zögerlich vorangetriebene HTA-Thematik systematisieren und für alle Bereiche des Qualitätssicherungsnetzwerks nutzbar ausgestalten.

In welchem professionell-wissenschaftlichen Rahmen Leitlinien als Versorgungs-Leitlinien geschaffen werden können und sollten, hat der Deutsche Ärztetag in seinem schon erwähnten Beschluss ausführlich vorgeschlagen („Definition guter medizinischer Versorgung und Transfer zum einzelnen Arzt“). Es bedarf keiner Leitlinien einer Bundesanstalt. Ihnen wird es wegen ihrer „Staatsnähe“ immer an der notwendigen Akzeptanz fehlen.

Zu 2.) – Fortbildungspflicht für Vertragsärzte als Voraussetzung für die Zulassung (Art. 1 Nr. 47 = § 95 Abs. 2b; Art. 1 Nr. 49 = § 95d SGB V):

Die Bundesärztekammer lehnt diesen Vorschlag ab. Dafür sind folgende Gründe maßgeblich:

- Eine Fortbildungspflicht ist ein ungeeignetes Instrument zu der eigentlich wichtigen Zielsetzung, nämlich der Sicherung einer permanenten ärztlichen Kompetenzentwicklung.
- In seiner Ausgestaltung (§ 95d SGB V i.d.F. des Entwurfs) soll das Konzept an inhaltliche Vorgaben des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen auf der Grundlage wiederum von Empfehlungen des Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin geknüpft werden; dies stellt eine Fremdbestimmung für die ärztliche Berufsausübung dar, da – im übrigen bei allen freien Berufen – der Fortbildungs- und Kompetenzerhaltungsbedarf innerhalb des Berufs bestimmt wird. Dafür sind Ärztekammern und medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaften die berufenen Institutionen.
- Mit der inhaltlichen Bestimmung der Fortbildungsziele durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen sowie mit den Bestimmungen in § 95d Abs. 1 des Entwurfs werden zur berufsrechtlichen Fortbildung parallele Struk-

turen geschaffen, die es zulassen, dass im Rahmen von akzeptierter Fortbildung auf der Ebene der Ärztekammern erworbene Fortbildungsnachweise nicht anerkannt werden. Eine solche Fremdbestimmung ist mit Art. 12 Abs. 1 GG im Hinblick auf die Verhältnismäßigkeit und Zumutbarkeit einer entsprechenden Berufsausübungsregelung nicht vereinbar.

Im einzelnen führen wir dazu folgendes aus:

Kontinuierliche berufsbegleitende Fortbildung (CME = continuous medical education) sowie kontinuierliche berufliche Kompetenzentwicklung (CPD = continuous professional development) sind Bestandteil der Berufstätigkeit von Ärztinnen und Ärzten. Ein wichtiger Baustein von CPD ist der „freiwillige Fortbildungsnachweis“. Für die Sinnhaftigkeit einer Pflicht-Fortbildung gibt es keinen stichhaltigen Nachweis. Völlig verfehlt sind Ansätze, die das Thema ärztliche Kompetenzentwicklung auf Fortbildungspflicht und mögliche Sanktionen reduzieren. Zielführend können hingegen Anreizstrukturen sein, die die Eigenverantwortlichkeit der Berufsangehörigen unterstützen.

Ärztliche Kompetenz ist mehr als der Erwerb von Information. Es geht um Wissen und Umsetzung dieses Wissens in ärztliche Fähigkeiten, Fertigkeiten und Haltungen. Dies alles vor dem Hintergrund wachsender beruflicher ärztlicher Erfahrung. Diese Einstellung wird wesentlich geprägt durch Patientenorientierung und kritische Selbstreflexion. Geeignete Instrumente zum Erwerb einer solchen Art von Kompetenz sind insbesondere interkollegialer Austausch, Qualitäts- und Fehlermanagement. Gegenüber Pflichtveranstaltungen, die Zwang ausüben, sind selbstlernende Systeme, die auf (Eigen-)Verantwortung setzen, bei weitem vorzuziehen.

Wir weisen darauf hin, dass die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) im Jahre 2002 folgendes beschlossen hat (einstimmig):

„...“

2. Die GMK geht davon aus, dass die weitaus überwiegende Mehrheit der Ärzteschaft der Verpflichtung nachkommt, ihre Leistungen dauerhaft gemäß dem anerkannten Stand von Wissenschaft und Praxis zu erbringen. Ärztinnen und Ärzte, die dieser Forderung nicht entsprechen, gefährden die Patientensicherheit. Insofern ist die Kompe-

tenzerhaltung eines der wichtigsten Qualitätskriterien für die ärztliche Versorgung der Bevölkerung.

3. Die GMK begrüßt die Maßnahmen der Bundes- und Landesärztekammern zur Verbesserung und Darlegung ärztlicher Fortbildung. Nach allgemein akzeptierter Erkenntnis ist die ärztliche Fortbildung zwar eine notwendige, aber für sich allein keine hinreichende Voraussetzung für kompetentes ärztliches Handeln. Die GMK hält es von daher für geboten, andere System zur regelmäßigen Darlegung der ärztlichen Kompetenz in der Verantwortung der ärztlichen Selbstverwaltung zu etablieren.

...“

Der 106. Deutsche Ärztetag hat empfohlen, dass das von entsprechenden Gremien der Bundesärztekammer ausgearbeitete Konzept für ein freiwilliges Fortbildungszertifikat der Ärztekammern als Angebot der Ärztekammern zum freiwilligen Fortbildungsnachweis umgesetzt werden soll. Dort heißt es im übrigen:

„... Durch ein Fortbildungszertifikat wird den Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit gegeben ihre regelmäßige qualifizierte Fortbildung als Bestandteil einer Qualitätssicherungsmaßnahme ... zu dokumentieren. Die individuell unterschiedlichen Formen des Lernverhaltens und der ärztlichen Tätigkeit spiegeln sich in der Vielfalt der Fortbildungsmethoden und -medien wieder. Bei der Auswahl der Fortbildungsveranstaltungen sind sowohl fachspezifische als auch interdisziplinäre Themen zu berücksichtigen.“

Dem widerspricht es, wenn der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen – gegebenenfalls mit den Stimmen der Krankenkassen und der Unparteiischen gegen die Ärzte – Fortbildungsinhalte oktroyiert und solche Fortbildungszertifikate entwertet.

Insoweit widerspricht es auch der durch Art. 12 Abs. 1 GG geschützten Berufsausübungsfreiheit, wenn der Angehörige des Berufs von Dritten Vorgaben über die inhaltliche Fortbildung in seinem Gebiet erhält.

Zu 3.) – Sicherstellung der fachärztlichen Versorgung durch die Krankenkassen („Einzelvertragssystem“), Gesundheitszentren, integrierte Versorgung (Art. 1 Nr. 55 = § 106b SGB V; Art. 1 Nr. 47 = § 95 Satz 3 SGB V; Art. 1 Nrn. 92 – 96 = §§ 140a ff. SGB V):

- a) Der Entwurf sieht vor (§ 106b SGB V - neu -), dass ab 1. Januar 2005 für die fachärztliche Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung ausschließlich die Krankenkassen und ihre Verbände verantwortlich sind; sie haben einen entsprechenden Sicherstellungsauftrag. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass dieser Sicherstellungsauftrag durch Einzelverträge mit „geeigneten“ Ärzten oder „Gesundheitszentren“ oder „geeigneten“ Krankenhausärzten erfüllt werden soll. Dies bedeutet die Übernahme eines von Krankenkassenverbänden schon seit langem geforderten sogenannten „Einkaufsmodells“. Auch von Gewerkschaftsseite ist unter der politischen Zielsetzung einer Beseitigung freiberuflicher fachärztlicher Tätigkeit und ihrer ausschließlichen Zuordnung zu Beschäftigungsverhältnissen im Krankenhaus begrüßt worden. Die Befürworter dieser Konzeption sind zugleich Beleg für die politisch-ideologische Absicht, künftighin freiberufliche fachärztliche Tätigkeit außerhalb von Gesundheitszentren und Krankenhäusern zunächst zu erschweren und langfristig nicht mehr möglich zu machen.

Der 106. Deutsche Ärztetag hat dazu folgende EntschlieÙung gefasst:

„Die ambulante ärztliche Versorgung durch freiberufliche Fachärzte ist ein prägendes Strukturelement und Qualitätsmerkmal des deutschen Gesundheitswesens; sie gewährleistet eine patientengerechte, wohnortnahe fachärztliche Versorgung.

Die Gesetzespläne im so genannten Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz laufen darauf hinaus, die Praxen niedergelassener freiberuflicher Fachärzte zu beseitigen. Langfristig soll jede fachärztliche Tätigkeit an Krankenhäusern und in Gesundheitszentren angesiedelt und in ein Angestelltenverhältnis überführt werden. In einer Übergangszeit soll der bisherige Anspruch des Facharztes auf öffentlich-rechtliche Zulassung durch Einzelverträge der Krankenkassen begrenzt bzw. voll-ständig abgelöst werden.

Der 106. Deutsche Ärztetag wendet sich entschieden gegen diesen Systemwechsel unseres Gesundheitswesens, der als Effizienzsteigerung und Qualitätsverbesserung verkauft wird, jedoch geradezu das Gegenteil bewirken wird, wie europäische Nachbarländer mit ähnlichen Strukturen belegen, in denen Wartelisten und Zwei-Klassen-Medizin Folge der Ausdünnung der fachärztlichen ambulanten Versorgung sind.

Trotz der politischen Beteuerungen, deren Rechte stärken zu wollen, werden Patienten die Leidtragenden sein:

- der Patient wird im Krankheitsfall nicht mehr die freie Arztwahl haben; er wird in Zukunft auf diejenigen Ärzte angewiesen sein, die von seiner Krankenkasse „eingekauft“ und unter Vertrag genommen sind oder die bereit sind, zu den Konditionen seiner Krankenkasse zu arbeiten;
- der Patient kann nicht davon ausgehen, dass der behandelnde Facharzt seines Vertrauens ihm auch langfristig für seine individuelle ärztliche Betreuung zur Verfügung steht, da der Facharzt in Zukunft darauf angewiesen ist, dass Krankenkassen die befristeten Verträge mit ihm auch verlängern;
- der Patient wird damit konfrontiert werden, dass er Opfer eines zu erwartenden „vertragslosen Zustandes“ zwischen seiner Krankenkasse und der sich anstelle von kassenärztlichen Vereinigungen bildenden gewerkschaftsähnlichen ärztlichen Strukturen wird.

Mit dieser Abkehr von der bisherigen kassenübergreifenden hin zu einer wettbewerblich ausgerichteten Organisation der ambulanten fachärztlichen Versorgung wird nicht nur die Versorgungssicherheit und die freie Arztwahl des Patienten beseitigt, sondern auch Fachärzte in ihrer medizinischen Entscheidung erpressbar; sie verlieren nicht nur ihre berufliche, sondern auch ihre fachliche Unabhängigkeit.

Das unverantwortliche gesetzgeberische Experiment entmündigt somit Patienten und Ärzte. Auf Grund ihrer existenziellen Abhängigkeit vom Vertragsabschluss mit den Krankenkassen werden sich Fachärzte dem Vertragsdiktat, das sich nicht nur auf die Vergütung, sondern bei einer zunehmenden Anzahl von Krankheiten auch auf die medizinischen Inhalte erstreckt (Disease Management Programme), kaum entziehen können. Da die Krankenkassen im Beitragswettbewerb stehen, ist nicht nur eine Risikoselektion zu Lasten schwerkranker, kostenintensiver Patienten vor-programmiert, sondern – auf Grund der Befristung der Verträge - auch eine stufenweise Herausfilterung nicht der besten, sondern der willfährigsten Ärzte zu befürchten.

Der 106. Deutsche Ärztetag lehnt diese Gesetzespläne entschieden ab, er fordert stattdessen, das bewährte System der ambulanten fachärztlichen Versorgung durch freiberufliche Ärzte aufrecht zu erhalten. Dies ist unabdingbar verknüpft damit, dass niedergelassene Fachärzte nicht durch Einzelverträge der Einkaufsmacht der Krankenkassen unterworfen werden, sondern ihre berufliche und medizinisch fachliche Unabhängigkeit zum Nutzen ihrer Patienten durch eine eigenständige Selbstverwaltung in kassenärztlichen Vereinigungen behalten.“

In dieser Stellungnahme sind alle fachlichen und versorgungspolitischen Einwände dargelegt.

- b) In rechtlicher Hinsicht stößt der Gesetzesvorschlag auch auf erhebliche verfassungsrechtliche Zweifel hinsichtlich der Zulässigkeit einer Diversifizierung der Versorgungssysteme in der vertragsärztlichen Versorgung einerseits mit Blick auf Hausärzte, Augenärzte und Frauenärzte und deren Einbindung in bisherige kollektivvertraglichen Systeme mit Einheitszulassung und Sicherstellung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und andererseits – jedenfalls für die künftige Niederlassung von Fachärzten – ein Einkaufssystem, dessen Bedingungen von Krankenkassen selbstgestaltet und vorgeschrieben werden. Daran ändert auch nichts die Einbeziehung einer Steuerung über Vorgaben der Bundesverbände (§ 106 b Abs. 5), welche als Einheitskartell der Nachfrager die eigene Logik des Vertragswettbewerbs konterkarieren und gerade die Zweifel bestätigen, dass Krankenkassen nicht in der Lage sind, strukturerzeugende und Patientenbedürfnissen entsprechende Strukturen im Einzelvertragssystem aufzubauen.

Die verfassungsrechtlichen Zweifel gründen in der Ungleichbehandlung der Arztgruppen einerseits (Art. 3 Abs. 1 GG) – es gibt keinen sachlich vertretbaren Differenzierungsgrund zu einer so tiefgreifend unterschiedlichen Statuierung von Zugangsbedingungen für Hausärzte, Augenärzte, Frauenärzte einerseits und die übrigen Fachärzte andererseits.

Zum anderen dürfte es nach Art. 12 Abs. 1 GG verfassungsrechtlich nicht zu verantworten sein, dass eine Generation von Fachärzten, die in Krankenhäusern weitergebildet worden ist und in den kommenden Jahren vor der berufsperspektivisch möglichen Entscheidung einer Niederlassung steht, der Zugang zur Behandlung von Versicherten aufgrund von individuellen Bedarfsentscheidungen der Krankenkassen verwehrt ist; dagegen spricht der hohe Versicherungsgrad in der Bundesrepublik Deutschland und die Unmöglichkeit, ohne Behandlungsmöglichkeiten für Versicherte eine hinreichende freiberufliche Tätigkeit entfalten zu können.

Schließlich dürfte die Regelung auch gegen Art. 14 und Art. 12 GG insoweit verstoßen, als Vertragsärzten, denen zwar der Fortbestand der Zulassung garantiert ist, nach Ausscheiden aus dem System die Weitergabe ihrer Praxis als vermögensmäßige Lebensleistung nicht mehr möglich gemacht wird, da ein Interessent an der Praxis keinen Anspruch auf Betätigung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung hat, so wie dies heute bei der Weitergabe einer Praxis sowohl in zulassungsbeschränkten als auch unbeschränkten Gebieten der Fall ist. Die Entwurfsbegründung irrt, wenn sie darauf hinweist, dass ein Vertragsarzt künftig nicht anders dastehe, als in Fällen, in denen in Planungsbereichen keine Zulassungsbeschränkungen bestehen, weil er insoweit auf den „freien Markt“ der Interessenten an der Fortführung der Praxis verwiesen sei. Diese Situation ist indessen anders als die durch die künftige Regelung geschaffene: Jeder Interessent an einer Praxis hat in nicht-zulassungsbeschränkten Planungsbereichen einen Anspruch auf Zulassung zur Behandlung von Versicherten. Schließlich wird durch die Aufspaltung in zwei Teilsysteme unterschiedlicher Versorgung der Fortbestand von Gemeinschaftspraxen, die ebenfalls einen schützenswerten wirtschaftlichen Wert darstellen, gefährdet, da bei Ausscheiden eines Praxispartners die Neuaufnahme eines weiteren Praxispartners verunmöglicht wird, wenn mit diesem besondere Verträge mit den Krankenkassen geschlossen werden müssten. Eine solche Situation ist im übrigen ein beredtes Beispiel für die Komplexität der neuen Struktur in einem Nebeneinander von Vertragsarztzulassung und Einzelverträgen.

- c) Neu ist die Einführung der Möglichkeit, dass sogenannte Gesundheitszentren gleichberechtigt wie zugelassene niedergelassene Vertragsärzte an der Versorgung der Versicherten teilnehmen sollen. Diese Regelung, welche ersichtlich ihre Vorbilder in ehemaligen Einrichtungen des DDR-Gesundheitswesens hat, wird ebenfalls mit einer Strukturverbesserung begründet. Es bestehen erhebliche Zweifel, ob eine solche Regelung angemessen ist. Zunächst muss sie im Zusammenhang mit der in der vorgenannt beschriebenen Vorschrift des § 106b SGB V beabsichtigten Zurückdrängung der fachärztlichen Versorgung in ein Einzelvertragssystem gesehen werden. Der parallele Aufbau von Strukturen über Gesundheitszentren bedeutet, dass Krankenkassen für Verträge mit einzelnen Ärzten oder Gemeinschaftspraxen von Fachärzten ein Bedürfnis nicht mehr sehen, sondern Gesundheitszentren bevorzugen werden.

Gleichermaßen gilt dies für die neue integrierte Versorgung als eine außerhalb des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen optional den Krankenkassen eröffneten Möglichkeit, durch Einzelverträge Versorgungsstrukturen aufzubauen, und zwar mit einzelnen Ärzten, Gruppen von Ärzten, Krankenhäusern und mit Gesundheitszentren oder auch mit Management-Gesellschaften, welche entsprechende Leistungen anbieten.

Dieselbe Einschätzung trifft auch für die durch das Gesetz eröffnete Möglichkeit zu, dass Krankenkassen integrierte Versorgung in Eigeneinrichtungen oder von ihnen über juristische Personen des Privatrechts gegründete Eigeneinrichtungen anbieten. Die vorgesehene Neudefinition der „integrierten Versorgung“ als eine „fachübergreifend-interdisziplinäre Versorgung“ räumt faktisch jedwede Vertragsgestaltung außerhalb der Sicherstellung der Kassenärztlichen Vereinigung ein.

Alle diese neuen Versorgungsstrukturen treten neben die noch restliche vertragsärztliche hausärztliche Versorgung und würden ein Wettbewerbsumfeld darstellen für die künftig auf einen Einzelvertrag angewiesenen niedergelassenen freiberuflichen Fachärzte.

In mehreren Kammer- und Heilberufsgesetzen der Länder ist die Führung einer Arztpraxis in der juristischen Person des Privatrechts verboten. Dies hat einen wohlweislichen Grund. Aus diesen Gründen hat auch die Bundesärztekammer stets der Möglichkeit entgegen gewirkt, dass Kapitalgesellschaften Arztpraxen schaffen oder als sogenannte „Heilkunde-GmbHs“ ärztliche Versorgung anbieten, solange nicht gesetzliche Regelungen existieren, welche die Unabhängigkeit der Ärzte in ihrer alleinigen Verantwortung für die Patienten sichern. Anders nämlich als im Krankenhaus, das ebenfalls mit angestellten Ärzten tätig wird, aber über entsprechende institutionelle Absicherungen auf gesetzlicher Grundlage verfügt, ist die ambulante Versorgung wirtschaftlichen Einflüssen stärker geöffnet, weil es keine gesetzlichen Vorkehrungen gibt, welche das Angebot von heilkundlichen Leistungen durch Gesellschaften steuern. Vergleichbare Rechtsprobleme entstehen auch im sonstigen Recht der Freien Berufe, wie bei Anwälten, Steuerberatern und Wirtschaftsprüfern. Ein Blick in die entsprechende (bundesgesetzlichen) Rahmenregelungen zeigt, dass das Gesetz sehr genau vorschreibt, wer die Gesellschafter entsprechender Beratungsgesellschaften sein müssen und dass die Unabhängigkeit der dort tätigen dem Freien Beruf zugeordneten Berufsangehörigen gewahrt werden muss.

Wenn das Gesetz nunmehr darauf vertraut, dass sich in Nutzung „aller zugelassenen Organisationsformen“ (so § 95 Abs. 1 SGB V) Träger von Gesundheitszentren jedweder Art zusammenfinden, um eine den sozialrechtlichen Ansprüchen und dem Stand der medizinischen Wissenschaft unabhängige ärztliche Versorgung zu gewährleisten, so sind dann erhebliche Zweifel angebracht, wenn Träger solcher Gesundheitszentren Kapitalgesellschaften sind, deren Gesellschafter pharmazeutische Unternehmen, Medizinprodukte-Hersteller, Management-Gesellschaften u.ä. sind. Wir halten es für äußerst zweifelhaft, dass es sowohl den Krankenkassen als Vertragspartnern solcher Gesundheitszentren oder den Zulassungsgremien im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung, aber auch den in diesen Gesundheitszentren angestellten Ärzten im Rahmen der Anstellungsverhältnisse gelingt, das berufs-

rechtliche Gebot der medizinischen Unabhängigkeit des Arztes in der Behandlung von Patienten durchzusetzen. Gerade in der Konstellation des Gesundheitszentrums als Partner einer integrierten Versorgung oder als Partner eines Einzelvertragssystems in der fachärztlichen Versorgung kumulieren zwei Elemente der Interessenbezogenheit in einer ungunstigen Weise, nämlich einerseits das Interesse der Krankenkassen an einer möglichst einfachen und wirtschaftlichen Versorgung und das Interesse des Kapitalgebers des Gesundheitszentrums an einer gewinnorientierten Verfahrensweise. Der Gesetzgeber sollte es sich wohlweislich überlegen, ob er der etwas saloppen Begründung für die Einführung dieser Regelung („Mit der Neuregelung entsteht die Möglichkeit, eine Versorgung 'aus einer Hand' anzubieten.“), welche eher der Werbesprache von Kaufhäusern oder ähnlichen Mischproduktunternehmen angenähert ist, in der Erwartung folgt, auf diese Weise wirksame medizinische Versorgung anzubieten, und die damit verbundenen Gefahren, entweder „Billigmedizin“ oder Gewinnmaximierung zu Lasten der Versorgungsniveaus durchsetzen, übersieht.

Darüber hinaus bestehen im übrigen in der Einführung dieser Gesundheitszentren und in der Erweiterung der integrierten Versorgung und der Möglichkeit, dass auch Krankenhäuser ihrerseits über die Errichtung von solchen Gesellschaften in der ambulanten Versorgung mitwirken, gesetzlich begründete Wettbewerbsvorteile zu Lasten der Niederlassung von Fachärzten. Bei der integrierten Versorgung ist dies noch zusätzlich dadurch augenfällig, dass den Krankenkassen erlaubt wird, gegen den bisher immer noch hochgehaltenen Grundsatz der Beitragssatzstabilität zusätzliche Finanzierungen zu ermöglichen. Durch die Mitbeteiligung von öffentlich-rechtlichen Organisationen, wie den Krankenkassen, vermittelt der Bildung von Eigeneinrichtungen, entsteht ein Wettbewerb der öffentlichen Hand mit Marktverdrängung, der – wie die entsprechende Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs zeigt – rechtswidrig ist. Ihn zu implementieren, und zwar durch Gesetz, verstößt damit auch gegen verfassungsrechtliche Gleichbehandlungsgebote.

Zu 4.) – Krankenhausversorgung: Neue Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern

a) Zu Art. 1 Nrn. 56, 57, 58 und 59 (§§ 108, 109, 109a, 110), Zugelassene Krankenhäuser/ Versorgungsverträge/ Rahmenvorgaben/ Kündigung von Versorgungsverträgen

Durch die Änderung der §§ 108, 109 SGB V entfällt zukünftig der Kontrahierungszwang der Krankenkassen mit den sog. Plankrankenhäusern, d.h. den in den Bedarfsplan eines Landes aufgenommenen Krankenhäusern. Damit entfällt der bisherige und bewährte Automatismus zwischen der Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhaus(-bedarfs)plan eines Landes und der Zulassung zur Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Durch die Änderung des § 110 Abs. 1 und 2 SGB V, welche die Änderungen der §§ 108, 109 und die Einfügung des § 109a nachvollzieht, kann die zuständige Landesbehörde die Kündigung eines Versorgungsvertrages nur noch beanstanden, wenn Rahmenvorgaben den gesetzlichen Vorgaben nach § 109a SGB V entsprechen, aber nicht beachtet worden sind. Die Möglichkeit für das Land, einer Kündigung zu widersprechen, wird zusätzlich eingeschränkt bzw. erschwert dadurch, dass dargelegt werden muss, dass das Krankenhaus bzw. der Krankenhausteil für die Versorgung der Versicherten unverzichtbar ist.

Der ab dem Jahr 2007 geplante Entfall des Kontrahierungszwanges der Krankenkassen mit Krankenhäusern, die in den Krankenhausplan aufgenommen sind, entzieht diesen jegliche Planungs- und Betriebsgrundlage und wird daher entschieden abgelehnt. Durch eine derartige Konstruktion wird die Aufnahme in den Krankenhausplan eines Landes für das Krankenhaus völlig bedeutungslos. Die Krankenhausplanung der Länder wird entwertet, weil sie künftig keine verbindliche Rechtswirkung für die Versorgungsverträge mehr entfalten soll. Damit wird eine flächendeckende und wohnortnahe stationäre Versorgung vor allem von den Entscheidungen der Krankenkassen abhängig gemacht. Stattdessen müssen für die stationäre Versorgung wieder stabile Rahmenbedingungen geschaffen werden. Dazu gehören die Verlässlichkeit

der Krankenhausplanung der Länder, die Schaffung neuer Instrumente zur Schließung von Lücken in der flächendeckenden, wohnortnahen Versorgung auch unter den Bedingungen des Fallpauschalensystems sowie wirksame wirtschaftliche Anreize für eine verbesserte Integration der Versorgungsbereiche.

Ebenso wird die vorgesehene Neufassung der Voraussetzungen für eine Kündigungszustimmung des Landes als für die Krankenhäuser unzumutbare Gefährdung ihres Versorgungsauftrages abgelehnt. Zwar soll die zuständige Landesbehörde im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen allgemeine leistungsorientierte Rahmenvorgaben für Versorgungsverträge, die sich am tatsächlichen medizinischen Bedarf zu orientieren haben, erarbeiten und beschließen, jedoch entfällt nach dieser Regelung das bisherige, auf den individuellen Versorgungsauftrag und die Leistungsstruktur des einzelnen Krankenhauses bezogene Veto-Recht bzw. Zustimmungsvoraussetzung des Landes für die Kündigung eines Versorgungsauftrages. Dieses aus Sicht der Ärzteschaft bewährte Planungsinstrument ist auch künftig unverzichtbar.

b) Zu Art. 1 Nr. 63 (§ 115a Abs. 2), Fristen für nachstationäre Behandlung

Die im Rahmen nunmehr von zweiseitigen – bisher dreiseitigen – Vereinbarungen zwischen Kassenverbänden und Krankenhausträgerverbänden vorgesehene Verlängerung der gesetzlichen Frist für die nachstationäre Behandlung im Krankenhaus auf einen Monat und der Wegfall der bisherigen Begrenzung auf sieben Behandlungstage (innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung) erweitern die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten durch Krankenhäuser. Auch wenn hiermit zu einer weiteren Verbesserung der Verzahnung der stationären mit der ambulanten Versorgung insbesondere bei schwerwiegenden Krankheitsbildern beigetragen werden kann, stellt die Herstellung lediglich des Benehmens mit der Kassenärztlichen Vereinigung im Land keine echte Mitwirkungsmöglichkeit dieser ärztlichen Selbstverwaltungsorganisation dar.

Der Gesetzentwurf verzichtet richtigerweise auf eine Verlängerung der vorstationären Diagnostik, da innerhalb von fünf Tagen ausreichende Möglichkeiten bestehen, die Notwendigkeit einer vorstationären Krankenhausbehandlung zu klären bzw. die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten.

c) Zu Art. 1 Nr. 66 (§ 116a), Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung und Nr. 66 (§ 116b), Ambulante Behandlung im Krankenhaus

Die vorgesehene Verpflichtung des Zulassungsausschusses, zugelassene Krankenhäuser im Falle des Vorliegens einer Unterversorgung als Institution zur vertragsärztlichen Versorgung zu ermächtigen, muss auf Widerstand stoßen. Statt einer institutionellen Öffnung der Krankenhäuser für eine ambulante Behandlung der Versicherten muss unter dem Gesichtspunkt einer qualifizierten Versorgung eine derartige Regelung an die persönliche Qualifikation des Krankenhausarztes als Grundlage für eine Ermächtigung angeknüpft werden.

Die Bundesärztekammer hält auch die Lösung in § 116b – neu –, wonach die Erbringung der in einem Katalog genannten hochspezialisierten Leistungen, welcher zweiseitig zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern vereinbart werden soll, nicht für geeignet. Auch hier darf sich das Krankenhaus nicht institutionell öffnen, vielmehr muss den hierfür geeigneten und qualifizierten Krankenhausärzten persönlich die Teilnahme an der ambulanten Erbringung dieser Leistungen eingeräumt werden. Nicht das Krankenhaus als Institution, sondern der zur Erbringung der hochspezialisierten Leistung befähigte Arzt mit seiner besonderen Qualifikation muss persönlich an dieser ambulanten Versorgung teilhaben können.

Die durch diese Regelungen den Krankenhäusern eröffnete weitergehende Leistungserbringung in der ambulanten Versorgung erfolgt zudem unter unterschiedlichen Wettbewerbsbedingungen im Verhältnis zwischen Krankenhaus

und niedergelassenem Facharzt und führt somit zu massiven Wettbewerbsverzerrungen mit einseitiger Begünstigung des Krankenhauses als Leistungserbringer.

Zu 5.) – Ausweitung des Prüfungswesens und „Anti-Korruptionsbeauftragter“ (z.B. Art. 1 Nrn. 53,54 = §§ 106, 106a SGB V; Art. 1 Nr. 137 = §§ 274a – 274c SGB V)

- a) Aus einzelnen Bausteinen von Prüfungen und Richtlinien-Vorgaben (vgl. z.B. §§ 106, 106a SGB V i.d.F. des Entwurfs) entsteht eine hypertrophe Prüf- und Überwachungsbürokratie, welche die Behandlungsbeziehung zwischen Patient und Arzt und die Abläufe der gesundheitlichen Versorgung in unerträglicher Weise administriert:

Der Arzt ist Adressat von Richtlinien, Leitlinien, informatorischen Vorgaben, Zeitrastern, Anwendungsempfehlungen der medikamentösen Therapie – alles verbunden mit umfassenden Prüfungszuständigkeiten entsprechender Gremien und Regressdrohungen. Man hat den Eindruck, dass nicht mehr der Arzt und sein Patient in ihrer Vertrauensbeziehung im Mittelpunkt des Gesundheitswesens stehen, sondern dass ein neuer Arztypus kreiert werden soll: der durch Leitlinien und Therapieempfehlungen gelenkte, zeitgerasterte, Medizinnutzen bewertende, transparente „Dienstleister“, der umfassend überwachungsbedürftig ist.

- b) Damit nicht genug: Die verfahrensrechtlich gesicherten und Rechtsschutz gewährleistenden Verantwortlichkeiten für die – auch aus der Sicht der Bundesärztekammer notwendige – Überprüfung von Rechtmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit durch die dazu berufenen Selbstverwaltungsgremien (Prüfungsausschüsse, Kassenärztliche Vereinigungen u.a.) werden nunmehr zusätzlich durch ein bundesweites Ermittlungssystem übersteigert: Die Institution eines Beauftragten zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen (§ 274a SGB V i.d.F. des Entwurfs). Das Untersuchungsfeld dieses Beauftragten und der ihm im BMGS zur Verfügung stehenden Ermittlungsbürokratie erstreckt

sich auf „Fälle“, „die auf Unregelmäßigkeiten oder auf rechtswidrige Nutzung oder zweckwidrigen Einsatz von Finanzmitteln im Zusammenhang mit den Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung hindeuten“.

Um nicht missverstanden zu werden: Die Bundesärztekammer will nicht strafbare oder rechtswidrige Handlungen beschönigen oder decken.

Jedoch: Dieser Untersuchungsbeauftragte, an den sich jeder Bürger soll wenden können („Hinweise“), soll sich über die Feststellung von Vorgängen als strafrechtlich relevant oder rechtswidrig hinaus mit einer neuen wertenden Kategorie der „Unregelmäßigkeiten oder „zweckwidrigen“ Verwendung von Finanzmitteln befassen, welche die Begründung des Entwurfs als „einen Grenzbereich zwischen legalem und illegalem Verhalten bis hin zu einem gesellschaftspolitisch (!) nicht akzeptablen Verhalten“ bezeichnet. Hier würde die subjektive Einschätzung des Beauftragten und der politisch orientierten Bürokratie eine ideologisch begründete öffentliche Anprangerei gegen Einzelne erlauben, gegen die sich ein Betroffener noch nicht einmal wehren kann – weil es eben eine gesellschaftspolitische Wertung ist und keine rechtliche. Hier erwächst Raum zu subjektiven Ermittlungsmaßstäben (s. Begründung: „Leitbild der solidarischen Versicherung“), die mit Rechtsstaatsgrundsätzen nicht mehr vereinbar ist und im übrigen eine Provokation aller Beteiligten darstellt, die sich rechtmäßig verhalten, aber gleichwohl Gefahr laufen müssen, angeprangert zu werden. Der Rechtsbegriff der „Unregelmäßigkeit“ entbehrt einer hinreichenden Klarheit für einen Vorwurf der Rechtswidrigkeit und wird daher rechtsstaatlichen Anforderungen an die für einen Eingriff in Persönlichkeitsrechte eines „Betroffenen“ notwendigen Bestimmtheit nicht gerecht.

**Zu 6.) – Elektronische Gesundheitsakte und elektronische Gesundheitskarte
(Art. 1 Nr. 26 = § 68 SGB V; Art. 1 Nr. 144 = § 291a SGB V)**

a) Allgemeine Bemerkung

Durch die Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte (§ 291a SGB V-Entwurf) und durch von ihr ermöglichte Anwendungen, wie z.B. einer elektronischen Patientenakte, soll eine Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung von Versicherten erreicht werden.

Die Bundesärztekammer hegt Zweifel daran, dass Datensammlungen, die vom Versicherten in beliebiger Form abgeändert werden können, geeignet sind, zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung beizutragen, da es im konkreten Einzelfall für den Behandler nicht möglich ist, den Wert der ihm jeweils vorliegenden Informationen hinsichtlich ihrer inhaltlichen Vollständigkeit und/oder ihrer zeitlichen Aktualität zu beurteilen und sie als verbindliche Basis für diagnostische oder therapeutische Entscheidungen zu nutzen. Bei einem Löschrecht auf "atomarer" Ebene durch den Versicherten, besteht nach Auffassung der Bundesärztekammer potentiell die Gefahr, dass eine durch einen Versicherten in Unkenntnis medizinischer Sachverhalte veranlasste, selektive Löschung von Daten für einen Behandler ein falsches, den Versicherten unter Umständen sogar gefährdendes Bild seines Gesundheitszustandes entsteht.

Der vorliegende Gesetzentwurf lässt weiterhin aus Sicht der Bundesärztekammer nicht klar erkennen, für welche Daten, die zukünftig auf der oder durch die elektronische Gesundheitskarte gespeichert werden sollen, ein Recht auf Einsichtnahme durch den Versicherten bestehen soll (§291a Abs. 4 Satz 6 SGB V-Entwurf). Die Bundesärztekammer merkt hierzu kritisch an, dass das Recht von Patienten auf Einsichtnahme in Krankenunterlagen durch die Gesetzgebung der Länder und die Berufsordnungen der Ärztekammern geregelt ist.

b) Folgende Einzelanmerkungen erscheinen uns derzeit angebracht:

aa) Finanzierung elektronischen Gesundheitsakte (§ 68)

Die Bundesärztekammer beurteilt die Möglichkeit zu unterschiedlichen Regelungen der finanziellen Unterstützung Versicherter durch die Krankenkassen insofern als kritisch, als dass unterschiedliche Regelungen zu einem unterschiedlichen Niveau der Nutzung der Anwendungen durch die Versicherten führen können.

bb) Anmerkungen unter datenschutzrechtlichen Gesichtspunkten

- Löschung von Protokolldaten (§ 291a Abs. 4 Satz 5 SGB V)

Durch die Möglichkeit, die im Interesse des Datenschutzes des Versicherten auf die Karte aufgebrachten Protokolldaten auf Veranlassung des Versicherten löschen zu lassen, besteht die Gefahr, dass Versicherte unter Druck gesetzt werden, einer Löschung von Protokolldaten zuzustimmen, die missbräuchliche Zugriffe dokumentieren. In einem solchen Fall wäre der Versicherte im Nachhinein nicht einmal in der Lage, eine derart zustande gekommene Löschung der Protokolldaten zu beweisen. Hilfsweise kann eine Protokollierung einer vorgenommenen Löschung der Protokolldaten vorgesehen werden.

- Nutzung von Daten auf der Gesundheitskarte

Unabhängig vom technischen Konzept zur Übermittlung "ärztlicher Verordnungen in elektronischer und maschinell verwertbarer Form" gemäß § 291a Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 mit Hilfe der Gesundheitskarte geht die Bundesärztekammer davon aus, dass eine "Verarbeitung und Nutzung von Daten" auf der Gesundheitskarte (z.B. "Ticketdaten" oder Rezeptdaten) nach Einlösen eines elektronischen Rezeptes beim Apotheker durch den Versicherten zum Zwecke der Abrechnung nicht mehr erforderlich ist, da diese Daten ab diesem Zeitpunkt dem Workflow des elektronischen Rezeptes und damit auch für Zwecke der Abrechnung

zur Verfügung stehen und von der Gesundheitskarte entfernt werden sollten. Für die Nutzung von Daten, welche zur Erhöhung der Arzneimittelsicherheit auf der Gesundheitskarte abgelegt werden sollen, besteht in § 291a Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 unter "Daten einer Arzneimitteldokumentation" eine ausreichende Regelung.

- Begleitvereinbarungen zur elektronischen Gesundheitskarte

Die gemäß § 291a Abs. 6 zu treffende Vereinbarung über "die Schaffung der für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte erforderlichen Informations-, Kommunikations- und Sicherheitsinfrastruktur" betrifft wesentlich auch die Kammern der Ärzte und Zahnärzte. Sie nehmen im Zusammenhang mit der Bereitstellung und Pflege von (Register-)Daten für einen elektronischen Heilberufsausweis als einem wesentliche Element der zu schaffenden Sicherheitsinfrastruktur wichtige Aufgaben wahr. Weiterhin betreffen Vereinbarungen zur erforderlichen Informations-, Kommunikations- und Sicherheitsinfrastruktur wesentlich grundsätzliche Rechte und Pflichten von Ärzten und Zahnärzten im Rahmen ihrer Berufsausübung unabhängig davon, ob diese in der ambulanten oder stationären Versorgung tätig sind oder zur Versorgung von gesetzlich Krankenversicherten zugelassen sind. Nach Auffassung der Bundesärztekammer ist daher eine Einbeziehung der Kammern der Ärzte und Zahnärzte in solche Vereinbarungen erforderlich.

Zu 7.) – Veränderung der Selbstverwaltung durch außerinstitutionelle Vorgaben und Ersatzvornahmrechte des Staates

Die bisher wegen Sachnähe und (auch innovationsfördernder) Vielfalt bevorzugte Normsetzung und vertragliche Gestaltung auf Landesebene in der Selbstverwaltung wird auf die Bundesebene „hochgezogen“ (weitestgehend nunmehr Richtlinien der KBV und Spitzenverbände, Rahmenvorgaben – vgl. z.B. Art. 1 Nr. 53 = § 106

Abs. 2b; Art. 1 Nr. 54 = § 106a Abs. 4). Ergänzende Beanstandungs- und Ersatzvornahmerechte (z.B. betreffend den EMB) belegen einen nicht in der Begründung ausgewiesenen Grund: Es geht – wie beim „Deutschen Zentrum“ – darum, die Steuerung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung einer umfassenden Aufsicht des BMGS zu unterstellen. Die bisherige Handlungsautonomie der Selbstverwaltung entartet so zu einer „Vorlage-Autonomie“ mit Gestattungsvorbehalt des BMGS.

D.

Bewertung des Entwurfs nach seinen Auswirkungen

1. Ganz allgemein ist festzuhalten: Neue Regelungsvorschläge erweitern die schon bestehende übermäßige Bürokratisierung aller Praxisabläufe von Behandlung bis Abrechnung. Es ergibt sich der Eindruck: Nicht mehr das Arzt-Patienten-Vertrauensverhältnis steht im Mittelpunkt, sondern Überwachung des Arztes über Leitlinien, Richtlinien, Richtgrößen, Zeitraster und Ausforschung.
2. Offensichtlich ist der Versuch einer Fremdbestimmung ärztlicher Berufsausübung („Misstrauenskultur“). Wesentliche ärztliche Berufsausübungsinhalte werden durch eine staatliche nichtärztliche Institution („Zentrum für Qualität in der Medizin“) oder Kassen festgesetzt, z.B. die Fortbildungsinhalte, die Patientenversorgung über Leitlinien, Richtlinien, Zeitraster; mittelbar wirkt das „Zentrum“ über den Bundesausschuss (Selbstverwaltung) in die Richtlinien ein.
3. Erkennbar, wenn nicht sogar gezielt gewollt, ist die Behinderung künftiger freiberuflicher fachärztlicher Tätigkeit als niedergelassener Arzt (Folgen des sog. Einzelvertragswettbewerbs). Dies ergibt sich aus der Kumulation versorgungsstruktureller „begleitender“ Regelungen:

= Kein Anspruch auf Vertrag

- = Befristete Verträge beeinträchtigen die Investitionsfähigkeit
 - = Bevorzugte Förderung von besonderen Versorgungsformen (integrierte Versorgung)
 - = Ungleichem Wettbewerb mit Gesundheitszentren und Krankenhäusern
 - = Gefährdung der Praxisverwertung wegen Wegfalls eines Fortführungsrechts
 - = Fortführung der Gemeinschaftspraxis gefährdet
- 4.** Gesundheitszentren mit angestellten Ärzten und Management-Gesellschaften in der Trägerschaft von gewinnorientierten Kapitalgesellschaften als neue Mitbewerber um Einzelverträge für die fachärztliche Versorgung und die integrierte Versorgung verdrängen freiberuflich tätige Ärzte. Behandlungsverträge werden nicht mehr durch den persönlich verpflichteten Arzt erfüllt.
- 5.** Folge ist eine kassendefinierte und unternehmensmotivierte „Dienstleistungskultur“ für die ärztliche Berufsausübung und die Patientenversorgung in der (künftigen) vertraglichen und integrierten Versorgungsstruktur:
- Verlust der „Balance“ zwischen professioneller Freiheit der Berufsausübung und Krankenkasseninteressen durch die Beseitigung der körper-schaftlich organisierten Vertragsbeziehungen
 - Entstehen eines intransparenten Qualitätsbegriffs (Qualitätsanforderung wird zur unternehmerischen Entscheidung der Kasse) [Ist ein kostengünstiger Arzt ein „guter“?]
 - Kassendefinierte Inhalte für die Behandlungsaufträge des Arztes (Kommerzialisierungstendenz)
- 6.** Eine umfassende und überdehnte Überwachungs- und Prüfungsinfrastruktur mit finanziellen Sanktionen in der (verbleibenden) vertragsärztlichen Versorgung betrifft vor allem die Hausärzte. Die Administrationsdichte wird erhöht, was selbst bei Gutwilligen die Grenzen der Akzeptanz überschreitet.

7. Zugleich entsteht eine parallele „Überwachungskultur“: Anti-Korruptionsbeauftragter. Die Zielrichtung ist rechtsstaatlich fragwürdig. Gegen das Ermitteln rechtswidriger Verhaltensweisen wäre rechtlich noch nichts einzuwenden, jedoch der neue Tatbestand „Unregelmäßigkeiten“ und „zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln“ überschreitet die Schwelle zur Prüfung von subjektiv-politisch wertbaren Sachverhalten, wenn die Begründung davon spricht, dass damit auch „gesellschaftspolitisch nicht akzeptables Verhalten“ untersucht werden soll.

8. Offensichtlich betreibt das Gesetzgebungsvorhaben eine materiellrechtliche „Entleerung“ der gemeinsamen Selbstverwaltung:
 - Auffällig ist die Zentralisierung der Normsetzung oder von entsprechenden Vorgaben auf Bundesebene [damit Rechtsaufsicht des BMGS].

 - Die weitestgehende Schaffung von Beanstandungs- und Ersatzvornahmerechten des BMGS verändert die Kompetenz der Selbstverwaltung.

 - Eine substantielle Reduktion erfährt die Selbstverwaltungsautonomie durch die verbindliche Metafunktion des „Zentrums für Qualität in der Medizin“; die Selbstverwaltung dient nur als Transfermechanismus zur Verbindlichmachung der Empfehlungen des „Zentrums“.

9. Die Auswirkungen auf Patientenversorgung bleiben nicht aus:
 - Rationierungseffekte durch Leitlinien und Dienstleistungsaufträge (inhaltliche Vorgaben für Versorgungsweisen sind darin eingeschlossen)

 - Anwachsen arztwahlbeschränkender Versorgungssysteme

 - Verlust wohnortnaher spezialistischer Versorgung

- Die Schaffung eines Patientenbeauftragten kann diesen Effekt nicht ausgleichen

**Stellungnahme der Bundesärztekammer
zum Gesetzentwurf
der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen:**

**Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung
des Gesundheitssystems
(Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG)
[Bundestagsdrucksache Nr. 15/1170]**

**Auszug aus dem Beschlussprotokoll
des 106. Deutschen Ärztetages 2003:**

Zu Punkt I der Tagesordnung: Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

1. Transparenz und Leistungsfähigkeit im deutschen Gesundheitswesen

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache I-01) unter Berücksichtigung der Anträge von Dr. Lichte (Drucksache I-01a) und Dr. Windhorst (Drucksache I-01c) fasst der 106. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit folgende EntschlieÙung:

Kranke Menschen haben Anspruch auf eine fachlich hochwertige und humane Versorgung. Oberste Priorität aus Sicht der Bevölkerung ist – jüngsten Meinungsumfragen zufolge – der ungehinderte, freie Zugang der Patienten zu ihrem Arzt.

Der aktuelle Entwurf der Gesundheitsreform steht diesem Anspruch entgegen. Deshalb wehrt sich die deutsche Ärzteschaft gegen diese sogenannte Reform und macht eigene, konstruktive Vorschläge.

1. GMG-Entwurf: Der Weg in die falsche Richtung

Das deutsche Gesundheitswesen genieÙt im internationalen Maßstab nach wie vor einen hervorragenden Ruf und eine hohe gesellschaftliche Akzeptanz. Der jetzt vorliegende Gesetzentwurf ist nicht in der Lage, die Zukunftsfähigkeit dieses Systems zu sichern, da es das Problem der Einnahmeerodion der Gesetzlichen Krankenversiche-

rung in keiner Weise löst. Aber die Mittel der Gesetzlichen Krankenversicherung reichen nicht mehr aus, den medizinischen Fortschritt dauerhaft zu finanzieren. Der steigende Versorgungsbedarf einer älter werdenden Bevölkerung wird nicht mehr gedeckt werden können, wenn die Einnahmen der Krankenkassen weiter zurückgehen und die Gesetzliche Krankenversicherung regelrecht austrocknet.

Massenarbeitslosigkeit, sinkende Lohnquote, Ausplünderung der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Sanierung anderer Sozialversicherungszweige in Höhe von ca. 32 Milliarden EUR in den letzten 10 Jahren, die so genannten „Verschiebebahnhöfe“ - das sind die eigentlichen Ursachen für die derzeitige Finanzkrise. Hier zeigt das Gesetz keinerlei Lösungswege auf.

Mit dem Entwurf eines Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes (GMG), der auf falschen Analysen und fragwürdigen Gutachten basiert, verfolgt die Bundesregierung einen **Paradigmenwechsel**, der nicht die Gesundheitsversorgung verbessern, sondern die schon bestehende heimliche Rationierung verschärfen wird.

Im Kern geht es um die Frage, ob das bisher selbstverwaltete und freiberuflich geprägte Gesundheitswesen in eine staatlich gelenkte Medizin überführt wird, in der Behörden und Krankenkassen bestimmen, was an Leistungen medizinisch notwendig ist und wie diese unter Kostengesichtspunkten erbracht werden müssen.

Wir Ärzte warnen vor diesem Paradigmenwechsel und werden uns auch in Zukunft offensiv gegen einen rein ökonomisch intendierten, bürokratisch administrativ zergliederten Medizinbetrieb wenden und uns für eine ärztlich ethische Zuwendungsmedizin einsetzen.

2. Neueinführung: Misstrauenskultur

Durch eine Fülle von Prüfungen und Richtlinien-Vorgaben entsteht eine **Überwachungsbürokratie**, die die Behandlungsbeziehung zwischen Patient und Arzt in unerträglicher Weise administriert. Gewünscht wird offensichtlich ein neuer Typus Mediziner: der durch Leitlinien mit Therapievorschriften gelenkte, zeitgerasterte Arzt, der nicht mehr Patienten, sondern nur noch den Träger einer Krankheit behandelt.

Der GMG-Entwurf ist durch und durch geprägt von einer Misstrauenskultur und setzt dementsprechend auf Reglementierung, Überwachung und Entmündigung der Berufe im Gesundheitswesen.

- I. Über eine unerträgliche Rechtfertigungsdokumentation hinaus, die nur auf Kosten der Patienten gehen kann, wird dem Gesundheitswesen eine **bundesweite Misstrauensorganisation** übergestülpt: Der Beauftragte zur Bekämpfung von Missbrauch und Korruption im Gesundheitswesen.

Die Ermittlungsbefugnisse dieses Beauftragten reichen von legalem und illegalem Verhalten bis hin zu einem „gesellschaftspolitisch nicht akzeptablen Verhalten“. Damit wird die Tür geöffnet für subjektive Einschätzungen, willkürliche Prüfungen sozialstaatlichen Wohlverhaltens und öffentliche Anprangerei. Eine solche Einrichtung ist mit rechtsstaatlichen Grundsätzen nicht mehr vereinbar. Sie diskriminiert die Ärzteschaft und alle im Gesundheitswesen Beschäftigten.

- II. Der mit dem **Deutschen Zentrum für Qualität in der Medizin** vorgesehene Weg führt in eine behördengesteuerte Medizin und damit zur institutionellen Fremdbestimmung der Ärzteschaft. Eine solche Normgebung ärztlicher Berufsausübung, die eine notwendige oder bedarfsorientierte Patientenversorgung sozialrechtlichen oder gar fiskalischen Zwängen unterwirft, lehnen die Ärztinnen und Ärzte strikt ab. Die Definition der Qualität ärztlicher Versorgung muss Sache der Profession selbst bleiben und kann nicht von einem externen Zentrum entwickelt werden.

- III. Den Fortbestand der Kassenzulassung von der Erfüllung einer **Fortbildungspflicht** abhängig zu machen, ist ein weiterer Ausdruck der Fremdbestimmung und des Misstrauens gegenüber der Ärzteschaft. Ein solches Maß an Standardisierung und Schematisierung ärztlicher Heilkunst hat es bisher in Deutschland nicht gegeben; es sucht auch in Europa seinesgleichen. Die Begründung des Gesetz-Entwurfs, „Ärzte werden zukünftig zur Fortbildung verpflichtet“, leugnet, dass diese Pflicht seit Jahrzehnten berufsrechtlich besteht – sie ist keine Erfindung des BMGS im Jahre 2003.

- IV. Mit der Übertragung der Sicherstellungsverpflichtung der Krankenkassen für den ambulanten fachärztlichen Bereich werden die niedergelassenen Fachärzte in die einzelvertragliche Abhängigkeit eines Krankenkassenmonopols geführt und die Patienten ihrer freien Arztwahl beraubt.

Das im Gesetz-Entwurf vorgesehene **Nebeneinander** einer Vielzahl unterschiedlich organisierter **Versorgungssysteme** mit konkurrierenden Kassen-,

Leistungserbringer- und Vergütungsstrukturen wird zu einem unüberschaubaren Durcheinander für die Patienten führen. Ausufernde Verwaltungsapparate, deren Kostenaufwand zu Lasten der Versorgungsqualität der Patienten gehen, werden erste sichtbare Konsequenz des sogenannten Modernisierungsgesetzes sein.

Auch wird von echtem Wettbewerb keine Rede sein können, weil ein Konzentrationsprozess auf Kassenseite zwangsläufig ist. Regionale Monopolsituationen für einzelne Krankenkassen werden die Folge sein. Für Fachärzte in niedergelassener Praxis bedeutet dies das Ende der Freiberuflichkeit, für Patienten die Aufhebung der freien Facharztwahl.

Die im Gesetz-Entwurf vorgesehene **institutionelle Öffnung der Krankenhäuser** würde diesen Prozess beschleunigen, daher wird diese von der deutschen Ärzteschaft abgelehnt. Durch diese Regelung wird den Krankenhäusern eine so weitgehende Leistungserbringung in der ambulanten Versorgung ermöglicht, dass faire Wettbewerbsbedingungen zum ambulanten fachärztlichen Bereich nicht mehr gegeben sind.

- V.** Auch im Bereich der **stationären Versorgung** wird die Macht der Krankenkassen massiv verstärkt. Die Krankenhausplanung der Länder wird entwertet, weil sie künftig keine verbindliche Rechtswirkung für die Versorgungsverträge mehr entfalten soll. Damit wird eine flächendeckende und wohnortnahe stationäre Versorgung vor allem von den Entscheidungen der Krankenkassen abhängig gemacht. So büßt die Landeskrankenhausplanung ihre Verlässlichkeit ein.

3. Reformvorschläge der Ärzteschaft: Konstruktion statt Destruktion

Die Ärzteschaft sieht durchaus die Reformnotwendigkeit im Gesundheitswesen. Sie ist zu konstruktiver Mitarbeit bereit und unterstützt die konstruktiven Ansätze im Gesetz-Entwurf des BMGS. Dazu zählen:

- Die finanzielle Unterstützung der Prävention und die Entwicklung von Anreiz- und Bonussystemen.
- Die Verbreiterung der Finanzierungsbasis ist ein Schritt in die richtige Richtung, bedarf aber eines weiteren Ausbaus.

- Die Finanzierung der versicherungsfremden Leistungen aus Steueraufkommen; dies entspricht Forderungen Deutscher Ärztetage.
- Ebenfalls begrüßt werden zur besseren Transparenz das Elektronische Rezept sowie die Gesundheitskarte, die den elektronischen Arztausweis erforderlich macht.
- Auch die Stärkung der Beteiligungsrechte der Patientenorganisationen dienen der Transparenz bei den Entscheidungsprozessen.
- Die Patientenquittung sollte allerdings aus Kostengründen nur bei Interesse des Patienten ausgestellt werden.

Darüber hinaus sind aus der Sicht der Ärzteschaft weitere, und zwar grundlegende Reformschritte erforderlich, soll angesichts absehbarer Rationierung die Leistungsfähigkeit und Menschlichkeit in unserem Gesundheitswesen erhalten bleiben:

Neudefinition des Leistungskataloges. Der Leistungskatalog der GKV hat sich unverändert am Versorgungsbedarf der Patienten zu orientieren, d.h. die Patienten erhalten einheitlich und kassenartenübergreifend das, was bei strenger Indikationsstellung tatsächlich medizinisch notwendig ist. Dies *Grundleistungsvolumen* ist solidarisch zu finanzieren.

Medizinische Leistungen, die individuellen Bedürfnissen und Präferenzen entsprechen oder einfach einem erhöhten Sicherheitsbedürfnis entspringen, sind als kollektive Wahlleistungen nach dem Sachleistungs- oder Kostenerstattungsprinzip optionale Satzungsleistungen der Kassen. Diese Leistungen werden im Gegensatz zu den Grundleistungen nicht solidarisch finanziert. Individuelle Wahlleistungen sind als ärztlich zwar noch empfehlenswerte aber nicht notwendige Leistungen privat und nach dem Kostenerstattungsprinzip zu finanzieren.

Hausärztliche Versorgung ausbauen – Fachärztliche Versorgung stärken. Versorgungsprobleme sind dort zu lösen, wo die medizinische Betreuung unter Beachtung humanitärer Bedingungen am effizientesten durchgeführt werden kann. Die Gesellschaft eines langen Lebens - im Jahre 2030 ist mehr als ein Drittel der Bevölkerung älter als 60 Jahre - , die Entwicklung hin zu einer Single-Gesellschaft, vor allem

aber die zunehmende Spezialisierung in der Medizin sprechen für eine kontinuierliche Betreuung des Patienten durch eine qualifizierte *hausärztliche Versorgung*. Hausarzttarife erscheinen gerade vor diesem Hintergrund sinnvoll.

Die *ambulante fachärztliche Versorgung* ist eines der bedeutendsten Strukturelemente der GKV und entspricht den Forderungen der Patienten nach freier Arztwahl. Sie garantiert eine wohnortnahe, den Patientenerfordernissen entsprechende Versorgung und muss deshalb erhalten bleiben.

Die bisherigen Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Behandlung und die getrennten Budgets müssen zu Gunsten einer durchgängigen Betreuung des Patienten überwunden werden. Krankenhausärzte sollten, über das heutige Maß hinaus, personenbezogen in hochspezialisierte ambulante Versorgung einbezogen werden; Vertragsärzte sollten verstärkt auch am Krankenhaus tätig werden können.

Stabile Rahmenbedingungen für Krankenhäuser. Für die stationäre Versorgung müssen stabile Rahmenbedingungen geschaffen werden. Dazu gehören die Verlässlichkeit der Krankenhausplanung der Länder, die Schaffung neuer Instrumente zur Schließung von Lücken in der flächendeckenden, wohnortnahen Versorgung auch unter den Bedingungen des Fallpauschalensystems und wirksame wirtschaftliche Anreize für eine verbesserte Integration der Versorgungsbereiche. Um den Exodus der Ärztinnen und Ärzte aus den Kliniken zu stoppen, muss der gegenwärtige Trend zur beruflichen Demotivation gebrochen werden. Dazu sind vorrangig die AiP-Phase abzuschaffen, Recht und Realität der Arbeitszeiten in Einklang zu bringen, entbehrliche Bürokratie abzubauen sowie die leistungsgerechte Vergütung ärztlicher Arbeit im Krankenhaus zu sichern.

Definition guter medizinischer Versorgung und Transfer zum einzelnen Arzt. Versorgungsleitlinien sind die Basis *guter medizinischer Versorgung*. Diese stehen zurzeit nur bedingt zur Verfügung. Die Bundesärztekammer hat deshalb ein "Nationales Programm für Versorgungsleitlinien - NPL" initiiert und dafür die Schirmherrschaft übernommen. Nationale Versorgungsleitlinien sollen die Aktualisierung der Therapieempfehlungen nach dem besten verfügbaren Stand der medizinischen Erkenntnisse unter Berücksichtigung der Kriterien der evidenzbasierten Medizin garantieren, um damit (evidenzbasierte) Handlungsempfehlungen für eine bestimmte prioritäre Versorgungsproblematik im Konsens mit den Beteiligten, vorrangig mit den Wissenschaftlich-Medizinischen-Fachgesellschaften (AWMF), fördern.

Die Definition guter medizinischer Versorgung kann allerdings nur dann in gutes ärztliches Handeln münden, wenn der *Transfer zum Arzt* gewährleistet ist. Dazu sind kontinuierliche berufsbegleitende Fortbildung (CME = continuing medical education) sowie kontinuierliche berufliche Kompetenzerhaltung und -entwicklung (CPD = continuing professional development) erforderlich. Ärztliche Kompetenz ist jedoch mehr als der Erwerb von Informationen. Es geht im Kern um Wissen und Umsetzung dieses Wissens in ärztliche Fähigkeiten, Fertigkeiten und Haltungen. Ein wichtiger Baustein für den Kompetenzerhalt ist der „freiwillige Fortbildungsnachweis der Ärztekammern“.

Erhalt des gegliederten Versicherungssystems. Das gegliederte Krankenversicherungssystem – GKV und PKV – ist ein Element der Entscheidungsfreiheit des Einzelnen und muss erhalten bleiben. Ein kapitalgedeckter Versicherungsschutz bietet Risikovorsorge ohne Rückgriff auf die Mittel Anderer, leistet einen überproportionalen Beitrag zur Finanzierung des Gesundheitswesens und setzt durch Wettbewerb der Systeme Anreize zur Effizienzsteigerung und Qualitätsverbesserung.

4. Vertrauen in die Zukunft schaffen – mit Mittelknappheit transparent umgehen

Weil nicht mehr damit zu rechnen ist, dass die Beiträge der Versicherten zur Gesetzlichen Krankenversicherung ausreichen, um den medizinischen Fortschritt und die Folgen der demographischen Entwicklung in unserer Gesellschaft zu finanzieren, wird es zur Rationierung kommen. Dies bedeutet, dass medizinisch notwendige Maßnahmen vorenthalten werden; eine medizinische Unterversorgung der betroffenen Patienten wird die Folge sein. Für uns Ärztinnen und Ärzte ist es wichtig, um Vertrauen zu schaffen, dass diese Mittelknappheit transparent gemacht wird.

Viele Patienten, nahezu jede Ärztin und jeder Arzt kennen bereits heute Beispiele für Rationierung. Dazu zählen die medizinische Versorgung in Alten- und Pflegeheimen, die medikamentöse Behandlung von Patienten mit Multipler Sklerose oder chronischer Hepatitis C, Schließungen kompletter Abteilungen in Kliniken, da das Jahresbudget für die Versorgung der Patienten überschritten ist. Monatelange Wartezeiten für elektive Eingriffe und Personalknappheit in Krankenhäusern sind nur die ersten Anzeichen dafür, dass unter den gegebenen Umständen ein qualitativ hochwertiges Gesundheitssystem nicht zu halten ist.

Entscheidend für die Zukunft wird daher die Frage der gerechten Mittelaufbringung und deren Verteilung im Gesundheitswesen sein. Dort, wo notwendige Ressourcen für das Gesundheitswesen nicht in ausreichendem Maße aufgebracht werden können, sind deshalb die *Ursachen für die Verknappung*, aber auch und vor allem die *Regeln der Verteilung* offen zu legen. Die Verantwortung hierfür ist eine politische und muss deshalb vom Gesetzgeber übernommen werden.

Unabdingbar in dieser Situation ist der Aufbau einer soliden *Versorgungsforschung* im deutschen Gesundheitswesen, die auch den internationalen Vergleich einschließt, ebenso wie die Evaluation aller innovativen Maßnahmen zur Steuerung und Finanzierung. Die Ärzteschaft ist bereit, sich am Aufbau dieser Versorgungsforschung in Deutschland zu beteiligen. Das durch eine Ressourcenknappheit bestehende Dilemma der Verteilungsgerechtigkeit in der heutigen Versorgungsrealität darf allerdings nicht auf die einzelne Ärztin und den einzelnen Arzt übertragen werden. Der Hinweis auf das ethisch korrekte Verhalten des Arztes ersetzt nicht die Verantwortungsübernahme der Gesellschaft für fehlende oder fehlverteilte Ressourcen im Gesundheitswesen.

Die Erfahrungen bei der Einführung der Disease Management Programme (DMP's) lehren, dass aus rein ökonomischen Erwägungen die Versorgungsleistungen schleichend abgesenkt werden. Dies ist bereits die *heimliche Rationierung!*

Heimliche Rationierung aber schadet nicht nur den Patienten, sie zerstört auch das Vertrauen im Patienten-Arzt-Verhältnis und gefährdet damit letztlich den gesellschaftlichen Konsens, der zwingend erforderlich ist, wenn unsere Sozialsysteme unter Beachtung von Solidarität, Subsidiarität, Verantwortung und Gerechtigkeit weiterentwickelt werden sollen. Deshalb ist Transparenz und der offen geführte gesellschaftliche Diskurs zur Mittelknappheit im Gesundheitswesen unabdingbar.

Die barmherzige Lüge ist keine Lösung.