

Thesen zur Weiterentwicklung der Gesundheitsreform

Präambel

Das Deutsche Gesundheitssystem steht auf Grund demografischer, finanzieller und struktureller Probleme vor großen Herausforderungen. Die eingeleitete Gesundheitsreform wird diesen Herausforderungen nur in Ansätzen gerecht. Die sächsische Ärzteschaft hat deshalb Thesen für eine zukünftige Gesundheitspolitik entwickelt, um damit notwendige Weichenstellungen oder Kurskorrekturen aufzuzeigen, damit die gesundheitliche Betreuung der Bevölkerung auch in Zukunft auf dem anerkannten hohen Niveau und individuell möglich ist. An der Entwicklung dieser Thesen haben sich ehrenamtlich tätige Ärzte aus den Ausschüssen, Kommissionen und dem Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer sowie aus den Kreisärztekammern und Bezirksstellen in Sachsen beteiligt. Die große Resonanz zu dieser Thematik macht den Willen der sächsischen Ärzteschaft deutlich, sich an dem notwendigen politischen Prozess zu beteiligen. In das Thesenpapier ist auch die Position des Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen eingeflossen. Dieses Bündnis umfasst über 30 Verbände, Körperschaften und Gruppen der Heil- und Pflegeberufe sowie Patientenvertreter.

1. Finanzierung

Grundlage eines Gesundheitssystems, in dessen Mittelpunkt der Patient steht, ist dessen solide Finanzierung. Unter Berücksichtigung einer hochqualifizierten Versorgung, der freien Arztwahl, der Chancengleichheit, der Freiberuflichkeit und des medizinischen Fortschritts ist eine Neuausrichtung der bisherigen Finanzierung durch den Staat zwingend erforderlich. Der alleinige Lohnbezug der gesetzlichen Krankenversicherung als Finanzierungsbasis ist bei sinkender Zahl der erwerbsfähigen Bevölkerung und steigender Arbeitslosigkeit nicht zeitgemäß und eine Abkopplung deshalb notwendig. Für Ärzte ist maßgeblich, dass ein Krankenversicherungssystem eine individuelle und bedarfsgerechte Patientenversorgung ermöglicht und nachhaltig sichert.

Eine stärkere Verantwortung und Beteiligung der Versicherten unter Berücksichtigung des jeweiligen sozialen Status kann die finanziellen Grundlagen verbessern. Der Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung sollte in Grund- und Zusatzleistungen aufgliedert werden. Grundleistungen werden von der Gesetzlichen Krankenversicherung vorgehalten und im gesellschaftlichen Konsens unter maßgeblicher Beteiligung der Heilberufe festgelegt, Zusatzleistungen werden privat versichert.

2. Prävention

Präventionsmaßnahmen sind eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Präventionsmodelle und -projekte sind vorwiegend aus Steuermitteln zu finanzieren. Ein Präventionsgesetz muss eine gerechte Finanzierung und Grundzüge von Präventionsmodellen fixieren. Den Schutzimpfungen sowie der Prävention von Herz- und Kreislauferkrankungen ist dabei besondere Priorität einzuräumen. Die Versicherten müssen Prävention stärker als einen Wert für die eigene Gesundheit erkennen, für den sie die Verantwortung tragen.

Gesetzliche Regelungen zu Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen können durch personelle Unterbesetzung und chronischer Unterfinanzierung, wie beispielsweise im Öffentlichen Gesundheitsdienst, teilweise nicht erfüllt werden. Dieser Zustand führt zu einer Diskrepanz zwischen gesetzlichen Vorgaben und ihrer praktischen Umsetzung. Um Rechtssicherheit für Ärzte und Patienten zu schaffen, bedarf es einer, den Erfordernissen, angepassten Gesundheitspolitik und der notwendigen Rahmenbedingungen.

3. Bürokratie

Die Wirtschaft und auch das Gesundheitswesen wurden in den vergangenen Jahren mit immer mehr bürokratischen Regularien belastet. Die Bürokratisierung der ärztlichen Tätigkeit führt zur Frustration von Patienten und Ärzten, weil wichtige Behandlungszeit für Verwaltung verbraucht wird. Beispielhaft seien DRG im stationären und DMP und Praxisgebühr im ambulanten Sektor genannt. Mehrheitlich werden diese Steuerungsmechanismen für zu aufwendig, realitätsfern und nicht qualitätsfördernd gehalten. Der Arztberuf wird damit unattraktiv und für die Patienten geht wertvolle Behandlungszeit verloren. Ein wichtiges Ziel der Gesundheitspolitik muss es sein, Bürokratie abzubauen und in der Gesetzgebung keine neue Bürokratie zu erzeugen. Dazu dient die zwingend notwendige Reduzierung der Anzahl an Krankenkassen und staatlichen Kontrollinstitutionen.

Auch die Selbstverwaltung muss bei der Umsetzung von normativen Vorgaben auf die Minimierung von Bürokratie achten. Eine Gesundheitsreform sollte dezentralisieren und nur ein Gerüst für Rahmen- und Arbeitsbedingungen bilden.

4. Wettbewerb

Die Schaffung von Wettbewerbssituationen im Gesundheitswesen ist sinnvoll, wenn das zentrale Kriterium für den Erfolg die Qualität der erbrachten Leistung ist. Treten dagegen ökonomische Gesichtspunkte in den Vordergrund, wie es derzeit bei leistungsbeschränkenden Leitlinien oder an den Risikostrukturausgleich gekoppelten Chronikerprogrammen der Fall ist, so führt Wettbewerb nur zu einem Kampf um den niedrigsten Preis bei gleichzeitiger Rationierung der medizinischen Versorgung.

5. Freiberuflichkeit und Selbstverwaltung

Für eine patientenorientierte individuelle Versorgungsstruktur muss der Arztberuf ein freier Beruf sein. Er muss aus diesem Grund von wirtschaftlichen Interessen im Wettbewerb um kostengünstigere Versorgungsbeziehungen unberührt bleiben. Einkaufsmodelle und andere Versorgungsbeziehungen schaffen eine marktorientierte Struktur und verhindern eine bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung. Zugleich werden Einzelpraxen in Frage gestellt. Einzel- oder Gruppenverträge werden abgelehnt, wenn sie die Freiberuflichkeit beschränken und Patienten die freie Arztwahl verwehren. Für eine weitest gehende Unabhängigkeit der Ärzteschaft und zur Qualitätssicherung ärztlicher Leistungen ist eine Selbstverwaltung unabdingbar, in der ärztliche Berufs- und Fachpolitik eng verzahnt sein muss.

6. Arzt und Gesellschaft

Die sächsische Ärzteschaft sieht es als ihre Pflicht an, sich zum Nutzen der Patienten an der politischen Diskussion zu beteiligen. Die sächsische Ärzteschaft kann mit ihrem hohen fachlichen Wissen viele Beiträge für eine Weiterentwicklung des Gesundheitssystems leisten. In der Beantwortung der Fragen zur medizinischen Versorgung ist Ärzten Vorrang gegenüber Ökonomen einzuräumen. Ärzte sind an der Ausarbeitung weiterer Reformschritte stärker zu beteiligen und auf Landes- und Bundesebene zu hören. Es ist den immer wiederkehrenden Kampagnen gegen Ärzte entgegenzutreten. Die Diffamierungen in der Öffentlichkeit zerstören das Arzt – Patienten Verhältnis. Diese haben erheblich zum Verlust der beruflichen Zufriedenheit geführt und junge Ärzte zum Ausstieg aus der kurativen Medizin bewegt.

Die Politik darf ihren wichtigsten Partner im Gesundheitswesen nicht weiter demotivieren. Vielmehr ist mit gezielten Maßnahmen auf die Steigerung der Attraktivität des Arztberufes hin zu wirken, damit auch junge Ärztinnen und Ärzte wieder kurativ tätig werden.

7. Vergütung ärztlicher Leistungen

Die ostdeutschen niedergelassenen Ärzte unterliegen überholten Vergütungsregelungen. Sie erhalten 15 Jahre nach der Wiedervereinigung Deutschlands noch immer weniger Honorar als die Kollegen in Westdeutschland. Durch Hartz IV fehlen den sächsischen Vertragsärzten im I. Quartal 2005 6 Mio. Euro Honorar. Es gibt dadurch weder eine Versorgungssicherheit für Patienten, noch eine Planungssicherheit für Ärzte. Eine gesellschafts- und leistungsbezogene Honorierung muss in der Politik kurzfristig für den ambulanten Bereich umgesetzt und betriebswirtschaftliche Planungssicherheit hergestellt werden. Politisch intendierte Reformschritte auf dem Arbeitsmarkt sind ohne weitere negative Auswirkungen auf die Honorierung sowie die Arbeitsbelastung der niedergelassenen Ärzteschaft zu gestalten.

In der privatärztlichen Versorgung wird mit einer Gebührenordnung gearbeitet, die seit 27 Jahren in Kraft ist. Diese ist kurzfristig durch eine Neustrukturierung und Modernisierung den aktuellen Erfordernissen anzugleichen. Transparenz, klare Abrechnungsregeln und damit Verbraucherschutz müssen die Hauptmerkmale einer neuen Gebührenordnung sein.

Die angestellten Ärzte unterliegen seit Jahren unzumutbaren Arbeitsbedingungen, die sich zudem durch neue Regelungen und Vorgaben der Europäischen Union noch verschlechtern könnten. Gleichzeitig erhalten junge Ärzte nur befristete Arbeitsverträge mit sehr kurzer Laufzeit. Für die stationäre Versorgung bedarf es einer neuen Ausgestaltung der Arbeitsbedingungen und der Tarifpolitik. Es müssen zumutbare Arbeitsbedingungen, langfristige Arbeitsverträge und bessere Vergütungsstrukturen geschaffen werden. Dies ist vor allem für die Motivation der angestellten und jungen Ärzte dringend erforderlich, wenn nicht weiter eine große Anzahl der Medizinabsolventen in alternative Berufsfelder oder in das Ausland abwandern soll.

Dresden, 20. September 2005

Der Vorstand