

MEDI Verbund

Programm 2009

Präambel

Angesichts der Tatsache,

- dass die politische Führung in Deutschland parteiübergreifend die juristischen und faktischen Rahmenbedingungen für selbständige, in freier Praxis niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten sukzessive verschlechtert hat,
- dass die Ärzteschaft überaltert, bei ausbleibendem Nachwuchs – Ergebnis der abnehmenden Wertschätzung ärztlicher Arbeit,
- dass die Tätigkeit der Ärzte in Klinik und Praxis durch permanente Überforderung mit allen damit verbundenen psychophysischen Folgen, wie Burnout, chronischer Erschöpfung usw. bedroht wird,
- dass die Selbstverwaltungsorgane der Ärzteschaft systematisch „geschleift“ werden, d. h. zu staatsabhängigen Unterorganisationen entwickelt werden,
- dass die Versorgungsqualität und die Versorgungsdichte für die Bevölkerung schleichend abnimmt,
- dass es zunehmend zu verdeckten Rationierungen von Medikamenten und Heil- und Hilfsmitteln kommt,
- dass die Ärzteschaft in unzählige kleinteilige Netze und diverse Berufsorganisationen und Verbände zersplittert ist,
- dass die Krankenkassen und ihre Hilfsorganisationen in bürokratisch deformierte Verwaltungsapparate transformiert werden,

hat sich der MEDI Verbund die Aufgabe gestellt, einen Ausweg aus dieser unerträglichen Situation zu entwickeln. Da die Reformierbarkeit des bestehenden Systems nicht mehr möglich erscheint, ist nur ein radikaler Systemwechsel ziel- und erfolgsversprechend. Der Systemausstieg i. S. der kollektiven Zulassungszurückgabe ist dabei ultima ratio dieser Einsicht. Aber auch niederschwellige Systemausstiegsszenarien wie Einzelverträge mit Krankenkassen sind ein Weg, der den gordischen Knoten des bestehenden GKV-Systems auflösen soll. Wegweisend bei all diesen Maßnahmen ist das Wohl von Patienten und Ärzten in freier Partnerschaft.

§ 1 Organisation des MEDI Verbunds

- (1) Die bestehende Organisation des MEDI Verbundes in flächendeckend angelegten Basisorganisationen (in der juristischen Form von GbRen) mit der Verknüpfung zur MEDIVERBUND Dienstleistungs GmbH ist als Keimzelle einer schlagkräftigen Struktur von Haus- und Fachärzten sowie Psychotherapeuten angelegt. Hier können sich die verschiedenen Interessengegensätze innerhalb der Niedergelassenen ausgleichen und zu tragfähigen Lösungen führen. Durch die gleichzeitige Repräsentation der Geschäftsführungen dieser GbRen im Erweiterten Vorstand von MEDI Baden-Württemberg e.V. ist die Transmission der Willensbildung in beide Richtungen gewährleistet. Die GbR vereinigt Elemente der *Basisdemokratie* mit Elementen einer *klaren Führungsstruktur*.

- (2) Der MEDI Verbund tritt also sowohl als politische Kraft, wie auch als wirtschaftliches Unternehmen für sich selbst und für Dritte auf. Dies ist gewollt, da nur so eine wirklich unabhängige Position möglich ist. Die MEDIVERBUND Dienstleistungs GmbH ist eine selbständige privatwirtschaftlich tätige Firma, die sämtliche wirtschaftliche Aktivitäten des MEDI Verbundes organisiert, steuert und durchführt. Sie ist für das operative Geschäft der verschiedenen Verträge und der zusätzlichen wirtschaftlichen Aktivitäten verantwortlich. Nur durch diese Verschränkung von politischer und wirtschaftlicher Tätigkeit ist ein effizientes und langfristiges Handeln des Verbunds gesichert.
- (3) Durch das Einüben von „*solidarischem Verhalten*“ – wie z. B. einem Boykott bestimmter Dienstleistungen - formt sich die Mitgliedschaft allmählich um in eine mit gewerkschaftsähnlicher Haltung, die das Durchsetzen von bestimmten Forderungen erst ermöglicht. Die Zeit der Proklamationen und Erklärungen ist endgültig vorbei. Erst eine Ärzteschaft / Psychotherapeutenchaft, die gezielt NEIN/JA sagen kann, ist wirklich autonom.
- (4) (4) Im bundesweit organisierten *Netzverbund MEDI Deutschland* sind die regionalen Teilnetze selbständig, schließen sich damit zu einer Groß-Struktur zusammen, in der die demokratischen Spielregeln gelten. Am Ende eines Diskussionsprozesses steht jeweils eine *eindeutige* Entscheidung, die von allen Teilnetzen vertreten werden muss. Nur so ist eine verantwortliche Führung möglich, anderenfalls würde die Vielstimmigkeit ärztlicher Verbände im Kleinen reproduziert, was nicht zielführend ist.

§ 2 Verhältnis zu anderen Organisationen

- (1) Das Verhältnis zu anderen ärztlichen Organisationen wird durch die Zieldefinitionen bestimmt: *Natürliche Verbündete* sind also solche, die mit dem Hauptziel, dem Systemausstieg, konform gehen. Von den freien Verbänden sind es im Moment die neuen Verbände wie Genossenschaften, Freie Ärzteschaft u. a. Mit den Altverbänden wie Hartmannbund, Berufsverbänden usw. sind taktische und strategische Bündnisse möglich und oft auch sinnvoll.
- (2) Die inhaltliche Trennungslinie wird durch den Willen, die Regularien des GKV-Systems mit seinem Sachleistungsprinzip zu verlassen, definiert. Der MEDI Verbund setzt sich für ein *Kostenerstattungsprinzip* ein, das Patienten wie Leistungserbringern zusteht. Das bedarf der Änderung des § 13 SGB V, eine politische Initiative in diese Richtung wird vom MEDI Verbund seit langem unterstützt.
- (3) Das Verhältnis zur *Kassenärztlichen Vereinigung* ist neutral, sie wird faktisch als staatliche Unterorganisation des Gesundheits- und Sozialministeriums respektiert - als Interessenvertretung der niedergelassenen Ärzteschaft wird sie jedoch nicht anerkannt. Hierzu müsste sie – die KV – ärztliche Forderungen durchsetzen können, der Wille hierzu und die Fähigkeit bestehen jedoch nicht mehr. Die ärztliche Selbstverwaltung hat sich einseitig zu einem Transmissionsriemen staatlichen Willens gegen die niedergelassene Ärzteschaft entwickelt.
- (4) Das Verhältnis zu den Organisationen der angestellten Ärzteschaft, wie z. B. dem *Marburger Bund*, bestimmt sich aus inhaltlichen und strategischen Gesichtspunkten: Insofern diese die Rechte der angestellten Ärzte vertreten, besteht eine gelingende Partnerschaft, insofern diese sich jedoch als bloße Verteidiger des GKV-Systems verstehen, bleibt eine deutliche Abgrenzung erforderlich.

- (5) Für das Verhältnis zu den *Ärztchenkammern* als den einzigen gemeinsamen Organen von angestellten und niedergelassenen Ärzten gelten die oben entwickelten Gesichtspunkte entsprechend: Die grundsätzlich neutrale Beziehung wird durch jeweils vorhandene inhaltliche und strategische Positionierungen der Kammern modifiziert.

§ 3 Streikrecht

Die Gründung der Kassenärztlichen Vereinigungen in den 30er-Jahren des letzten Jahrhunderts war mit einem Geburtsfehler behaftet, der sich erst jetzt massiv auswirkt: Die niedergelassene Ärzteschaft und ihre berufsständischen Organisationen verzichteten für die Übertragung der alleinigen Sicherstellung der ambulanten Versorgung auf das Streikrecht. Solange der Gesetzgeber diese Bedingungen akzeptierte, war von einem ausgewogenen Kräfteverhältnis auszugehen. Durch die gewollte Verschiebung der Machtbalance durch den Gesetzgeber, wie Öffnung der ambulanten Versorgung für die Krankenhäuser, gravierende Schwächung der Kassenärztlichen Vereinigungen, Integrations-Versorgungsmodelle zulasten der niedergelassenen Ärzteschaft, Etablierung von Vertragsmodellen ausdrücklich an den Kassenärztlichen Vereinigungen vorbei ist der Grundkonsens, der für die niedergelassene Ärzteschaft bestand, endgültig zerstört worden. Ohne flächendeckenden Sicherstellungsauftrag ist der Streikverzicht der niedergelassenen Ärzte obsolet. *Diesen steht damit das Streikrecht wieder zu.* Die strafbewehrten einschlägigen Regelungen des SGB V zum sogenannten kollektiven Zulassungsverzicht sind nach Auffassung des MEDI Verbundes verfassungswidrig, da sie erkennbar gegen Art. 9 des Grundgesetzes verstoßen. Eine Prüfung der Verfassungsmäßigkeit erfolgt.

§ 4 Veränderungen des Gesundheitsmarktes

- (1) Das deutsche Gesundheitswesen wird von grundstürzenden Veränderungen gekennzeichnet, die in immer schnellerer Folge geschehen. Der Gesetzgeber hat mit den ständigen Veränderungen des SGB V („Gesundheitsreform“) die Voraussetzungen für zunehmende Privatisierungen von bisher staatlichen Aufgaben geschaffen. Deshalb kommt es zunehmend zu einer Konkurrenzsituation in der ambulanten Versorgung zwischen MVZ oder Klinikambulanzen und unseren Praxen. Parallel dazu werden die Versicherten in bisher nicht bekannter Weise an den Aufwendungen für ihre Gesundheit beteiligt. Diese Veränderungen müssen sich der Prüfung auf ihre Sinnhaftigkeit und Ausgewogenheit stellen. So ist die sogenannte Praxisgebühr ein bürokratisches Monster in unseren Praxen, die zudem wegen vieler Ausnahmeregelungen ihren Steuerungseffekt längst verloren hat. Zu einer auch zukünftig unkalkulierbaren Mehrbelastung der Beitragszahler führen auch die Verschiebepbahnhöfe innerhalb der Sozialsysteme, wie die Festschreibung des Beitragsatzes der Rentner, beitragsfreie Versicherung der Familienangehörigen als auch die beitragsfreie Versicherung der sog. Hartz-IV-Empfänger.
- (2) Das Vordringen von kapitalkräftigen, oft medizinischen Privatunternehmen auf den deutschen Gesundheitsmarkt, die Klinikketten, MVZ, Laborgemeinschaften, Pflegeheime u. ä. etablieren, verändert den Charakter des Systems nachhaltig. Unter der Behauptung, Wettbewerb zu etablieren, werden oft *oligopolistische Strukturen* errichtet, die horizontal und/oder vertikal verflochten sind. Diese sollen die Wertschöpfung im Gesundheitsmarkt zu Händen der Kapitalgeber garantieren. Im ambulanten Bereich geschieht das vorwiegend durch MVZ, in denen Ärzte angestellt werden und die mit den niedergelassenen Kleinunternehmen der Ärzteschaft konkurrieren. Der MEDI Verbund hat es sich zur Auf-

gabe gemacht, für die niedergelassenen Ärzte durch Vernetzung und bessere Kooperation zwischen Haus- und Fachärzten Marktmacht und eine angemessene Position in diesem neuen Wettbewerb zu erreichen. Nur durch kalkulierbare Rahmenbedingungen und wirtschaftliche Selbständigkeit hat unsere Freiberuflichkeit wieder eine Zukunftschance. Darüber hinaus ist nur ein wirtschaftlich unabhängiger Arzt ein guter Arzt, da jede Form von Abhängigkeit die medizinische Qualität, insbesondere die Leistung in der Arzt-Patienten-Beziehung beeinflussen kann.

- (3) Die *Vergütung* im ambulanten wie im fachärztlichen Bereich muss gleichen Regeln folgen, d. h. die ambulant erbrachte Leistung des niedergelassenen Facharztes muss genauso vergütet werden wie im stationären Bereich. Insofern hat sich der MEDI Verbund auch gegen die nicht gesetzesgetreue Finanzierung der Klinikambulanzen durch Investitionshilfen der Kommunen/Länder gewandt und vor der Europäischen Kommission eine Gleichstellung erstritten.
- (4) Die MEDI Projekte der überörtlichen *fachübergreifenden* Gemeinschaftspraxen zunächst im privaten/IGeL-Bereich ebenso wie die konzeptionell entwickelten Ärztehäuser sind moderne Antworten auf die Veränderungen im Gesundheitswesen. Da das Berufsrecht hier dem Sozialrecht hinterherhinkt, ist von den Kammern eine entsprechende Auslegung des revidierten Berufsrechts zu verlangen – sollten sie als Wahrerinnen der rechtlichen Rahmenbedingungen für die ambulante Medizin ernst genommen werden wollen.

§ 5 Konkurrenz der Marktteilnehmer

- (1) Entsprechend der Komplexität im Gesundheitsmarkt steht der MEDI Verbund zu vielen Marktteilnehmern in einem Wettbewerbsverhältnis. Dieser Wettbewerb wird vom MEDI Verbund vor allem mit dem Qualitätsargument geführt: Es geht um die beste oder zumindest erreichbar optimale Dienstleistung für die und durch die vertretenen Ärzte. Da Tätigkeit im Gesundheitsmarkt per se immer auch politische Tätigkeit ist, hängt der Erfolg nicht zuletzt auch von der treffenden politischen Analyse und der Konzeption einer machbaren guten Zukunft für die vertretenen Ärzte ab.
- (2) *Innerhalb* des überregional aufgestellten Verbundes MEDI Deutschland, im Verhältnis zu den Genossenschaften und zu den anderen großen freien Verbänden existiert naturnotwendig auch eine Konkurrenzsituation; es geht um die Gestaltung der Hausarzt- und Facharzt-Verträge, um das Verhältnis zu MVZ, zu Teilgemeinschaftspraxen, um Pharmaverträge, Systemausstieg, Vergütungen bei der Abrechnung von Verträgen und v. a. m. Auch zum Hausarztverband besteht trotz der guten Zusammenarbeit beim § 73b-Vertrag in Baden-Württemberg eine Konkurrenzsituation, da der MEDI Verbund nicht nur Hausärzte, sondern hälftig auch Fachärzte vertritt. Eine simple Lobbypolitik für eine einzige Arztgruppe schließt sich also von vornherein aus. Deshalb begrüßen wir die neue Zusammenarbeit mit dem HÄV, auch in der Frage der Facharztverträge, wo beide Verbände auf eine Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Haus- und Fachärzten setzen. Mit den Bundesverbänden der Fachärzte streben wir Kooperationen bei Facharztverträgen nach dem Muster in Baden-Württemberg an, wo mit 10 Facharztverbänden Kooperationsvereinbarungen geschlossen wurden. Auch die Frage des Systemausstiegs wird innerhalb der Ärzteschaft kontrovers beantwortet: Zahlreiche Haus- und Fachärzte wollen das System nicht mehr weiter (er)tragen, andere arrangieren sich mit ihm. Hier haben Teile des HÄV und die Mehrheit der Facharztverbände eine widersprüchliche Position.

- (3) *KVen und KBV* sind heftige Gegner des MEDI Konzeptes, da sie durch die Tätigkeit des MEDI Verbundes neben der politischen Bedeutungslosigkeit auch ihre faktische Hilflosigkeit demonstriert bekommen. Der neue Zusammenschluss von MEDI, Genossenschaften und NAV-Virchow-Bund (BVMG) soll sich als neues Kraftzentrum neben der KBV etablieren und wird als solches auch von den Playern im Gesundheitswesen zunehmend wahrgenommen. Die Krankenkassen, deren Spielräume durch die Politik ebenfalls erheblich beschnitten wurden, sind sowohl Partner wie Gegner im Vertragsgeschäft; je nach Fachgruppe und deren Anteil an den Verordnungskosten spielen hierbei Pharmaverträge nach § 130 SGB V eine mehr oder weniger bedeutsame Rolle.
- (4) Die *Pharmaindustrie*, die seit Jahrzehnten mit großen, meist zweistelligen Gewinnspannen arbeitet, gehört zu den stärksten Konkurrenten im Gesundheitsmarkt, da sie, meist verdeckt, mit erheblichen Geldbeträgen die verschiedensten Projekte aus dem Verborgenen heraus steuert: EDV-Firmen, Praxisverwaltungssysteme, Pharmagroßhändler werden teilweise durch das Kapital der Pharma-Industrie beeinflusst oder gelenkt. Bei Vertragsgestaltungen im Rahmen der neuen Verträge nach § 73 ff. SGB V geht es oft auch um diesen versteckten Einfluss, und es geht dabei um entsprechend viel Geld.
- (5) *Krankenhäuser*, vor allem privat geleitete Klinikketten, gründen zunehmend MVZ, indem sie Arztsitze aufkaufen, um aufgrund der neuen gesetzlichen Möglichkeiten in den ambulanten Bereich einzudringen. Sie versuchen eine Wertschöpfungskette von der ambulanten zur stationären Versorgung aufzubauen. Aufgrund günstiger Finanzierungsmöglichkeiten konkurrieren sie vor allem mit der spezialisierten fachärztlichen Versorgung. Der MEDI Verbund wird durch die Prämisse „Soviel ambulant wie möglich, soviel stationär wie nötig“ geleitet. In einer Zeit knappen Geldes ist die ambulante Versorgung stets auch die preislich günstigste Versorgung für die Gesellschaft. Die Verzahnung von ambulant und stationär lässt sich durch die Entwicklung eines Belegarztsystems, das angemessen vergütet wird, weiter entwickeln. Dies wird vom MEDI Verbund sowohl rechtlich als auch faktisch vorangetrieben (Einzelverträge nach § 140, 116b, 119b SGB V).

§ 6 Vertragswesen

- (1) Der MEDI Verbund tritt als Interessenvertreter der niedergelassenen Haus- und Fachärzte auf und kämpft für den Erhalt der wohnortnahen, flächendeckenden ambulanten Versorgung der Bevölkerung. Deshalb sind die vom MEDI Verbund abgeschlossenen Verträge immer als *gemeinsames Projekt von Haus- und Fachärzten* anzusehen, zumindest sind sie so konstruiert, dass sie nicht als konkurrierend auf Kosten des jeweils nicht geregelten anderen Teils ausgelegt werden können.
- (2) Um möglichst flächendeckende großräumige Verträge zu gestalten arbeitet der MEDI Verbund mit entsprechenden *anderen* freien *Verbänden/Netzen* zusammen. Im hausärztlichen Bereich ergibt sich naturnotwendig die Zusammenarbeit mit dem Hausärzterverband, der den entsprechenden Organisationsgrad vorhält. Im fachärztlichen Bereich gilt dies entsprechend für den NAV-Virchow-Bund und den Bundesverband der Ärzten Genossenschaften. Verträge mit den bundesweit aufgestellten Krankenkassen werden deshalb über den BVMG abgewickelt. Der BVMG ist damit im Vertragswettbewerb der staatlich nicht gebundene Widerpart zum KV-System. Seine Legitimation beruht auf den circa 40.000 durch ihn vertretenen Haus- und Fachärzten.

- (3) Der MEDI Verbund entwickelt die bisher abgeschlossenen *kleinflächigen* Verträge, wie z. B. mit der Bosch BKK oder der Daimler BKK sowie Verträge zum ambulanten Operieren (Knie, Hüfte) je nach Bedarf weiter. Hier kommt ihm eine Vorreiterrolle zu, da er eine besondere Kenntnis der regionalen Vorgänge hat.

§ 7 Systemausstieg

- (1) Die in ganz Baden-Württemberg aufgestellten Körbe mit thesaurierten Zulassungsrückgabeerklärungen füllen sich weiter. Wenn die Quote von 70 % der niedergelassenen Ärzte in einem Regierungsbezirk erreicht ist, wird die Führung des MEDI Verbundes in einem abgestimmten Verfahren mit allen Betroffenen entscheiden, wie weiter vorgegangen wird - entsprechend den Regularien, die niedergelegt sind und in der Abstimmung vom 16.04.2007 durch Mehrheitsentscheid bestätigt wurden. Der Systemausstieg ist jedoch kein Automatismus, sondern bedarf weiterer Entscheidungen, die dann getroffen werden, wenn die Körbe voll sind.
- (2) *Systemausstieg und flächendeckende Einzelverträge* mit Krankenkassen sind keine Gegensätze, sondern ergänzen sich symmetrisch. Der Ausstieg aus dem KV-System ist der erste Schritt zum Verlassen eines staatlich gebundenen Zwangssystems, das den Ärzten zunehmend Pflichten aufgebürdet, aber keine Rechte gegeben hat. Die Einzelverträge sind als Grundversicherung für die Existenz der niedergelassenen freiberuflich tätigen Ärzte anzusehen, bei einer möglichen kollektiven Rückgabe der Kassenzulassung können sie als privatrechtliche Vertragsgestaltungen weiter bestehen.
- (3) Da der Systemausstieg kein Selbstzweck ist, sondern mit definierten politischen Zielvorstellungen und erreichbaren Ergebnissen verbunden ist, schließt er eine sorgfältige *Planung* und eine *verantwortliche Führung* ein. Er ist mit der Vision verknüpft, dass es ein besseres, sozial gerechteres und funktionaleres Gesundheitswesen geben kann als das gegenwärtige, das völlig intransparent und unsteuerbar geworden ist. Dieses veränderte System wird von den unmittelbar Beteiligten, nämlich Versicherten, Ärzten und Krankenversicherungen gesteuert. Es ist somit dem direkten Einfluss der Sozialpolitiker weitgehend entzogen, der Staat sollte Rahmenbedingungen vorgeben, ansonsten aber das Prinzip der Subsidiarität besser achten, das er sich selbst ins SGB V geschrieben hat. Der Gesundheitsfonds ist als politische Zwischenlösung anzusehen, die augenblicklich die Finanzierungsebene der Krankenkassen definiert und vorgibt. Wir bezweifeln, dass mit dem Fonds die Finanzierung im GKV Bereich gesichert ist und sehen bisher nur weitere Zentralisierung und Bürokratisierung im System.

§ 8 Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)

- (1) Der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung neu strukturierte EBM 2009 wird vom MEDI Verbund als weiterer Meilenstein einer verfehlten Honorarpolitik verstanden; eine *angemessene* ärztliche Vergütung, wie sie im SGB V verlangt wird, kann damit nicht erreicht werden, *weil jegliche betriebswirtschaftliche Kalkulation verlassen wurde*. Zunehmend ist eine moderne Praxis, sei sie hausärztlich oder fachärztlich, im vertragsärztlichen Teil *allein aus den Einnahmen der GKV nicht überlebensfähig*. Nur durch Quersubventionierung anderer Einkommensquellen, wie z. B. privatärztliche Leistungen, IGeL etc. kann ein Konkurs ver-

mieden werden. Dies ist der ärztlichen Arbeit abträglich und auch unwürdig angesichts der Kompetenz und sozialen Verantwortung, die der ärztliche Beruf erfordert.

- (2) Der MEDI Verbund strebt eine *reformierte* Vergütung an, die auf dem Prinzip der Kostenerstattung beruht. Budgets, Richtgrößen, Fallzahlbegrenzungen etc. sind leistungsfeindlich und im Detail ungerecht und können als Vorgaben für einen Honorarverteilungsmaßstab nicht akzeptiert werden. Eine *feste* Vergütung in realem *Geld* gehört zu den Essentials einer veränderten Honorarverteilung. Die Intransparenz des Sachleistungsprinzips muss zwingend beendet werden, da sogenannte Wirtschaftlichkeitsreserven nur durch verbesserte Transparenz gehoben werden können.
- (3) Eine geänderte Honorarverteilung muss betriebswirtschaftlich durchkalkuliert sein und auf einer *Voll-Kostenrechnung* beruhen wie in jedem üblichen Unternehmen. Eine spezifische ärztliche Betriebswirtschaft gibt es nicht, die ärztliche Leistung muss im Honorarverteilungsmaßstab aliquot abgebildet sein. Für eine solche Änderung des Honorarverteilungsmaßstabes tritt der MEDI Verbund ein. Die neuerliche intransparente, willkürliche und sinnlose Umverteilung durch KBV und KVen innerhalb eines unterfinanzierten Systems muss schleunigst beendet werden, da sie ohne Perspektive ist.

§ 9 Private Krankenversicherung/GOÄ

- (1) Das Prinzip der PKV entspricht dem Prinzip *eigenverantwortlicher* Gesundheitsversorgung in freier Vertragsgestaltung. Es ermöglicht eine sinnvolle Patientenversorgung mit Therapiefreiheit und geschützter Arzt-Patienten-Beziehung. Im Gegensatz zur aktuellen Sozialpolitik sollte dieses System sukzessive ausgebaut werden und gleichzeitig das System der GKV abgebaut werden. Dies muss den Prinzipien sozialer Gerechtigkeit entsprechen, sozial Schutzbedürftige dürfen auf keinen Fall ausgegliedert werden.
- (2) Das im PKV-Bereich existierende *Kapitaldeckungsverfahren* wird vom MEDI Verbund als zielführend unterstützt, da damit eine wesentlich höhere Generationengerechtigkeit erreicht werden kann als im bestehenden GKV-System. Es ist dafür Sorge zu tragen, dass die Einnahmehasis der PKV-Versicherungen durch politische Vorgaben nicht weiter geschwächt wird.
- (3) Die GOÄ als mit staatlichem Recht ausgestattete eigenständige *Referenzgebührenordnung* muss erhalten bleiben und adäquat reformiert werden. Der Versuch, GOÄ und EBM zusammenzuführen, wird vom MEDI Verbund entschieden abgelehnt, da damit der einzige gesunde Teil des Gesundheitswesens zerstört würde - im Übrigen wären zahlreiche ärztliche Insolvenzen die Folge.

§ 10 Gesundheitsreform

- (1) Bisherige Gesundheitsreformen waren im Wesentlichen Kostendämpfungsmaßnahmen, die die Hauptprobleme, nämlich schwindende Einnahmen und erhöhte Ausgaben bei rasantem medizinischem Fortschritt nicht in den Griff bekamen. Der MEDI Verbund hat *Eckpunkte* entwickelt, die unverändert gelten, ein zukünftiges Konzept wird Elemente von Grundversorgung (allgemein abgesichert) und Zusatzversorgung (privat abgesichert) enthalten. Das Kapitaldeckungsverfahren wird ausgeweitet werden müssen, insbesondere im

Bereich der Pflegeversicherung, da nur so eine Belastung zukünftiger Generationen in erträglichem Rahmen gehalten werden kann.

- (2) Ein *Grundleistungskatalog* ist vom Gesetzgeber zu definieren, diese Solidarleistungen sind verbindlich von allen Kassen zu versichern, seien sie nun privat oder gesetzlich. Die Verantwortung für den Leistungskatalog kann nicht der Ärzteschaft aufgebürdet werden. Eine Positivliste für Medikamente als Grundlage für Verordnungen in Klinik und Praxis ist gesetzlich festzulegen.
- (3) Der Grundsatz „*ambulant vor stationär*“ ist konsequent umzusetzen, fach- und ortsübergreifende Versorgungs- und Kooperationsformen wie Teilgemeinschaftspraxen, Ärztenetze sind ebenso zu fördern wie die Tätigkeit der Belegärzte.
- (4) Aufgrund der chaotischen Überregulation im Gesundheitswesen hat sich eine krebsgeschwürartig wuchernde *Bürokratie* etabliert, die alles überlagert. Dies führt zu erheblichen Effizienzverlusten, zu unkalkulierbaren Mehrkosten und zur Demotivation der im Gesundheitssystem arbeitenden Leistungserbringer. Durch Vereinfachungen des Grundverhältnisses von Versicherten und Leistungserbringern, wie derMEDI Verbund sie in seinem Reformkonzept anstrebt, soll als Kollateralnutzen ein erheblicher Bürokratieabbau erreicht werden. Die „Abrechnung auf einem Bierdeckel“, wie im hzV-Vertrag 2008 ist ein Beispiel dieses Bürokratieabbaus.

§ 11 e-Health

(1) DerMEDI Verbund war und ist nicht technikfeindlich, auch wenn er das Konzept der eCard, wie es vom Gesetzgeber und der Gematik zurzeit betrieben wird, ablehnt, weil die Forderungen nach Aufgabe der zentralen bundesweiten Datenspeicherung, Finanzierung nicht zu Lasten der Ärzte und Schutz vor Haftung bezüglich falscher Daten bisher nicht berücksichtigt wurde. Die *sichere elektronische Vernetzung* zwischen Ärzten zur Verbesserung der Kommunikation zum Wohle des Patienten ist jedoch ein Ziel, dass es zukünftig zu erreichen gilt. Kosten-, haftungsrechtliche und sicherheitstechnische Aspekte müssen jedoch nach bestem Sachverstand abgeklärt und entschieden sein. Die Verzahnung von ambulanten und stationären Strukturen, von überörtlichen Ärztenetzen ist jedoch ohne eine solche elektronische Vernetzung nicht vorstellbar und wirtschaftlich durchführbar.

(2) Entscheidend für eine Akzeptanz von e-Health-Konzepten ist jedoch die Voraussetzung, dass Ärzte und Patienten die *Hoheit über ihre Daten* behalten. Lösungen, die das Arzt-Patienten-Verhältnis beschädigen und die ärztliche Schweigepflicht durchlöchern, werden vom MEDI Verbund abgelehnt. Der höchste erreichbare Sicherheitsstandard für die Verschlüsselung von Daten und für die elektronische Verknüpfung von Ärzten in Klinik und Praxis ist selbstverständlich.