

# Grundsatzpapier der GFB

## Nachhaltige Sicherung patientennaher fachärztlicher Versorgung auf hohem Qualitätsniveau

Das deutsche Gesundheitssystem bewegt sich als Folge einer chronischen und zunehmenden Unterfinanzierung bedrohlich aus einer bereits bestehenden Mangelversorgung in Richtung einer krassen Unterversorgung der Bevölkerung mit medizinischen Dienstleistungen. Erkennbar sind bereits heute Zeichen eines Ärztemangels, Rationierungstendenzen in der Versorgung und drohende Qualitätsdefizite.

Die in der [Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände \(GFB\)](#)

<http://www.facharztverband.de/content/articles/933/938/index.html?catid=938&topid=933>

**zusammengeschlossenen Verbände** haben die Problembereiche analysiert und im folgenden Grundsatzpapier Lösungsansätze entwickelt. Das Papier dient der Grundlage einer weiterführenden Diskussion, wobei angesichts der Notwendigkeit einer umgehenden Bewältigung der anstehenden Probleme nur ein begrenztes Zeitfenster verbleibt.

### Problemfelder:

#### • Fehlende Planungssicherheit

Ärzte wie auch alle anderen Leistungserbringer im Gesundheitssystem leiden unter einer erheblichen Planungsunsicherheit. Ständig wechselnde Gesetze sowie nachgeordnete Verordnungen und Regelungen sowohl seitens des Gesetzgebers wie auch in der Folge von den Organisationen der Selbstverwaltung erschweren eine zukunftsorientierte Planung.

#### • Fehlende wirtschaftliche Sicherheit

Budgetierung, Zwangsrabatte und ähnliche planwirtschaftlich dirigistische Maßnahmen als Folge der Unterfinanzierung des Systems bieten keinerlei Anreiz zu Investitionen. Sie führen zu Personalabbau, damit zu Arbeitsüberlastung der verbleibenden Mitarbeiter und Verlust von Motivation sowohl der Arbeitnehmer als auch der unternehmerisch tätigen Freiberufler im System. Allein in den Praxen der niedergelassenen Ärzte sind in den letzten Jahren mehr als 100.000 Stellen nichtärztlicher Mitarbeiter freigesetzt worden.

#### • Gefährdung der Therapiefreiheit durch ökonomischen Druck

Arzneimittelregresse und Bonus-Malus-Regelungen sind ganz unmittelbare Hemmnisse für eine patientenindividuell ausgerichtete Therapie auf höchstem Niveau. Weniger offensichtlich, aber in den Auswirkungen ebenso auf eine standardisierte Minimaltherapie abgestellt, sind Einschreibeprogramme von Krankenkassen mit von diesen ausgewählten Leistungserbringern zu festgelegten Bedingungen. Budgets führen sowohl in den Praxen der Niedergelassenen wie auch in den Kliniken zur Reduktion von möglichen hochwertigen und damit zumeist teureren Verfahren zugunsten einer gerade noch ausreichenden Minimalversorgung.

#### • Überbordende Bürokratie und Regelungsdichte

Der Aufwand für nichtärztliche Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Administration eines Behandlungsgeschehens erfordert mittlerweile nahezu ein Drittel der Gesamtarbeitszeit eines Arztes. Diese Ressourcen fehlen für die unmittelbare Patientenversorgung.

#### • Überalterung und fehlender (fach-)ärztlicher Nachwuchs

Die mangelnden Berufsperspektiven führen zum Verlust von 30% der Studienabsolventen im Fach Humanmedizin, die nach Abschluss des Studiums keine Weiterbildung an deutschen Kliniken beginnen. Schon heute ist klar, dass in zehn Jahren keine Fachärzte in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen werden, um die dann ausscheidenden Ärzte zu ersetzen. Das Durchschnittsalter der berufstätigen Ärzte steigt kontinuierlich und liegt, weil junge Kollegen fehlen, inzwischen bei fast 52 Jahren. Dies betrifft im Übrigen die allgemeinmedizinisch hausärztliche Versorgung in gleicher Weise.

- **Basel II**

Die restriktiven Bedingungen für die Kreditvergabe bewirken, dass niederlassungswillige Ärzte wegen der auch von den Banken als problematisch eingeschätzten Ertragsituation nicht mehr auf eine fremdfinanzierte Existenzgründung bauen können. Sie sind damit auch nicht mehr in der Lage, bestehende Praxen zu erwerben mit der Konsequenz einer weiteren Ausdünnung im niedergelassenen Bereich und des Verlustes der mit dem Praxiswert verbundenen Alterssicherung der ausscheidenden Ärzte.

- **Fehlende Weiterbildungsstellen in Klinik und Praxis**

Klinikschließungen, Konzentrationsprozesse und vor allem die finanziellen Engpässe als Resultat einer jahrelangen Budgetierung gefährden die Weiterbildung junger Ärzte. Erzwungene Verlagerungen stationärer Behandlungen in den ambulanten Bereich setzen dort die Leistungserbringung durch Fachärzte voraus, sodass auch inhaltliche Defizite im Weiterbildungsangebot entstehen. In der Praxis ist ein Weiterbildungsassistent nicht finanzierbar, weil dieser etwaige zusätzliche Umsätze, aus denen heraus ein Gehalt finanziert werden könnte, unter Budgetbedingungen nicht erzielen darf.

- **Unzumutbare Arbeitsbedingungen am Krankenhaus**

Die Arbeitsbedingungen an den Krankenhäusern lassen die jungen Ärzte in unerträglich hoher Zahl auf andere Tätigkeitsbereiche ausweichen, entweder ins Ausland oder in nicht medizinische Zweige. Arbeit zu Unzeiten, unbezahlte Überstunden, unregelmäßige Bereitschaftsdienstvergütungen und nicht zuletzt die der Bürokratie geschuldeten nichtärztlichen Dienstpflichten sind nicht länger unter dem Begriff ethischen Handelns vermittelbar.

- **Fehlende Perspektiven für Lebensstellungen**

An den weniger werdenden Kliniken sind Lebensstellungen mit einem ausreichenden Maß an erfüllender Eigenverantwortung und mit Aussicht auf ein adäquates Einkommen nicht mehr gegeben. Auch der leitende Arzt ist nur noch Angestellter und meist auch noch haftender Erfüllungsgehilfe seiner Verwaltung. Die mögliche Perspektive einer späteren Niederlassung ist unter den aktuellen Rahmenbedingungen nicht mehr attraktiv.

- **Wertigkeit der Versorgung**

Die Diskussion um eine Übertragung medizinischer Versorgungsaufgaben auf nicht-ärztliche Hilfsberufe ist ebenso kontraproduktiv wie der Verzicht auf fachärztliche Kompetenz durch obligate Hausarztssysteme. Zusammen mit einer beständigen Diffamierung des Arztbildes führt dies zu einer weiteren Demotivation der Beteiligten.

- **Gefährdung der Versorgungsqualität**

Nachwuchsmangel, Überalterung, ökonomische Restriktionen und Wartelisten als Folge zunehmender Rationierung führen letztlich zu spürbaren Defiziten in der Versorgungsqualität.

Ursachen:

Die vorgenannten Probleme finden ihre Ursachen in verschiedenen Faktoren sowohl finanzieller als auch struktureller Natur. Kernursache ist die chronische Unterfinanzierung des deutschen Gesundheitssystems und die damit einhergehende schleichende Rationierung in Folge immer neuer Kostendämpfungsgesetze. Diese sind Ausdruck des staatlichen Dirigismus im Versuch, ohne nachhaltige Veränderung der Finanzierungsgrundlage mit Hilfe planwirtschaftlicher Instrumente das System über die Zeit einer Wahlperiode zu retten. Die fehlende Nachhaltigkeit begründet sich vor allem darin, dass angesichts einer dramatisch veränderten Demografie in einer Gesellschaft des langen Lebens und einer massiven Reduzierung der Erwerbstätigkeit die Koppelung des Beitrags zur gesetzlichen Krankenversicherung unverändert an arbeitsmarktpolitische Faktoren geknüpft ist. Aus dem gleichen Grund ist auch die im § 81 SGB V verankerte Bindung der Ausgaben für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung an die Grundlohnsumme nicht mehr geeignet, die Anforderungen aus einer steigenden Morbidität adäquat und solidarisch mit dem bisherigen Beitragssystem zu tragen. Das ethische Grundverständnis der Ärzte ist derzeit der einzige Garant für die Weitergabe des medizinischen Fortschrittes, allerdings ist die Grenze des Machbaren längst überschritten.

## Lösungsvorschläge der GFB:

Die Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände sieht dringenden Reformbedarf, der sich nicht auf einzelne Teilbereiche beschränken darf, sondern nur im Zusammenhang eine nachhaltige Sicherung des Gesundheitssystems bewirken kann. Es sind dies:

- **Wettbewerb ermöglichende Strukturen der Beitragserhebung**
- **Neudefinition der Leistungssteuerung**
- **Vergütungssysteme**
- **Strukturveränderungen**

### **Wettbewerb ermöglichende Strukturen der Beitragserhebung**

Die Beitragserhebung für eine Gesundheitsversorgung muss der Tatsache Rechnung tragen, dass Gesundheitsrisiken unterschiedlich sind und im Einzelfall die Leistungsfähigkeit des Einzelnen überfordern. Eine solidarische Absicherung des Existenzrisikos ist daher unabdingbar. Daraus folgt eine Verpflichtung jeden Bürgers zur Absicherung dieses solidarisch zu tragenden existentiellen Gesundheitsrisikos über eine risikobezogene Grundversicherung. Diese kann sowohl über die gesetzlichen wie auch über die privaten Kassen erfolgen. Eine Kontrahierungsverpflichtung für die privaten Krankenkassen ist dann ebenfalls einzurichten. Jeder Bürger kann neben der Pflicht zur Grundversicherung frei entscheiden, welche Risiken und in welchem Umfang er diese zusätzlich außerhalb der Solidargemeinschaft absichert. Diese Form der Beitragserhebung ist unabhängig vom Arbeitsmarktbezug und bietet unter dem Aspekt der Risikoadjustierung die notwendige Nachhaltigkeit.

Aufgabe des Staates muss sein, über Steuermittel den Solidarausgleich für diejenigen herzustellen, die nicht über die ausreichenden eigenen Mittel verfügen, den Beitrag für die Grundversicherung zu tragen (Kinder, Erwerbslose, Geringverdiener).

Aufgabe der Ärzteschaft wird es sein, gemeinsam mit dem Gesetzgeber eine Definition der Leistungsbreite des Grundleistungskataloges zu erarbeiten.

Freiwillige Zusatzversicherungen sowohl über die privaten wie auch über die gesetzlichen Versicherer müssen im Sinne einer wettbewerblichen Umformung ebenso ermöglicht werden wie Eigenbeteiligungen im konkreten Behandlungsfall. Die Tarifierung solcher Modelle kann über Festbeträge, prozentuale Beteiligungen oder in Abhängigkeit der verfügbaren Einkommenslage der Betroffenen gestaltet werden.

### **Neudefinition der Leistungssteuerung**

Die Ablösung des staatlich-dirigistischen, bürokratisch verkrusteten Systems zugunsten einer marktwirtschaftlich

geprägten Wettbewerbsordnung setzt eine unmittelbare und direkte Vertragsbeziehung zwischen Patient und Leistungserbringer voraus. Auf der Basis einer festen Preisgestaltung über eine allgemein gültige Gebührenordnung sind alle Leistungen gegenüber dem Patienten transparent darstellbar.

Die unmittelbare Vertragsbeziehung mit den Patienten ermöglicht den Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern unter der Voraussetzung, dass den Patienten eine eigenverantwortliche Entscheidung über die verschiedenen Angebote ermöglicht wird. Dies kann über private Zusatzversicherungen für bestimmte Leistungsbereiche aufbauend auf einer solidarisch abzuschließenden Grundversicherung erfolgen wie auch über selbst bestimmte Zuzahlungsmodelle. Eine generelle Zuzahlungspflicht wie die aktuell geltende Praxisgebühr verfehlt den Ansatz einer selbst bestimmten Eigenverantwortung.

## **Vergütungssysteme**

Medizinische Dienstleistungen müssen in einem Wettbewerbssystem definierte Inhalte und feste Preise besitzen, so wie es in jedem anderen Wirtschaftszweig auch nicht anders vorstellbar ist. Patienten können ohne feststehende Angebote keine Wahlentscheidung treffen. Leistungserbringer brauchen eindeutige Kalkulationsgrundlagen. Daraus folgt die Notwendigkeit einer Gebührenordnung auf der Basis festgelegter Preise. Sinnvoll sind in diesem Zusammenhang diagnosebezogene Fallpauschalen mit obligaten Leistungsanteilen unter Berücksichtigung patientenindividueller Komorbiditäten sowie additive prozessbezogene Einzelleistungskomplexe. Eine weitergehende Pauschalisierung im Sinne einer Betreuungspauschale ist für die Bedürfnisse der spezialisierten fachärztlichen Versorgung weder im stationären Bereich noch in der ambulanten Versorgung zielführend.

## **Strukturveränderungen:**

Um eine notwendige Zusammenführung der klinischen und ambulanten Versorgung voran zu bringen, muss die bestehende sektorale Trennung der Bereiche aufgehoben werden. Jede Form der Budgetierung konterkariert den Ansatz einer Förderung des Wettbewerbs und zementiert verkrustete Strukturen. Zu weiteren Wettbewerb fördernden Maßnahmen gehört die bereits im Gesetzgebungsverfahren befindliche Neufassung der Zulassungsverordnung mit dem Ziel, die Beschlüsse des Deutschen Ärztetages 2004 umzusetzen. Ohne die Liberalisierung der Kooperationsmöglichkeiten sind Verschlankungen und Effizienzsteigerung nicht umsetzbar. In diesem Zusammenhang muss auch die bisherige Bedarfsplanung zugunsten einer regional bezogenen sektorübergreifenden Versorgungsbedarfsfeststellung geändert werden. Alle Maßnahmen zusammen ermöglichen dann auch eine gemeinsame Honorarverantwortung mehrerer Leistungserbringer an einem Behandlungsfall.

Zur verbesserten Verflechtung stationärer und ambulanter Versorgung ist das Beleg-ärztsystem zu fördern. Ebenso sollte vermehrt die Möglichkeit konsiliarärztlicher Tätigkeit von niedergelassenen Ärzten an Kliniken wie auch die Option für Krankenhausärzte zur partnerschaftlichen Kooperation mit niedergelassenen Praxen ermöglicht werden. Es sind die Ärzte und nicht die Institutionen, die den unmittelbaren Bezug zu ihren Patienten haben und diese durch die unterschiedlichen Versorgungsebenen begleiten. Je enger die Ärzte zusammenarbeiten können, um so weniger Reibungsverluste werden am Übergang der Versorgungsbereiche entstehen. Die institutionelle Öffnung der Krankenhausambulanzen für die ambulante fachärztliche Versorgung löst das Problem des individuellen Patientenbezuges nicht, ganz abgesehen von der personellen Situation an deutschen Kliniken, die kaum noch für die Versorgung der stationären Patienten ausreicht. Eine weitere Verzögerung in der Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes wird die Bereitschaft der Klinikärzte, sich bis an die Grenze der Belastbarkeit einzubringen, nicht fördern.

Das Gesundheitswesen ist mit der größte Arbeitsmarkt in Deutschland. In den letzten Jahren sind durch Klinikschließungen und Personalreduktion in den Arztpraxen mehr als 100.000 Stellen freigesetzt worden. Auch dies ist mitverantwortlich für die inzwischen stattfindende Rationierung, die sich bisher nur in verlängerten Wartelisten äußert.

Qualitätsmängel sind aber programmiert, die zu unmittelbaren Schäden für die Patienten führen werden. Dieses abzuwenden und in Zukunft eine nachhaltige für alle gleiche gute Grundversorgung der Bevölkerung auf dem Stand der medizinischen Wissenschaft zu garantieren, ist vordringliche Aufgabe der Politik. Die GFB bietet

Lösungsansätze; eine Weichenstellung ist zwingend und in kurzer Zeit erforderlich.

**Der Präsident des Dachverbandes, der Bremer Chirurg Dr. Jörg-Andreas Rüggeberg, erläuterte, dass die GFB diese Thesen gemeinsam mit der Politik diskutieren wolle. "Es ist fünf nach zwölf", betonte Rüggeberg. Was heute noch als Mangel beklagt werde, sei morgen bereits eine krasse Unterversorgung, wenn nicht sofort gehandelt werde.**

Eine der ersten Stellungnahmen zu dem „Grundsatzpapier“:

## **Der Abschiedsbrief der GFB als Interessenvertretung der Ärzteschaft.**

*schleichende Rationierung ... (ist) Ausdruck des staatlichen Dirigismus ... mit Hilfe planwirtschaftlicher Instrumente das System ... zu retten.*

Soweit die Bestandsaufnahme im Gesundheitswesen, die sowohl für die Bundesregierung als auch für Ärzteschaft und Kassen zutrifft. Wenn Rationierung, Dirigismus und Planwirtschaft die Problemfelder umreißen, dann sollten Lösungsansätze auch an diesen Punkten ansetzen. Bevor man an die Lösung einer Aufgabe herangeht, bietet es sich an zu klären, wer für diese Aufgabe zuständig bzw. verantwortlich ist.

Auf die Frage, wer für Rationierung, Dirigismus und Planwirtschaft im Gesundheitswesen zuständig ist, gibt es eine ganz einfache Antwort: der Gesetzgeber. Der Gesetzgeber hat im SGB V die Beitragssatzstabilität vorgegeben und nur der Gesetzgeber ist für eine Bonus-Malus-Regelung verantwortlich, also für die Rationierungskriterien.

Für Planwirtschaft ist ebenfalls der Gesetzgeber verantwortlich. Wer spezielle Anbieter finanziell fördert, beispielsweise kooperative Formen im Bereich der ambulanten Versorgung obwohl andere Anbieter effizienter wären, der handelt planwirtschaftlich.

Auch der Dirigismus geht auf den Gesetzgeber zurück. Wer sonst als der Gesetzgeber greift mit seiner Gesetzgebung in die Preissetzung für Medikamente ein, verlangt Zwangsrabatte für Medikamente und behindert die freie Entfaltung der Marktkräfte.

**Es läuft immer nur auf einen einzigen Verantwortlichen hinaus, den Gesetzgeber. Der Gesetzgeber hat genau die Zustände herbeigeführt, die jetzt als Problemfelder diskutiert werden. Damit ist die Frage, wer für eine Abhilfe sorgen kann, eindeutig geklärt. Nur der Gesetzgeber hat die Möglichkeiten, die entsprechenden Regelungen so zu ändern, dass die Ursachen für die Probleme beseitigt werden.**

Angenommen, ich hätte mit meiner Darstellung der Verantwortlichkeiten Recht. Dann würde sich doch sofort die Frage stellen, warum sich die GFB um Dinge kümmert, für die sie nicht zuständig ist. Denn die von der GFB vorgestellten Lösungsvorschläge

1. *Wettbewerb ermöglichende Strukturen der Beitragserhebung*
2. *Neudefinition der Leistungssteuerung*
3. *Vergütungssysteme*
4. *Strukturveränderungen*

sind nicht von der Ärzteschaft zu veranlassen. **Die Ärzteschaft muss nur ihre eigenen Interessen vertreten.** Dies möglichst in angemessener Form und nicht durch Wolkenkuckucksheiminsassen. Das „eigene Interesse“ der Ärzteschaft kann man auf einen ganz kurzen gemeinsamen Nenner bringen:

## Angemessene Vergütung ärztlicher Tätigkeit

Diese Forderung kam von der GFB nicht. Die KBV hatte, wie Facharzt.de heute meldete, nur den Exodus der Ärzte ins Ausland konstatiert. Immerhin hatte die KBV schon die Honorierung als eine Ursache für die Abwanderung ausgemacht. Aber weder die KBV noch die GFB kommen auf die naheliegende Lösung, nämlich für angemessene Honorare einzutreten. Zur KBV :

*Die KBV geht davon aus, dass sowohl Krankenhaus- als auch niedergelassene Ärzte vermehrt Deutschland den Rücken kehren werden. Die **Ursachen** dafür seien ... **attraktivere Honorierung***

Dazu schrieb das Handelsblatt schon am 18.03.2005:

*"Das Ganze hat nur einen Schönheitsfehler: Steuern wir nicht schleunigst gegen, brauchen wir keine Reform mehr – weil **wir in fünf Jahren gar keine Ärzte mehr haben, die Patienten behandeln und das Gesundheitssystem tragen**"*

Die KBV schafft es gerade mal mit Mühe und Not, als Chronist die Sachverhalte mit einer gewaltigen Verzögerung ex post zu erfassen. Zu einem aktiven Gegensteuern, wie das selbst die Laienpresse schon vor Monaten für notwendig erachtet hat, ist diese Interessenvertretung der Ärzte noch nicht einmal ansatzweise in der Lage.

Unter anderem in Brandenburg brennt seit der Abrechnung für 2/2005 die Hütte, die wirtschaftliche Situation der Ärzte ist mit "katastrophal" noch sehr wohlwollend beschrieben. Was unternimmt die KBV dagegen? Nichts, keinerlei Reaktionen.

Auf drängende Probleme gleich gar nicht zu reagieren, das ist deutlich. Noch deutlicher können die KBV-Funktionäre sowohl ihr Eigenverständnis als auch ihr Desinteresse an der eigenen Klientel nicht mehr demonstrieren. Die Funktionäre haben mit der Ärzteschaft schon lange fertig und streichen nur noch die Bezüge ein solange es geht.

### **Die KBV als Interessenvertretung der Ärzteschaft hat endgültig abgewirtschaftet.**

Nach der Vorstellung des, **das Thema verfehlenden, Grundsatzpapiers** gilt diese Aussage auch für die GFB. Interessenvertreter, die nicht die Interessen ihrer Klientel vertreten sondern stattdessen lieber die Hausaufgaben der Politik machen wollen, brauchen die Ärzte nicht. Die GFB setzt auf Wettbewerb. Diesen Wunsch teile ich.

Aber wenn Wettbewerb kommt, dann wird man nur dann zu den bestmöglichen Ergebnissen im Wettbewerb kommen, wenn alle Seiten bestrebt sind, ihren eigenen Nutzen zu maximieren. **Solange für die Ärzteschaft Vertreter am Werke sind, die nicht einmal ansatzweise die Interessen der eigenen Klientel vertreten wollen, vom "Können" mal ganz abgesehen, solange wird die Ärzteschaft selbst im Wettbewerb das Nachsehen haben.**

Auf Funktionäre, die ständig das Thema verfehlen, kann die Ärzteschaft sicherlich gut und gerne verzichten. Sie sind überflüssig wie ein Kropf.

Franz-Josef Müller, Volkswirt

<http://www.zulassungsrueckgabe.de>