

## Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen

Podiumsdiskussion  
14. Oktober 2000

Am 14. Juli 1999 wurde das „Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen“ gegründet. Die Aufgabenstellung an alle 30 Partner des Bündnisses war 1999 die Kritikpunkte der Gesundheitsreform 2000 aufzudecken und im Jahr 2000 konsentrierte Lösungswege für eine künftige Gesundheitspolitik unter Beteiligung der Leistungserbringer und der Behinderten- und Patientenverbände zu entwickeln.

**Die Podiumsdiskussion am 14. Oktober 2000 war der bisherige Höhepunkt des Zusammenwirkens der 30 Bündnispartner.**

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. Jan Schulze, begrüßte die Vertreter der Politik: Frau Christa Reichard (CDU), Mitglied des Deutschen Bundestages; die Mitglieder des Sächsischen Landtages Frau Dr. Marlies Volkmer (SPD), Frau Kerstin Nicolaus (CDU), Herr Dürrschmidt (PDS); Herrn Dr. Klaus Deubel, 1. Bürgermeister der Stadt Dresden; Herrn Werner Nicolay und Herrn Dipl.-Med. Albrecht Einbock, Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie; Herrn Dr. Kristian Reinhold, Gesundheitspolitischer Sprecher, FDP Sachsen; Frau Gudrun Zabel, Regierungspräsidium Dresden; die Vertreter der Kassen Herrn Hans-Peter Marr, Leiter der Landesvertretung VdAK und Herrn Bernd Spitzhofer, Landesrepräsentant des BKK-Landesverbandes Ost; Herrn Dr. med. habil. Hans-Jürgen Hommel, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen; die Vertreter der Bündnispartner des „Sächsischen Bündnis Gesundheit 2000“ und die Mitglieder des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer.

Das von allen Bündnispartnern erarbeitete Positionspapier und die Statements werden im vollen Wortlaut allen sächsischen Ärzten, der Politik, den Kassen und den Bürgern Sachsens zur weiteren konstruktiven Diskussion dargestellt.



### Positionspapier Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung

#### I. Präambel

Die Entwicklung des medizinischen Fortschritts erweitert das Diagnostik-, Therapie- und Betreuungsspektrum aller Heilberufe. Damit verbunden ist die Steigerung des Lebensalters, der Lebensqualität, aber auch der höhere Anspruch des aufgeklärten Patienten an Diagnostik, Therapie und Betreuung seiner Erkrankungen.

Die Beitragssatzstabilität begrenzt willkürlich die finanziellen Ressourcen der gesetzlichen Krankenkasse. Deshalb müssen folgende Fragen zugelassen werden:

- Welche medizinischen Leistungen sollen in Zukunft finanziert werden?
- Inwieweit muss der Patient in seiner Verantwortung mit eingebunden werden?

Die „ausreichende, zweckmäßige und notwendige“ Diagnostik, Therapie und Betreuung ist durch die Solidargemeinschaft in hohem Umfang zu tragen. Die

Versicherten und die Patienten müssen jedoch das Recht haben, ihre Gesundheitsziele festzulegen und die Art der Diagnostik, Therapie und Betreuung nach Absprache mit dem Behandler in Eigenverantwortung zu variieren. Dabei darf ihm der Grundanspruch seiner Versicherungsleistung nicht verloren gehen. Es ist eine Neubestimmung von Eigenvorsorge, Subsidiarität und Solidarität herzustellen.

Das Sächsische Bündnis Gesundheit 2000 favorisiert ein System der Finanzierung von medizinischen Leistungen nach:

1. Vollfinanzierte Basisleistung durch die Krankenversicherung.
2. Mischfinanzierte Leistungen durch Krankenversicherung und Patienten.
3. Eigenfinanzierte Leistungen durch die Patienten.

Die Eigenverantwortung der Patienten ist insbesondere bei seinem Präventionsbemühen zu fördern. Die Heilberufler werden ihn bei diesen Bemühungen aktiv unterstützen. Die Leistungserbringer müssen sich hier wie in anderen Bereichen auf eine veränderte Rolle des Patienten im Gesundheitssystem einstellen. Eine notwendige Strukturreform im Gesundheitswesen darf sich deshalb nicht an der gewohnten Praxis der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) der Vergangenheit orientieren, sondern muss sich durch eine neue Systematik den Anforderungen der Zukunft stellen.

## **II. Analyse der Situation 10 Jahre nach Wiederherstellung der deutschen Einheit**

Das Sächsische Bündnis Gesundheit 2000 gründete sich am 14. 7. 1999 in Folge der absehbaren tiefen Einschnitte in der Versorgung der Patienten durch die geplante Gesundheitsreform der Rot-Grünen-Koalition.

Im Bündnis schlossen sich 30 Kammern und Vereinigungen der Ärzte, Zahnärzte und Apotheker sowie Verbände, Krankenhausgesellschaft und Pflegeberufe, die

alle im Dienste der Patienten tätig sind, und Patientenvertretungen zusammen.

Fehleinschätzungen des Gesetzgebers sowie verfehlte planwirtschaftliche Lösungsansätze im letzten Reformvorhaben haben den medizinischen Wirtschaftszweigen geschadet. Die favorisierte Budgetpolitik ist nicht nur existenzgefährdend für die Heilberufe, sondern richtet sich vor allem gegen die Interessen der Patienten, die eine umfassende medizinische Betreuung erwarten.

Die Ursache der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen liegt vorwiegend in der Dynamik des medizinischen Fortschrittes. Dieser wird von der Gesellschaft dankbar aufgenommen.

Der bemerkenswerte Anstieg der Lebenserwartung in den Industrienationen ist auf diesen Fortschritt zurückzuführen, der mit einer erhöhten Lebensqualität, jedoch auch mit einer Multimorbidität im Alter verbunden ist. Der Bedarf an Gesundheitsleistungen steigt somit objektiv.

In jedem anderen Wirtschaftszweig wird ein Fortschritt und ein höherer Bedarf als positiv bewertet und begrüßt. In der Gesundheitspolitik wird in Folge fehlerhafter Denkansätze dieser Entwicklung mit Deckelung der Finanzen begegnet. Das führt zur Mangelversorgung, Rationierung und zur Qualitätseinbuße in der medizinischen Betreuung.

Das Wachstum der finanziellen Basis der GKV bleibt durch Dauerarbeitslosigkeit, Verschiebungen der Einkommensarten und dem demographischen Wandel aus. Zusätzlich wird die Einnahmensituation der GKV durch weitere Eingriffe der Politik geschwächt:

1. Mindereinnahmen der GKV für Empfänger von Arbeitslosenhilfe.
2. Krankengeldnachzahlungen wegen nicht berücksichtigter Einmalzahlungen (Urteil des Bundesverfassungsgerichtes).
3. Die zum 30. September 2000 zu erwartende erneute Wanderungsbewegung der GKV-Versicherten zu Gunsten von gesetzlichen Krankenversicherungen mit geringen Beitragssätzen.

4. Mittelfristig, spätestens langfristig zu erwartende Verringerung der Beitragseinnahmen bei Absenkung des Rentenniveaus.

Das Anliegen des Sächsischen Bündnisses Gesundheit 2000 ist es, unter Beibehaltung des Solidarprinzips zwischen Gesunden und Kranken, Alten und Jungen, Armen und Reichen, den Patienten eine qualitativ hochwertige, nach individuellen Gesundheitszielen ausgerichtete medizinische Versorgung zukommen zu lassen.

## **III. Ziele und Lösungswege für eine Reform aus der Sicht des Bündnisses Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen**

Die gesetzliche Krankenversicherung hat ihre Wurzeln in der Absicherung einer unbedingt erforderlichen medizinischen Versorgung besonders schutzbedürftiger Bevölkerungsschichten.

Bei der Rückbesinnung auf dieses Prinzip sind alle Bürger Deutschlands verpflichtet, eine Versicherung für eine Basisversorgung medizinischer Leistungen abzuschließen. Über die Basisversorgung hinausgehende Leistungen werden von Versicherten und Patienten in eigener Verantwortung gewählt.

Das Sächsische Bündnis Gesundheit 2000 schlägt eine Einteilung der medizinischen Leistungen in drei Kategorien vor:

1. Vollfinanzierte Basisleistungen durch die Krankenversicherung.
2. Mischfinanzierte Zusatzleistungen durch Krankenversicherung und Patienten.
3. Eigenfinanzierte Leistungen durch die Patienten.

Der Umfang der Basisversorgung wird vom Gesetzgeber festgelegt. Der Versorgungsbedarf wird auf der Basis von Gesundheitsberichterstattungen und Morbiditätsanalysen erfasst.

Die Finanzierung der im Basiskatalog enthaltenen Leistungen muss versicherungstechnisch in Form von leistungsgerechten Vergütungen gewährleistet werden.

Alle Krankenversicherungen – Aufhebung der Trennung von Gesetzlicher Krankenversicherung und Privater Krankenversicherung (PKV) – stellen die Basisleistungen dem Versicherten zu gleichen Bedingungen zur Verfügung. Jede Krankenversicherung ist verpflichtet, im Rahmen des Basiskataloges den Versicherten aufzunehmen (Kontrahierungszwang). Das Morbiditätsrisiko und die damit verbundenen finanziellen Belastungen trägt ausschließlich die Versicherung.

Alle über den Basiskatalog hinausgehenden Leistungen müssen eigenverantwortlich durch den Patienten abgesichert werden. Hier sind Zusatzversicherungen oder Eigenbeteiligungsmodelle vorstellbar.

Die zunehmende Differenzierung von Behandlungsalternativen verstärkt die Notwendigkeit, dem Betroffenen eine autonome Auswahl unter den Behandlungsmöglichkeiten zu eröffnen. Nur der Versicherte selbst kennt seine individuellen Verhältnisse und kann beurteilen und entscheiden, welche Behandlungsmethoden er in Anspruch nehmen will und kann.

Eine wichtige Rolle spielt die Prävention und Rehabilitation bei der Zuordnung von Leistungsbereichen zum Basis- bzw. Wahlleistungskatalog.

Versicherungstechnisch sind Anreize für prophylaktische Verhaltensweisen zu schaffen. Ziel einer Gesundheitsreform muss es sein, die Eigenverantwortlichkeit des Patienten zu stärken. Für ein Gesundheitswesen, das nicht auf staatlicher Reglementierung, sondern auf Eigenverantwortung und Vorsorge des mündigen Bürgers basiert, gelten folgende Punkte:

- Zugang zur optimalen medizinischen Versorgung.
- Freie Wahl unter den Leistungsanbietern des Gesundheitsmarktes.
- Freie Arzt- und Klinikwahl.
- Therapiefreiheit durch die Heilberufe.
- Niederlassungsfreiheit medizinischer Berufe.
- Freie Wahl der Krankenversicherung.
- Wettbewerbsfreiheit unter den Krankenversicherungen.

Im Bereich der mischfinanzierten Leistungen sind Krankenversicherungen frei im Wettbewerb um die Versicherten. In diesem Bereich besteht Vertragsfreiheit. Dem Kostenerstattungsprinzip wird hier Vorrang gegeben. Dieses ermöglicht die freie Entscheidung des Patienten über seine Therapie ohne Verlust auf den Anspruch seiner zugesicherten Versicherungsleistung. Weiterhin bietet das Kostenerstattungsprinzip weit mehr Transparenz als ein anonymes Sachleistungsprinzip.

Eine verantwortungsbewusste Entscheidung seitens des Patienten beinhaltet auch die Kenntnis der durch ihn ausgelösten Kosten. Dem Versicherten muss in jedem Falle klar sein, ob und in welcher Höhe ihm in einer vorgegebenen Befundsituation eine Kostenerstattung seitens der Versicherung zur Verfügung steht. Der Bedarf an medizinischen Leistungen wächst kontinuierlich durch:

- Innovationen in der Medizin.
- Multimorbidität der Bevölkerung.
- Demographische Entwicklung.

Dieser Wachstumsmarkt muss gesamtökonomisch erschlossen und darf nicht staatlich begrenzt werden.

Durch die Selbstverwaltungsgremien ist jedoch sicher zu stellen, dass die angebotenen Leistungen den notwendigen Qualitätskriterien entsprechen. Da es in der Medizin keine starren Richtlinien für den Einzelfall gibt, müssen Handlungskorridore für die im Gesundheitswesen Beteiligten aufgezeigt werden. Hierbei können Leitlinien eine wesentliche Hilfe bei dem qualitätsorientierten Handeln durch den Heilberufler darstellen. Im Übrigen besteht schon heute ein umfassendes Angebot an Aus-, Weiter- und Fortbildungsmöglichkeiten. Es ist und bleibt Auftrag und Ziel der Heilberufler, die medizinische Sicherstellung für die Bevölkerung in zeitgemäßen, kooperativen Betreuungsstrukturen und bei bestmöglicher Qualität zu realisieren.

Die Qualitätssicherung bedarf notwendiger Voraussetzungen (voraussetzungs-

orientierte Qualitätssicherung). Die Qualität kann nur sichergestellt werden durch eine Vergütung medizinischer Leistungen nach betriebswirtschaftlich kalkulierten Beträgen.

Die Kosten für eine hochwertige medizinische Versorgung sind durch betriebswirtschaftliche Parameter bestimmt und nicht der Beliebigkeit politischer Zielsetzungen unterstellt.

Die Aufgabe der Politik ist es vielmehr, die Entscheidung herbeizuführen, was will man zukünftig in einer Versicherten-gemeinschaft solidarisch im Gesundheitswesen finanzieren und welches Spektrum an Leistungen stellt man in die Eigenverantwortung des mündigen Bürgers.

Sächsische Landesärztekammer

#### **Bündnispartner des Sächsischen Bündnisses Gesundheit 2000**

- 1 Sächsische Landesärztekammer
- 2 Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
- 3 Sächsische Landesapothekerkammer
- 4 Sächsischer Apothekerverband e. V.
- 5 Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen
- 6 Sächsische Landes Zahnärztekammer
- 7 Sächsische Krankenhausgesellschaft e. V.
- 8 Marburger Bund, Landesverband Sachsen
- 9 Deutscher Verband für Physiotherapie, Zentralverband der Physiotherapeuten
- 10 Verband Physikalische Therapie, Landesgruppe Sachsen
- 11 Sächsischer Heilbäderverband e. V.
- 12 Zahntechnikerinnung Westsachsen
- 13 Zahntechnikerinnung Dresden-Leipzig
- 14 Landesinnungsverband Orthopädieschuhtechnik Sachsen
- 15 Landesinnung für Orthopädietechnik Sachsen
- 16 Hartmannbund – Landesverband Sachsen und Sachsen-Anhalt
- 17 NAV-Virchow-Bund
- 18 Landesverband Hauskrankenpflege Sachsen e. V.
- 19 Gesellschaft ambulante Krankenpflege e. V.

- 20 bpa Bundesverband privater Alten- und Pflegeheime und ambulante Dienste e. V.
- 21 Landesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte Sachsen e. V. – LAG
- 22 Vertragsärztliche Vereinigung Sachsen e. V.
- 23 Sächsischer Pflegerat
- 24 Deutsches Rotes Kreuz Schwesternschaften Sachsen e. V.
- 25 Berufsverband der Arzt-, Zahnarzt- und Tierärzthelferinnen e. V.
- 26 ÖTV Gesundheitswesen
- 27 Freier Verband Deutscher Zahnärzte e. V.
- 28 VDB – Physiotherapieverband e. V., Berufs- und Wirtschaftsverband der Selbständigen in der Physiotherapie
- 29 Sächsischer Berufsverband der Fachärzte für Allgemeinmedizin e. V. im BDA Deutschlands e. V.
- 30 ABVP Arbeitgeber und Berufsverband Privater Pflege e. V., Regionalgeschäftsstelle Ost

**Statements der Bündnispartner**

**Kassenärztliche Vereinigung Sachsen**

Der Zusammenschluss medizinischer Leistungserbringer im Bündnis Gesundheit 2000 ist eine notwendige Angelegenheit zur Durchsetzung der standes- und gesundheitspolitischen Interessen gegen Rot-Grün.

Es darf als selbstverständlich gelten, dass die einzelnen Interessenvertreter hier unterschiedliche Probleme sehen und unterschiedliche Marschrichtungen vorgeben. Gewissermaßen einen Sonderweg sind die Sächsischen Verbände – Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände, Sächsischer Berufsverband der Fachärzte für Allgemeinmedizin e. V. und das Aktionsbündnis der Psychotherapeuten – gegangen, die zu einer gemeinsamen Aktionswoche mit Praxisschließungen aufgerufen hatten. Dies wurde durch die ärztlichen Körperschaften unterstützt.

Diese Aktionswoche, an der sich rund 4.000 Vertragsärzte im unterschiedlichen



Dr. Stefan Helm, Dr. Holger Weißig, Prof. Dr. Jan Schulze, Manfred Stütting – Moderator, Dr. Hans-Jürgen Hommel, Louise Schumann, Hans Knöll, Dr. Diethard Sturm (v.l.n.r.)

Umfang beteiligt hatten, ist als voller Erfolg zu bezeichnen und lässt sich voll in das Programm des Bündnisses Gesundheit 2000 eingliedern.

Im Rahmen der gesundheitspolitischen Auseinandersetzung wurde zum ersten Male durch Herrn Staatssekretär Jordan, Bundesgesundheitsministerium, die Konzeption der rot-grünen Regierung umrissen:

Die Honorarverschiebung zu Gunsten der Hausärzte wird vom Regierungsbündnis getragen, die damit verbundene Leistungsminimierung der Fachärzte ist erwünscht, Praxisschließungen unter ökonomischem Druck durchaus gewollt und einprogrammiert. Rettungskonzepte seien nicht erforderlich, da jeder Freiberufler solche Risiken zu tragen hätte.

Weiter bestehen die Vorwürfe der Politik fort der unwirtschaftlichen Arbeitsweise, der Veranlassung von unnötigen bzw. doppelten Untersuchungen. Weiterhin wurde von oberster Seite festgestellt, die Vergütung der Ärzte im Osten sei gut, fast zu gut. Auch der Arzneimittelregress wurde als der einzige mögliche Weg gesehen. Die Angleichung der Rechtskreise Ost/West werde in 7 Jahresstufen erfolgen, wobei nicht gesagt wurde, wann der zeitliche Beginn liegt.

Anhand von Zahlenmaterial wird im Nachhinein die Aktionswoche der sächsischen Vertragsärzte begründet.

Dr. med. habil. Hans-Jürgen Hommel  
Vorsitzender des Vorstandes der  
Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen

**Sächsische Zahnärzte**

Immer offenkundiger wird, eine Vollkaskoversicherung aller Therapiespektren kann die gesetzliche Krankenversicherung in Zukunft nicht mehr leisten.

Die Zahnärzte verweisen deshalb seit nunmehr über zehn Jahren auf die ordnungspolitische Alternative zum bestehenden Sachleistungssystem. Das Konzept lautet Vertrags- und Wahlleistung. Wir sprechen uns für das Selbstbestimmungsprinzip in der gesetzlichen Krankenkasse aus. Die Zahnärzte können hier eine Vorreiterrolle besetzen, da Zahnerhaltung in besonders starkem Maße durch die Mitarbeit des Patienten geprägt ist.

Unaufschiebbar Maßnahmen gehören in der Zahnheilkunde zur absoluten Seltenheit, Therapien werden langfristig geplant, der Patient kann seine Entscheidung eigenverantwortlich nach umfassender Aufklärung treffen. Ihm steht es offen, eine Zweitmeinung durch die Beratung einer anderen Instanz oder eines weiteren Fachkollegen einzuholen.

Die Erhaltung des Kausystems unterliegt bis auf wenige Ausnahmen keinem Schicksal, sondern kann durch Prophylaxe und Prävention seitens des Patienten eigenverantwortlich nachhaltig unterstützt werden. Weiterhin ist festzuhalten, bei ein und dem selben Befund gibt es sehr unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten unter dem Gesichtspunkt von Komfort und Ästhetik.

Deshalb sehen wir keine Notwendigkeit

einer solidarisch vollfinanzierten Therapie aller Behandlungsformen.

Wie sieht das **Konzept der Vertrags- und Wahlleistung** konkret aus:

- Der Patient hat Zugang zu einer notwendigen umfassenden Diagnostik.
- Die erkannte klinische Situation stellt den Befund dar.
- Der Patient bekommt befundorientierte Festzuschüsse seiner Kasse.
- Das mit dem Festzuschuss zu erzielende Behandlungsergebnis ist die Wiederherstellung von Kaufunktion, Phonetik und einer Mindestanforderung an Ästhetik.
- Darüber hinausgehende Therapievarianten unterliegen der eigenverantwortlichen Finanzierung durch den Patienten.

Notwendige Voraussetzung für die Umsetzung einer solchen Systematik von Festzuschüssen ist die Einführung von Kostenerstattung. Sie ergibt die notwendige Transparenz und garantiert die Therapiefreiheit bei freier Arztwahl.

Ein derartiges Konzept birgt erhebliche **Vorteile** in sich:

- die Politik kann den Umfang notwendiger Leistungen vorgeben
- das Konzept ermöglicht den Abbau von Bürokratie und Verwaltungsaufwand durch die eigenverantwortliche Kontrolle seitens des Patienten
- es besteht freie Wahl unter den medizinischen Heilberufen
- das Konzept erzieht zu einer bewussteren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen
- Vertrags- und Wahlleistung beinhaltet das Selbstbestimmungsrecht bei der Therapiewahl
- der Patient behält den gleichen Leistungsanspruch bei unterschiedlichem Therapieniveau
- die Weiterentwicklung innovativer Therapien wird gefördert
- die Krankenkasse kann durch die Höhe der Festzuschüsse ihren Haushalt steuern.

Das Konzept der Zahnärzte lässt sich in die beschriebenen Ziele des Bündnisses Gesundheit Sachsen voll integrieren.

Bewusst der Tatsache, dass die Vorreiterrolle immer die Auseinandersetzung mit dem traditionell Bewährten bedeutet, stellen wir Zahnärzte uns bewusst der Herausforderung, zukunftsweisende Wege innerhalb der Sozialversicherung zu beschreiten.

Wir erneuern unsere Bereitschaft, an einer wirklichen Strukturreform aktiv mitzuwirken.

Dr. Holger Weißig  
Stellv. Vorsitzender Kassenzahnärztliche  
Vereinigung Sachsen  
Vorstandsmitglied der Kassenzahnärztlichen  
Bundesvereinigung

## **Deutscher Verband für Physiotherapie – Zentralverband der Physiotherapeuten / Krankengymnasten (ZVK) e. V. Landesverband Sachsen e. V.**

Bekanntlich hat alles seine 2 Seiten, so auch die Verabschiedung der Gesundheitsreform 2000 – sie hat die unterschiedlichsten Gesundheitsberufe im Bündnis Gesundheit 2000 zusammengeführt.

Seit der Gründung des Bündnisses Gesundheit 2000 in Sachsen sitzen wir mit Verbänden und Körperschaften der Ärzte, Zahnärzte, der Fachberufe, der Behinderten und Patienten an einem Tisch und beraten Kritikpunkte an der Gesundheitsreform 2000 und suchen nach Lösungs-

wegen für eine künftige Gesundheitspolitik. Wir haben eine Plattform gefunden, die es uns ermöglicht, unsere Probleme zu artikulieren, aber uns war ebenso wesentlich, die Probleme der anderen zu hören. Wir erkannten, dass nur ein gemeinsames Handeln aller im Gesundheitswesen Beschäftigten zu einem angemessenen Ziel führen kann.

Deshalb war es zunächst für die verschiedenen Berufsverbände der Physiotherapeuten in Sachsen notwendig, einen gemeinsamen Nenner zu finden, der es uns möglich macht, miteinander die Interessen unseres Berufsstandes zu vertreten.

Wir führten zunächst eine Situationsanalyse durch.

– Was haben wir in 10 Jahren berufspolitischer Arbeit erreicht?

– Welche Auswirkungen hat die Budgetierung von Heilmitteln auf die Entwicklung?

– Welche Lösungswege sehen wir als möglich an?

Durch ein breitgefächertes Fort- und Weiterbildungsangebot im Anschluss an die Ausbildung haben wir das fachliche Wissen und Können, das heißt die fachliche Kompetenz der Berufskollegen, deutlich angehoben und erweitert und die Voraussetzungen für die Qualität der Behandlung vergrößert.

Durch das Bemühen um eine gute Zusammenarbeit mit den Ärzten konnte Einfluss auf das Ordnungsverhalten genommen werden, was sich in der Frequenzstatistik deutlich niederschlägt. Ärzte wissen, das unser therapeutisches Spektrum weit über Packungen und Massagen hinausgeht und sie verordnen nach therapeutischer Wirksamkeit. Welchen Einfluss nimmt die Budgetierung von Heilmitteln auf diesen positiv verlaufenden Entwicklungsprozess?

Erlaubt sei der Hinweis, „dass Voraussetzung für den Anspruch des Versicherten auf die Versorgung mit Heilmitteln gemäß § 32 SGB V allein die Verordnung durch einen an der vertrags-

ärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt nach § 73 Abs. 2, Nr. 7 SGB V ist.“ Somit ist der Arzt allein in Verantwortung genommen, über die Notwendigkeit der Verordnung von Heilmitteln zu entscheiden, das Budget ohne Kenntnis des Ordnungsverhaltens aller Arztkollegen einzuhalten und Regressandrohungen hinzunehmen.

Das Ordnungsverhalten widerspiegelt die enormen Widersprüche, denen Ärzte ausgesetzt sind.

Die Kontinuität der Ordnungen ist unterbrochen. Ordnungsspitzen finden sich am Anfang jedes Quartals ebenso wie im Vergleich 1. zum 4. Quartal. Es wird weniger oder gar nicht verordnet. Die Ordnungsmenge unterschreitet die therapeutische Wirksamkeit. Bei der Wahl des Heilmittels wird weniger nach Notwendigkeit als nach wirtschaftlich machbar entschieden. Von einer optimalen Versorgung der Patienten mit Heilmitteln kann deshalb nicht mehr die Rede sein. Selbstverständlich hat das auch Auswirkungen auf die physiotherapeutischen Praxen, die Arbeitsverdichtung nimmt weiter zu, Stellen werden abgebaut und der verstärkte finanzielle Druck beeinträchtigt die Qualität.

Das alles hat sowohl bei den verordnenden Ärzten, als auch bei den Leistungserbringern und vor allem bei den Patienten zu Verdrossenheit geführt.

Deshalb ist das Nachdenken aller an diesem Prozess Beteiligten zwingende Notwendigkeit.

Wir unterstreichen deutlich, dass die Fragen

■ Welche medizinischen Leistungen sollen in Zukunft finanziert werden?

■ Inwieweit muss der Patient in seiner Verantwortung mit eingebunden werden? zugelassen und beantwortet werden müssen.

Mit unseren Vorschlägen folgen wir Physiotherapeuten dem System der Einteilung der Finanzierung von medizinischen Leistungen des Sächsischen Bündnisses Gesundheit 2000:

1. Vollfinanzierung der Leistungen der Physikalischen Therapie wie sie im erarbeiteten, aber noch nicht umgesetzten Indikationskatalog vorgegeben sind.

Entsprechend der Diagnose und der vorgefundenen Schädigung beziehungsweise Funktionsstörung wird das Ziel der Physikalischen Therapie formuliert, die Wahl des Heilmittels oder der Heilmittelkombination und die therapeutisch wirksame Ordnungsmenge vorgegeben. Die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Physiotherapeuten wird eingefordert. Somit ist ein Anhalt für die „ausreichende, zweckmäßige und notwendige“ Therapie gegeben, die von der Solidargemeinschaft getragen werden soll.

2. Mischfinanzierungen durch Versicherung und Patienten sind dann möglich, wenn die Vorgaben des Indikationskatalogs erfüllt sind, der Patient aber eine Fortsetzung oder Erweiterung wünscht.

3. Die eigenfinanzierten Leistungen des Patienten werden sich besonders auf den Präventivbereich und die Gesundheitsförderung beziehen wie zum Teil bereits praktiziert.

Nach unserer Auffassung bietet ein in dieser Form angedachtes System die Voraussetzungen, dass das Prinzip der Solidargemeinschaft bei Vergrößerung der Eigenverantwortung der Patienten erhalten bleiben kann.

Louise Schumann  
Zentralverband der Physiotherapeuten/  
Krankengymnasten (ZVK) e. V.  
Landesverband Sachsen e. V.

## Sächsischer Berufsverband der Fachärzte für Allgemeinmedizin e. V.

### *Patientenorientierte Medizin erfordert Zusammenarbeit und Finanzierung*

Steht der Patient im Mittelpunkt des Gesundheitswesens, oder steht er nur im Weg?

Ein patientenorientiertes Gesundheitswesen erfordert die Definition von Gesundheitszielen, die Beschreibung der möglichen Wege zur Erreichung der

Gesundheitsziele und eine für die Verwirklichung dieses Weges ausreichende Finanzierung.

Gesundheitsziele müssen von den Betroffenen, also von der Gesellschaft beziehungsweise den Versicherten als Ganzes definiert werden.

Gegenwärtig bedarf es aber erst einmal der Zielbestimmung der Gesundheitspolitik selbst, die aufbauend auf der Gesellschaftsprognose der nächsten 50 Jahre (vor allem der demografischen Prognose) und der Analyse der Morbidität der Gegenwart das Notwendige und Machbare definieren muss. Von dieser Zielstellung können die Zwischenschritte sowohl in der Aufgabe, der Struktur als auch in der Finanzierung und Umsetzung konzipiert werden. Dabei müssen Abweichungen von dieser Prognose ständig beobachtet und die Ziel- und Prozessmarker angepasst werden.

Aus Gesprächen mit Patientenverbänden wissen wir, dass Lebensqualität wichtiger ist und den Vorrang vor Lebensdauer hat. Ebenso wissen wir, dass bei chronischen Krankheiten ein Patientenanliegen ist, mit der Krankheit leben zu lernen, als um jeden Preis gegen die Krankheit zu kämpfen. Alter schließt Gebrechen und Behinderung ein, dieses Leben will bewältigt sein. Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie die wirtschaftlichen Anreize müssen sich an diesem Ziel der Gesellschaft messen. Das ist zur Zeit nicht gegeben.

Über die persönlichen Gesundheitsziele verfügt der Patient selbst, zum Beispiel mit einem Patiententestament oder mit der aktuellen Festlegung beim Arztbesuch im Krankheitsfall. Das schützt ihn vor Überbetreuung, aber es macht auch sein Anliegen deutlich. Vom gesellschaftlichen Konsens abweichende Ziele dürfen die Gesellschaft nicht belasten. Jeder trägt Verantwortung für sich selbst. Dieser Prozess ist zur Zeit politisch unterentwickelt und wird unzureichend angeregt und unterstützt. Besonders die Gesunderhaltung wird ungenügend gewürdigt. Die Reparaturmedizin fördert

geradezu die Risikobereitschaft für Gesundheitsschäden.

Das Erreichen des Gesundheitszieles erfordert vertrauensvolle Zusammenarbeit aller Beteiligten.

Wesentlichen Anteil hat die Eigenverantwortlichkeit und Selbsthilfe als Basis der Gesunderhaltung und Bewältigung von Krankheit. Selbsthilfe ist konsequent zu fördern. Selbsthilfe ist nicht auf Hilfe gegen Defizite des Gesundheitswesens zu reduzieren, etwa bei Behandlungsfehlern. Selbsthilfe hat eine hohe Kompetenz zur Umsetzung von Bewältigungsstrategien und ist die kostengünstigste Betreuungsform. Niemand kann Kranke emotional besser verstehen und beraten als Kranke.

Die Arbeit der Gesundheitsberufe erfordert Koordination und Kooperation. Deshalb steht dem Patienten der Hausarzt als lebensbegleitender Betreuer und als Koordinator aller Gesundheitsberufe zur Seite. Die spezialisierte ambulante Betreuung, die stationäre Betreuung und die anderen Heilberufe werden entsprechend der Notwendigkeit für das Erreichen des Gesundheitszieles in Anspruch genommen. Die Koordination schränkt die freie Arztwahl nicht ein, sondern sichert die wechselseitige Information und die Abfolge der Maßnahmen entsprechend den medizinischen und sozialen Erfordernissen.

Die Integration der Gesundheitsberufe dient der optimalen Betreuung der Kranken und Behinderten, nicht einer vordergründigen Kostendämpfung. Die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe wird in Leitlinien unter Mitarbeit aller Beteiligten, auch der Patientenvertreter, vereinbart. Leitlinien beschreiben Handlungskorridore sowie eine Rangordnung von Maßnahmen zur Erreichung des jeweiligen Therapieziels, sie lassen aber Spielräume für mögliche Alternativen bei unbegehbarem Hauptweg. Die Ausgrenzung von Alternativen wird der Vielfalt der Patientenprobleme und Patientenbedingungen nicht gerecht. Durch die Einbeziehung der Patientenvertreter sind

die Interessen der Versicherten besser gewahrt als durch die Krankenkassen, da letztere mehr unter dem Druck der Nettozahler stehen.

Die Solidargemeinschaft versteht sich auch als Solidargemeinschaft der Versicherten untereinander. Gegenwärtig droht ein Widerspruch zwischen Nettozahlern und Nettoempfängern, der von der Politik und den Krankenkassen für Wettbewerbszwecke missbraucht wird und sowohl den Versicherten wie auch den Leistungserbringern Schaden zufügt. Das drückt sich zum Beispiel in den Diskussionen um Budgets, um Zuzahlungen und Beitragshöhen aus.

Die Versicherten müssen neben den Rechten des Patienten auch die Pflichten selbst definieren, um einen Missbrauch der Solidargemeinschaft auszuschließen. Dazu gehört unter anderem die Einschränkung der Chipkarte gegenüber unkoordinierter Inanspruchnahme, die die Finanzierung gefährdet. Dazu gehört auch die eigenverantwortliche spezielle Versicherung bei speziellen, vom Versicherten selbst beeinflussbaren Risiken wie zum Beispiel Genussmittelmisbrauch, risikofolle Sportarten und das Risiko im Straßenverkehr.

Erreichen der Gesundheitsziele erfordert die Finanzierung durch die Solidargemeinschaft. Das Kostenerstattungsprinzip führt dabei zur Transparenz und gleichzeitigen Kontrolle der Leistungserbringer zur ordnungsgemäßen Rechnungslegung. Die Kostenerstattung darf andererseits den Versicherten nicht unzumutbar belasten. Die Solidargemeinschaft muss festlegen, welche Risiken gesondert außerhalb der Solidargemeinschaft der Allgemeinen Krankenversicherung zu versichern sind. Sie muss auch die Anspruchsberechtigung innerhalb der solidarischen Finanzierung und deren Grenzen definieren. Nur innerhalb der medizinischen Indikationsstellung entscheiden die zuständigen Gesundheitsberufe, aber nicht in einem Zwiespalt von Leistungsrecht und Finanzierung.

Jede Störung des Vertrauensverhältnisses

und der Kooperation verschlechtert die Finanzgrundlagen des Systems. Die Vertrautheit, die „Droge Arzt“ ist wirksame Kostendämpfung. Misstrauen des Patienten etwa in die ausreichende Arzneimittelversorgung, wie sie durch unzureichende Budgets ausgelöst werden, führen zur mehrfachen Inanspruchnahme ohne Nutzen für das Erreichen des Gesundheitszieles, sondern mit Erhöhung des Gesamtaufwandes durch Ausweichbewegungen zwischen den Sektoren. Auch Zweitmeinungen müssen koordiniert sein.

Falsche Anreize bei den Leistungserbringern führen zum Festhalten des Patienten und damit zur Störung des kooperativen Zusammenwirkens. Kooperation muss prinzipiell belohnt werden. Dazu bedarf es der politischen Rahmenregelungen. Qualität ist immer Ergebnis der Qualität des Zusammenwirkens bei der Betreuung, der Aus-, Weiter- und Fortbildung und der Sicherung der Qualität der eigenen Leistungserbringung. So muss auch die Qualitätssicherung miteinander und nicht über den anderen erfolgen.

Gegenwärtig werden die Betreuungsergebnisse durch politisch veranlasste Konflikte zwischen den Beteiligten beeinträchtigt. Eine Änderung ist nicht durch Appelle erreichbar, sondern nur durch einen Grundkonsens. Gesundheitspolitik ist gegen die Gesundheitsberufe ebenso wenig machbar wie gegen die Betroffenen.

Dr. med. Diethard Sturm  
Vorsitzender des Sächsischen Berufsverbandes  
der Fachärzte für Allgemeinmedizin e. V.

## Sächsische Apotheker

### *Abschaffung der Arzneimittel- und Heilmittelbudgets*

Die Arznei- und Heilmittelbudgets haben sich als untauglich für eine rationale Versorgung der Patienten herausgestellt:

- Sie sind ungerecht sowohl gegenüber den Patienten als auch den Ärzten.
- Sie sind unwirtschaftlich, da sie Innovationen behindern, preisgünstige am-

bulante Behandlungsformen gegenüber anderen Leistungsformen diskriminieren und zum Ausweichen (Krankenhauseinweisung/Krankschreibung) auf nicht budgetierte Leistungen führen.

■ Sie sind unpraktikabel, weil für die Budgetfestsetzung, die Budgetanpassung und die Budgetüberwachung keine zeitnahen und verlässlichen Daten bereitstehen.

Die Apotheker fordern deshalb, die derzeitigen Regelungen durch ein System von budgetablösenden Richtgrößen zu ersetzen, in das ausnahmslos alle ärztlich veranlassten Leistungen einbezogen werden.

Hans Knoll  
Präsident der  
Sächsischen Landesapothekerkammer

## Krankenhausgesellschaft Sachsen

### *Krankenhausbereich als Wirtschaftsfaktor und Wachstumsbranche*

Das Gesundheitswesen ist ein zentraler Wirtschaftsfaktor mit erheblichem Wachstums-, Produktivitäts- und Beschäftigungspotential. Diese Feststellung hat bereits der Sachverständigenrat in seinem Sondergutachten 1997 getroffen. Über vier Millionen bzw. ca. 11,2 Prozent aller Erwerbstätigen sind direkt oder indirekt im Gesundheitswesen beschäftigt (Quelle: Statistisches Bundesamt). In Sachsen waren 1999 74.418 sozialversichert Beschäftigte im Gesundheitswesen tätig, das sind ca. 4% aller Erwerbstätigen in Sachsen (Quelle: Statistisches Landesamt). In Sachsen sind seit 1990 über 5,5 Mrd. DM an Krankenhausinvestitionen aufgebracht worden.

Als größtem Arbeitgeber im Gesundheitswesen kommt dem Krankenhaussektor besonders hohe wirtschaftliche Bedeutung zu. Krankenhäuser bilden den größten Zweig des bundesdeutschen Dienstleistungssektors. Bei einem Umsatzvolumen von mehr als 110 Mrd. DM (Sachsen 1998: 4,5 Mrd. DM) haben sie mit über einer Million Beschäftigten (1998) mehr Mitarbeiter als der gesamte

Bereich der Kreditinstitute und Versicherungsunternehmen; in Sachsen sind es zirka 47.000 Beschäftigte (1999), das sind 2,5% aller Erwerbstätigen in Sachsen (Quelle: Statistisches Landesamt).

Krankenhäuser sind in vielen Städten und Gemeinden die wichtigsten Arbeitgeber und Abnehmer für Zulieferer (zum Beispiel Medizintechnik, Medikalprodukte, Arzneimittel) und Dienstleistungsunternehmen (zum Beispiel Caterer).

Krankenhäuser sind ein zentraler Teil der sozialen Infrastruktur und der Kernbereich des Gesundheitswesens mit vielfältigen Aufgaben: Sie sichern nicht nur die Krankenversorgung rund um die Uhr, sondern sind außerdem Einrichtungen der Forschung und Entwicklung sowie Stätten der Aus-, Fort- und Weiterbildung.

Krankenhäuser wollen zukünftig noch stärker als bisher als Integrierte Dienstleistungsanbieter im Zentrum der Gesundheitsversorgung stehen und durch optimierte Behandlungsabläufe, umfassende Qualitätssicherung und durchdachtes Fallmanagement ein hohes Maß an Behandlungsqualität und Patientenorientierung erreichen sowie Arbeitsplätze für hochqualifizierte Beschäftigte in Medizin, Pflege und Verwaltung bieten und schaffen.

Wenn die politischen Rahmenbedingungen stimmen, werden vom Krankenhaussektor angesichts des wachsenden Bedarfs an gesundheitlichen Dienstleistungen auch in Zukunft erhebliche beschäftigungswirksame Effekte ausgehen.

### *Reform der finanziellen Grundlagen der GKV*

Gesetzgeberische Maßnahmen zur Ausgabendämpfung und Strukturveränderungen reichen alleine nicht aus, um den medizinischen Versorgungsbedarf der Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung auf Dauer finanzieren zu können. Zunehmend entwickeln sich die Einnahmen zum Finanzierungsproblem der gesetzlichen Krankenversicherung.

Ursachen dafür sind in erster Linie eine rückläufige Lohnquote ((Durch die Lohnquote wird die Verschiebung der gesamtwirtschaftlichen Einkommensverteilung zu Lasten der Einkommen aus abhängiger Arbeit wiedergegeben (1980: 80%, 1998: 71%)), hohe Arbeitslosigkeit (Arbeitslosenquote in Sachsen 1998: 18,8%) und ein Rückgang der erwerbsfähigen Bevölkerung bei gleichzeitigem Anstieg der Rentnerzahl ((Der Rentnerquotient (Anzahl der Rentner je 100 Beitragszahler) ist allein zwischen 1992 und 2000 von 47,0 auf 53,0 angestiegen; laut Prognosen des Bundesministeriums wird er bis 2030 auf ca. 88,0 anwachsen (Quelle: Bundesarbeitsministerium)). Diese Entwicklung führt in einem System, das sich aus dem Faktor Arbeit finanziert, zu einem Ausbleiben dringend benötigter Einnahmen.

Neben Anreizen zur Ausgabenbeschränkung ist daher eine Reform der Beitragsfinanzierung dringend erforderlich. Hierüber wird in der Gesundheitspolitik bereits diskutiert. Ziel aller Beteiligten muss es sein, langfristige Finanzierungsalternativen zu entwickeln, welche es ermöglichen, den ordnungspolitischen Rahmen der GKV zu erhalten und den medizinisch-technischen Fortschritt auch in Zukunft zu Gunsten der gesamten Bevölkerung finanzierbar zu machen. Das bedeutet, dass eine Beitragsreform dem Grundsatz der solidarischen Ordnung der GKV Rechnung tragen muss.

### **Bedarfsgerechte Versorgung**

Steigende Lebenserwartung der Menschen; der Fortschritt in der Medizin; ein verändertes Gesundheitsbewusstsein und die demographische Entwicklung erhöhen die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen. Dynamische Anpassungen der Versorgungsstrukturen werden notwendig, um auch zukünftig eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung sicherstellen zu können.

Bei allen Anstrengungen der Leistungserbringer für eine wirtschaftliche Versorgung ist in Zukunft mit einem Anstieg der



Dr. Stefan Helm, Dr. Holger Weißig, Prof. Dr. Jan Schulze (v.l.n.r.)

GKV-Leistungsausgaben zu rechnen. Prognos sagt für das Jahr 2040 einen Anstieg von derzeit 13,5% auf 16% voraus. Das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung geht in einem Zukunftsszenario von der Annahme aus, dass im gleichen Jahr der fortschrittsinduzierte Ausgabenanstieg sogar die Produktivitätsentwicklung übertrifft und mit einem GKV-Beitragsatz von 23,1% zu rechnen ist.

Eine starre, ausschließlich ökonomisch orientierte Budgetierung der Gesundheitsausgaben, wie sie durch Kostendämpfungsgesetze der letzten Jahre vorgegeben wird, ist mit einer bedarfsgerechten Versorgung nicht vereinbar. Bemessungsgrundlage für die Ausgaben im Gesundheitswesen müssen zukünftig medizinische und ökonomische Kriterien sein. Andernfalls ist die Rationierung von Leistungen eine unausweichliche Folge. Sofern dies das Ziel der Gesundheitspolitik ist, muss sie sich dazu bekennen. Rationierungsentscheidungen dürfen nicht dem System abverlangt werden.

### **Innovative Versorgungsstrukturen**

Ein Schwachpunkt in unserem Versorgungssystem ist nach wie vor die historisch bedingte institutionelle Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung: Strikt getrennte Leistungsbereiche folgen nicht dem medizinischen Behandlungsablauf, den Patientenbedürfnissen und der wirtschaftlichen Leistungserbringung.

Ein Wirtschaftlichkeitspotential in unserem Versorgungssystem wird in einer

besseren Zusammenarbeit der ambulanten und stationären Bereiche vermutet. Kostenträger und Leistungserbringer können zu einer umfassenden Mobilisierung dieses Potentials gemeinsam nur dann beitragen, wenn durch gesetzliche Rahmenbedingungen die erforderlichen Voraussetzungen geschaffen werden.

Mit den am 1. 1. 2000 in Kraft getretenen Regelungen zu integrierten Versorgungsformen definiert der Gesetzgeber eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende, interdisziplinäre und an den Bedürfnissen der Patienten orientierte Versorgung, bei der innerhalb des bestehenden Finanzierungsrahmens der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durch medizinische und ökonomische Abstimmung Qualitäts- und Kostenvorteile erzielt werden, die den Patienten, Versicherten und Leistungserbringern zugute kommen sollen. Strukturelle Veränderungen sind ein Entwicklungsprozess und kein Umbruch von heute auf morgen. Integrierte Versorgungsformen fordern von den Beteiligten unternehmerische Entscheidungen, die mittel- bis langfristige Planung voraussetzen. Das ist nur dann möglich, wenn die gesetzlichen Grundlagen auf Dauer angelegt sind.

Dr. Stefan Helm  
Geschäftsführer der  
Krankenhausgesellschaft Sachsen

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer forderte am Ende der sehr produktiven Podiumsdiskussion die Politiker auf, das Gespräch mit den Körperschaften und Berufsverbänden zu intensivieren. Prof. Dr. Jan Schulze bat die anwesenden Politiker die Inhalte dieser Diskussionsrunde und die „von hier ausgestrahlten Signale“ in das Landes- und Bundesparlament weiterzuleiten. **Es geht uns Ärzten um die jetzige und künftige Finanzierung einer modernen qualitätsgesicherten und vernünftigen Medizin in Ambulanz und Klinik.**

klug