



---

Deutscher Facharztverband e.V. DFV-BNF

Dr. Axel Munte – Dr. Petra Munte – Dr. Andreas Hellmann

# **Positionen des Deutschen Facharztverbandes zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens**

# Inhaltsverzeichnis

Übersicht	2	C. Patientengerechte Strukturen	13
Ziele einer Gesundheitsreform	2	14. Erreichbarkeit ärztlicher Hilfe	13
Maximen einer Qualitätsoffensive der Fachärzte	2	15. Kooperation der Versorgungsebenen	13
Sicherstellung der Qualität	2	16. Wahl von Hausarztтарifen	14
Erhaltung der patientengerechten Versorgungsstrukturen	3	17. Der Facharzt als Spezialist	14
Selbstbestimmung und Eigenverantwortung der Patienten	3	18. Einweisungsvorbehalt	15
Vorwort	5	19. Ambulante Versorgung im Krankenhaus	15
A. Einleitung	6	20. Kooperation mit dem Krankenhaus	16
1. Doppelte Facharztstruktur?	6	21. Dokumentation und Transparenz	16
2. Verantwortung der Fachärzte	6	22. Disease Management Programme	17
3. Spitzenmedizin und Leitlinien	6	D. Selbstbestimmung und Verantwortung	18
4. Morbiditätsorientierte Versorgungsziele	7	23. Die Würde des Patienten und seines Arztes	18
5. Funktionen der Fachärzte	7	24. Zertifikate bekunden die Qualität	18
6. Ziele einer Gesundheitsreform	8	25. Produktverantwortung und Prävention	19
B. Qualität und Wettbewerb	9	26. Wahlmöglichkeiten	19
7. Qualitätsoffensive	9	27. Euro statt Punkte	19
8. Qualitätsauslese	9	E. Reform der Finanzierungsgrundlagen	20
9. Arbeitsteilung und Kooperation	10	28. Solidarprinzip muss erhalten bleiben	20
10. Qualitätsmanagement	10	29. Anstieg der Beitragssätze	20
11. Gewährleistung von Qualität	11	30. Reform der Einnahmenseite	20
12. Qualität muss sich lohnen	11	31. Anpassung des Leistungskatalogs	21
13. Gleicher Preis für gleiche Leistung	12		

# Übersicht

## Ziele einer Gesundheitsreform

- Die Qualität der Versorgung auf allen Ebenen verbessern.
- Patientengerechte Versorgungsstrukturen erhalten.
- Den Patienten die Möglichkeit zu selbst bestimmten und verantwortungsbewussten Entscheidungen an die Hand geben.
- Die Kosten des Gesundheitswesens kontrollieren.

## Maximen einer Qualitätsoffensive der Fachärzte

- Leitliniengesteuerte Therapie
- Konzentration auf das medizinisch gebotene Handeln
- Ständige auch für die Patienten nachvollziehbare Qualifizierung der ärztlichen Tätigkeit und ihrer Geräte
- Honorierung nur qualitätsgesicherter Leistungen
- Qualitätsgesteuerte Anpassung und Reduzierung der angebotenen Leistungen
- Konzentration der Leistungsanbieter auf ihre Kernkompetenzen.
- Arbeitsteilung
- Kooperation innerhalb und zwischen den Versorgungsebenen.
- Optimale Ausnutzung der Ressourcen
- Kostendämpfung bei höherer Qualität

## Sicherstellung der Qualität

- Krankenkassen haben zu wenig Know-how, um Qualitätsnormen festzulegen
- Preisdumping kann nur mit Qualitätsverlust einhergehen
- Qualität kann und muss durch die Kassenärztlichen Vereinigungen formuliert werden
- Nur sie können praktikable Qualitätsnormen entwickeln und deren Umsetzung in den Praxen flächendeckend gewährleisten und begleiten

## **Erhaltung der patientengerechten Versorgungsstrukturen**

- Die Fachärzte bekennen sich uneingeschränkt zu dem gemeinsamen Projekt der haus- und fachärztlichen Versorgung durch freiberufliche Ärzte
- Das gegliederte System Hausarzt-Facharzt-Krankenhaus muss beibehalten werden mit genauer Zuordnung der Kompetenzen
- Hohe Verfügbarkeit ärztlicher Hilfe muss sichergestellt bleiben
- Hausarzt sollte erster Ansprechpartner für die Patienten sein
- Die Behandlungen der Hausärzte müssen auch qualitätsgesichert werden
- Qualitätsgesicherte Leistungen reduzieren die Medikamentenverschreibung
- Verpflichtung zur rechtzeitigen Weiterleitung an die optimale Versorgungsebene
- Ohne Facharztebene würde die zeitnahe und umfassende Bereitstellung ärztlicher Hilfe entfallen
- Hausärzte und Krankenhäuser können die Arbeit der ca. 50.000 niedergelassenen Fachärzte rein zahlenmäßig nicht übernehmen. Es würde zu schwerwiegenden, mitunter tödlichen Verzögerungen durch Wartelistenmedizin kommen
- Die Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen muss eingeschränkt bleiben u.a. wegen Wettbewerbsverzerrungen und Überforderung der Krankenhäuser, die heute schon Ärztemangel und Ausbeutung ihrer angestellten Ärzte beklagen

## **Selbstbestimmung und Eigenverantwortung der Patienten**

- Der weitgehend freie Zugang zu medizinisch notwendigen Leistungen stellt eine humane Qualität unseres Gesundheitssystems dar.
- Stärkung der Eigenverantwortung der Patienten durch Tarifwahlmöglichkeiten.
- Bei Wahl eines Hausarzttarifes ist der Hausarzt erster Ansprechpartner.
- Durch Wahl eines Facharzttarifes wird der freie Zugang zum Facharzt weiter möglich.
- Sozial abgedeckte problemorientierte Selbstbeteiligung.

- Betonung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient.
- Erhöhung der Patientensicherheit durch Qualitätszertifikate des Arztes.
- Verständlich formulierte Behandlungsleitlinien sind jedem Patienten z.B. über das Internet zugänglich zu machen.
- Ebenso Listen von Ärzten mit speziellen Qualifikationen
- Erhöhung der Transparenz durch Patientenquittungen, die eine Gebührenordnung mit festen Preisen voraussetzen.

## Vorwort

**D**ie Struktur der medizinischen Versorgung in Deutschland ist das Ergebnis gesellschaftlicher Entwicklungen und politischer Entscheidungen. **Die Gliederung in die Versorgungsebenen Hausarzt, Facharzt und Krankenhaus/Reha** ist dabei Ausdruck einer **angesichts der Komplexität der medizinischen Versorgung** erforderlichen und weiter **zu fördernden Arbeitsteilung**.

**Die fachärztliche Versorgungsebene droht** nun im Zuge der geplanten Gesetzgebung zur Modernisierung des Gesundheitssystems zwischen Hausarzt und Klinik **zerrieben zu werden**. Deutschland läuft damit Gefahr, die im Vergleich mit anderen Nationen noch verbliebenen Vorzüge seines gegliederten Systems, insbesondere die **zeitnahe und umfassende Bereitstellung ärztlicher Hilfe** für alle gesetzlich Versicherten **zu verlieren**, ohne dass diesem Verlust ein Zugewinn an Qualität oder Kostendämpfung gegenüberstünde. Des Weiteren würden den **Patienten durch die Versagung der fachärztlichen Ebene** bewahrenswerte **Möglichkeiten eines selbst bestimmten Umgangs mit seiner Krankheit genommen**.

Für die Mängel unseres Gesundheitssystems ist nicht die Gliederung der Versorgung verantwortlich zu machen. Sie sind vielmehr unmittelbare Folge der (wegen einer ausschließlich sektoral ausgerichteten Budgetierung verschärften) Abtrennung der Versorgungsebenen und den daraus folgenden Ressourcen vernichtenden Schnittstellenproblemen.

**Die medizinische Versorgung** ist ein höchst komplexes System, an dem jeder Bürger teilhat. Zugleich ist sie ein **höchst potenter Wirtschaftszweig**, der Millionen von Menschen Arbeit gibt. Eine Reform muss deshalb Weichenstellungen beinhalten, die in einem breiten Konsens über die angestrebten Ziele erarbeitet und dann von allen Beteiligten mitgetragen werden.

Die Versorgungsstrukturen in Deutschland greifen wie ein Räderwerk ineinander. Einzelne Eingriffe können unerwartete Reaktionen an ganz anderer Stelle auslösen. Die Fachärzte in Deutschland erkennen den Reformbedarf an; sie arbeiten mit dieser Veröffentlichung ihrer Positionen konstruktiv an Lösungen mit. Veränderungen müssen aber mit Augenmaß, behutsam und fair für alle Beteiligten sein.

## A. Einleitung

### 1. Doppelte Facharztstruktur?

**D**as auch der vorgesehenen Gesetzgebung zugrunde liegende Schlagwort der „Doppelvorhaltung von Fachärzten“ verkennt die **Arbeitsteilung**, die es bereits **zwischen ambulantem und stationärem Bereich** gibt, sowohl **was Indikationen, als auch die zahlenmäßige Bewältigung der Patientenanforderungen betrifft**.

Wird der leistungsstarke und **kosteneffektive ambulante Facharztbereich** abgeschafft, werden wir über kurz oder lang englische und holländische Verhältnisse bekommen. Angesichts der teilweise katastrophalen Verhältnisse in diesen Ländern, die zunehmend auch in der deutschen Öffentlichkeit wahrgenommen werden, sehen wir Fachärzte es als unsere legitime Aufgabe an, die **Folgen** einer solchen Entwicklung deutlich zu benennen: **Schwerwiegende, mitunter tödliche Verzögerungen durch eine Wartelisten-Medizin**.

### 2. Verantwortung der Fachärzte

**V**erschiedene Gutachten zur Versorgungsqualität des deutschen Gesundheitssystems zeigen Defizite **in Wirtschaftlichkeit und Ergebnisqualität** auch in der ambulanten Versorgung auf.

Die deutschen Fachärzte wehren sich dagegen, für alle festgestellten Mängel im Gesundheitssystem als Sündenböcke zu dienen. Nicht zuletzt die zunehmend **negative Darstellung unserer Berufsgruppe** führt dazu, dass viele junge Ärzte auswandern und mittlerweile in manchen Teilen Deutschlands ein **dramatischer Nachwuchsmangel** besteht.

Wir Fachärzte antworten mit einer **Qualitätsoffensive vorzugsweise zusammen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen**, weil wir überzeugt sind, dass unser System des weitgehend freien Zuganges zu medizinisch notwendigen Leistungen eine **humane Qualität** unseres Gesundheitssystems darstellt, die erhalten werden muss.

### 3. Spitzenmedizin und Leitlinien

**I**n den letzten Jahren haben die Grundsätze der **evidenzbasierten Medizin** eine systematische Betrachtung ärztlichen Handelns eingeleitet.

Wir Fachärzte stehen zu einer rationalen, evidenzbasierten Medizinausübung. Da Leitlinien das Ziel haben, die Qualität der Leistungs-

erbringung zu verbessern, müssen sie bei der individuellen Behandlungsentscheidung des Arztes mitbestimmend sein. Die zunehmende, über die Bestimmung von Leitlinien hinausgehende Verrechtlichung der Medizin stellt dagegen eine Gefährdung der Versorgung dar.

Gleichzeitig sehen wir auch das Problem der Inhomogenität der Patientenversorgung ohne klar prüfbare Qualitätskriterien, die auch für den Patienten transparent sein müssen. Deshalb sind **Qualitätsmanagement und Transparenz** der Leistungserbringung für uns Fachärzte vordringliche Reformziele.

#### 4. Morbiditätsorientierte Versorgungsziele

**E**in wesentlicher Mangel aller Reformbemühungen der Vergangenheit bestand darin, dass ein definiertes und festgelegtes Finanzbudget an ein explodierendes Leistungsangebot und veränderte Morbidität angepasst werden sollte. Die Unvereinbarkeit von Finanzierungs- mit Versorgungszielen führte sowohl zu einer Entwertung der Vergütung, als auch zu einer unsinnigen Leistungsausweitung, die im Allgemeinen als Hamsterradeffekt bekannt ist.

Beide Entwicklungen stehen im Gegensatz zum Patienteninteresse. Jede Art von Regulierung darf sich nur am Patientenproblem orientieren. Wir unterstützen nachdrücklich die **Intensivierung der Versorgungsforschung** in Deutschland. Nur dann wird es möglich sein, morbiditätsorientierte Versorgungsziele zu definieren.

#### 5. Funktionen der Fachärzte

**Z**unehmende **Spezialisierung und Professionalisierung** führten zu differenzierenden Entwicklungen im spezialärztlichen Bereich. Man kann Organfachärzte von methodendefinierten Fachärzten trennen und man kann Fachärzte, die sich indikationsbezogen umfassend um eine Erkrankung kümmern, von vorwiegend konsiliarisch tätigen Fachärzten unterscheiden. Der technische und organisatorische Aufwand ist jeweils höchst unterschiedlich.

In der Diskussion um die Versorgungsebenen ist deshalb **der Begriff „Facharzt“ nicht eindeutig** genug, insbesondere wenn es um die Frage geht, wo einem Patienten am besten und am kostengünstigsten geholfen werden kann. Es bedarf also bei der Definition der Rolle des Facharztes einer differenzierten Betrachtung und Aufgabenzuordnung.



## 6. Ziele einer Gesundheitsreform

**D**urch die Umsetzung untrennbar miteinander vernetzter Handlungsoptionen, die immer an der Qualität der Leistung ansetzen müssen, können die durch eine Gesundheitsreform aus Sicht der Fachärzte anzustrebenden **Ziele** erreicht werden:

- **Die Qualität der Versorgung auf allen Ebenen verbessern**
- **Erhaltung der patientengerechten Versorgungsstrukturen**
- **Dem Patienten Möglichkeiten zu selbst bestimmten und verantwortungsbewussten Entscheidungen in die Hand geben**
- **Die Kosten des Gesundheitswesens zu kontrollieren**

Im Mittelpunkt muss dabei stets das wohlverstandene Eigeninteresse eines jeden Bürgers an einer schnellen, nachhaltigen, möglichst wenig belastenden Gesundung stehen. Dies muss bei geringer Belastung des Einkommens und unter Achtung der für die Menschenwürde wesentlichen Selbstbestimmung geschehen.

## B. Qualität und Wettbewerb

### 7. Qualitätsoffensive

**S**tudien und Gutachten vermitteln die Erkenntnis, dass in Deutschland die Qualität der Versorgung auf allen Ebenen verbessert werden kann. Daraus folgt, dass hierzulande zu wenige Mechanismen wirksam sind, die Qualität befördern und mangelhafte Qualität verschwinden lassen.

Dabei sind die **Grundlagen für einen Qualitätswettbewerb** gegeben: **Leitliniengestützte Therapie orientiert sich an den neuesten wissenschaftlichen Standards.** Sie verhindert durch ihren Bezug auf nachgewiesene Wirkzusammenhänge unnötige Ausgaben, die in einem *trial-and-error*-Verfahren auftreten müssen. Sie **ermöglicht den gezielten Einsatz von Ressourcen und Medikamenten.**

Die ständige und allgemeine **Überleitung dieses Wissens in die tägliche Praxis ist aber nicht ausreichend vorhanden.** Es bedarf daher einer ständigen und durch den Patienten nachvollziehbaren **Qualifizierung der ärztlichen Tätigkeit.** Nur durch Qualifizierung von Leistungserbringern und Qualitätssicherung der verwendeten Geräte können schnellere und nachhaltigere, kurz: bessere Behandlungserfolge erreicht werden.

Die **Nichtbeachtung der Qualität**, die nicht erfolgte Qualifizierung und die fehlende Kompetenzerhaltung müssen, um wirksam verhindert werden zu können, **mit Konsequenzen verknüpft** werden. Letztlich kann dies nur bedeuten, dass **eine unqualifiziert erbrachte Leistung nicht mehr angeboten werden darf.**

### 8. Qualitätsauslese

**Q**ualitätssichernde Maßnahmen müssen zu einer **Qualitätsauslese unter den Leistungserbringern** führen. Bei Bestimmung von Mechanismen für eine Qualitätsoffensive ist hier anzusetzen. Dem schlichten und ungerichteten Bemühen um eine Reduzierung der Leistungserbringer durch Bedarfsplanung und Budgetierung ist eine Anpassung der angebotenen Leistungen entgegenzusetzen, die nicht unter dem Gesichtspunkt der Rationierung, sondern durch die **Konzentration auf das medizinisch gebotene Handeln** erfolgt. Leistungserbringer, die diesem **Wettbewerb um Qualität** nicht genügen, müssen daran gehindert werden, weiter bestimmte Leistungen zu erbringen. Ältere, aber erfahrene Ärzte, ebenso wie junge, sehr gut ausgebildete Ärzte dürfen dagegen nicht mehr an der Ausübung ihres Berufes gehindert werden.

## 9. Arbeitsteilung und Kooperation

**D**ie zu einer Erhöhung der Qualität notwendige Qualitätsauslese führt im Bereich der spezialisierten, fachärztlichen Leistungen zur **Konzentration auf individuell erworbene Kernkompetenzen**.

Die gebotene Konzentration der Leistungserbringer auf ihre Kernkompetenzen wird dabei eine **größere Arbeitsteilung** nach sich ziehen, die wiederum zwingend eine intensivere, geordnete **Kooperation innerhalb und zwischen den Versorgungsebenen** notwendig macht. **Engere Kooperation zwischen den Fachärzten** kann in **größeren** fachgleichen **Praxisgemeinschaften** oder in fachübergreifenden Strukturen erfolgen. Dabei können **Geräte und Einrichtungen, sowie Räume und Personal gemeinsam kostengünstig genutzt werden**. Auf diese Weise können auch teure Geräte, ohne dass sie unnötig eingesetzt würden, ausgelastet und ihre angemessene Modernisierung gewährleistet werden.

Die **Maximen einer Qualitätsoffensive**:

- qualitätsgesteuerte Anpassung angebotener Leistungen,
- Arbeitsteilung und
- Kooperationen bei
- optimaler Ausnutzung von Ressourcen

werden bei einer **Kostendämpfung** auf Seiten der Leistungsanbieter zu **höherer Qualität** führen. Es bedarf aber moderner gesetzlicher, insbesondere berufsrechtlicher Regelungen, bestehende Konflikte zwischen Standesrecht und Entfaltung wirtschaftlicher Formen der ärztlichen Zusammenarbeit aufzulösen.

## 10. Qualitätsmanagement

**D**er Gesetzgeber fordert bislang ein systematisches Qualitätsmanagement nur für stationäre Einrichtungen. Die Praxen niedergelassener Ärzte wurden von der Verpflichtung zum Qualitätsmanagement bislang ausgenommen.

**Systematisches Qualitätsmanagement** zur Sicherung der Prozessqualität und Darlegung der Ergebnisqualität ist aber ein geeignetes Mittel zum **Erhalt fachärztlicher Kompetenz** und deren ständige Anpassung an die Herausforderungen der Zukunft. Es ist daher verpflichtend einzuführen.

## 11. Gewährleistung von Qualität

**K**rankenkassen haben wenig Know-how, um Qualitätsnormen festzulegen, nach denen sie bei Etablierung des Einkaufsmodells Ärzte aussuchen könnten, mit denen sie die Versorgung ihrer Versicherten gewährleisten wollen. Viele Krankenkassen würden der Versuchung erliegen Verträge mit den günstigsten Anbietern abzuschließen. Jede andere Einschätzung ist nach unserer Auffassung angesichts des beitragsgesteuerten Wettbewerbs unter den Krankenkassen um junge Versicherte Illusion und Augenwischerei. Betrachtet man aber die derzeitige finanzielle Lage der Praxen, kann ein **Preisdumping nur mit einem Qualitätsverlust** einhergehen.

**Qualität kann und muss daher im ambulanten Bereich durch die Kassenärztlichen Vereinigungen formuliert werden, denn nur sie können zeitnah praktikable Qualitätsnormen entwickeln und deren Umsetzung in den Praxen flächendeckend gewährleisten und überwachen.**

Neuere, viel beachtete Beispiele zeigen, dass in äußerst kurzer Zeit die Mehrheit der bayerischen Mammografeure und Endoskopiker die Qualität ihrer Leistungserbringung auch auf der Grundlage modernster, sehr **anspruchsvoller Qualitätsrichtlinien** darstellen konnte. Andere mussten dagegen ihre Mängel erkennen. Je nach individueller Entscheidung, die letztlich Folge von allein wirksamen Wirtschaftlichkeitserwägungen ist, werden erkannte Qualitätsdefizite behoben oder aber die überprüften Leistungen ganz im Sinne einer Qualitätsauslese nicht weiter angeboten. Der Arzt setzt angesichts des erforderlichen Aufwandes zur Beseitigung der erkannten Mängel andere Prioritäten für das Leistungsangebot seiner Praxis. Dieses Vorgehen wird schließlich auch die Zahl der Leistungen und der Leistungserbringer regulieren.

Für alle Schwerpunktleistungen jeden Fachgebietes kann die jeweilige Qualifikation des Arztes bestätigt und im täglichen Praxisbetrieb dokumentiert werden. Zertifizierte und rezertifizierte Ärzte können so mit ihrer elektronischen oder herkömmlichen rechnerlesbaren Dokumentation einer permanenten Qualitätssicherung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen unterstellt werden. So wird auch eine effektive, zeit- und realitätsnahe **Versorgungsforschung** ermöglicht.

**Externe, neutrale Evaluierung ist dabei unabdingbar.**

## 12. Qualität muss sich lohnen

**D**as Sozialgesetzbuch schreibt die Erbringung der notwendigen und hinreichenden medizinischen Leistungen in der gebotenen Qualität vor. Im Umkehrschluss darf **für nicht qualitätsgesicherte Leistungen kein Honoraranspruch** mehr bestehen. Eine Gebührenordnung muss dieser Forderung Rechnung tragen. Gleichzeitig können diejenigen Leistungserbringer, die nachweislich

höhere Qualität erbringen, eine entsprechende Honorierung erwarten.

Entscheidendes Kriterium für die Bewertung einer Leistung muss dabei das individuelle Problem des Patienten als Leistungsrechtfertigung sein. Dieses Patientenproblem wird in der Regel durch die Diagnose beschrieben.

**Indikationsgestützte Fallpauschalen** analog den DRGs stellen deshalb eine gute Möglichkeit dar, Qualität durch die Gebührenordnung zu generieren und zugleich die Vergleichbarkeit der erbrachten Leistung mit Leistungen des Krankenhauses zu ermöglichen.

### 13. Gleicher Preis für gleiche Leistung

**A**lle Abschreibungen, laufenden Kosten und Opportunitätskosten finanziert der freiberufliche Arzt allein aus seinen Honoraren. Schon hierdurch wird eine wirtschaftliche Leistungserbringung gewährleistet.

**Krankenhäuser haben dagegen aufgrund ihrer dualen Finanzierung eine völlig andere Kalkulationsgrundlage. Wettbewerb kann nur dann funktionieren, wenn diese krasse Ungleichbewertung und -behandlung beseitigt ist.**

Wir Fachärzte haben kein Problem, mit anderen Leistungserbringern in Wettbewerb zu treten. Ein fairer Wettbewerb besteht aber nur dann, wenn gleiche Preise für gleiche Leistungen, z.B. auf der Basis einer monistischen Finanzierung bezahlt werden.

## C. Patientengerechte Strukturen

### 14. Erreichbarkeit ärztlicher Hilfe

**D**as deutsche Gesundheitswesen zeichnet sich auch dadurch aus, dass jeder Patient zeitnah eine Behandlung seines Leidens, sei es durch den Hausarzt, Facharzt oder im Krankenhaus erfährt. Diese **hohe Verfügbarkeit ärztlicher Hilfe ist im internationalen Vergleich ein seltenes Gut, das zu erhalten ist.**

**Es ist deshalb unverantwortlich und bei dem notwendigen ärztlichen Versorgungsangebot höchst unmoralisch, eine der tragenden Säulen der Leistungsanbieter, nämlich die in freier Praxis niedergelassenen Fachärzte, aus dem System drängen zu wollen.**

Die Krankenhäuser können diese Patienten nicht betreuen. Schon heute ist die **unmenschliche Ausbeutung der Krankenhausärzte**, was deren Arbeitszeiten betrifft, zu beklagen.

Wenn die spezialisierten Gesundheitsleistungen für die Patienten bei hohem wissenschaftlichem Standard nicht rationiert werden sollen, müssen die Fachärzte, die immerhin die Hälfte aller niedergelassenen Ärzte ausmachen, in ihrer Existenz gesichert werden.

Auch wenn die Grundstrukturen eines sehr erfolgreichen Gesundheitssystems beibehalten werden sollen, müssen dennoch im Sinne der genannten Maximen einer Qualitätsoffensive die Rollen teilweise neu definiert werden.

**Die Fachärzte bekennen sich dabei uneingeschränkt zu dem gemeinsamen Projekt der haus- und fachärztlichen ambulanten Versorgung durch freiberufliche Ärzte.**

Das gegliederte System Hausarzt – Facharzt – Krankenhaus muss mit **genauer Zuordnung der Kompetenzen** beibehalten werden. Jede Krankheit muss auf der richtigen Versorgungsebene mit einer entsprechenden Staffelung der Kosten behandelt werden. Es ist Ziel der Fachärzte, dass alle Probleme auf der effektivsten Ebene bearbeitet werden.

### 15. Kooperation der Versorgungsebenen

**D**ie Hausärzte sind in der Regel der **erste Ansprechpartner des Patienten**. Ihre Leistungen müssen wie der Fachärzte durch eine Verpflichtung zur leitliniengestützten Behandlung und durch die Verwendung qualitätsüberprüfter Geräte qualitätsgesichert erbracht werden. **Die Qualität der hausärztlichen Leistung reduziert auch die Medikamentenverschreibungen.**

Für Behandlungen, die über den hausärztlichen Kernbereich hinausrei-

chen, gelten die gleichen Qualitätsanforderungen wie für die Fachärzte oder das Krankenhaus.

Zu einer hochwertigen Behandlung gehört auch, dass jeder Arzt seinen Patienten in die optimale Versorgungsebene weiterleitet.

In bestimmten Fällen, in denen das Krankheitsbild oder die Schwere der Krankheit es erfordern, kann der Patient auch den Facharzt als betreuenden Arzt wählen. Ein freier und ungehinderter Zugang dieser Patienten zu Fachärzten muss weiter möglich sein. Vorgeschaltete Filter würden keine Akzeptanz bei den Patienten finden und würden in diesen Fällen den effizienten Mitteleinsatz behindern.

Ziel der Gesetzgebung muss sein, dass diese Entscheidung in Zusammenarbeit von Patient, Hausarzt und Facharzt getroffen wird. In vielen Fällen, in denen eine differenzierte Abwägung notwendig ist, wird auch heute schon so gehandelt, z.B. in regionalen Netzen oder größeren ärztlichen Kooperationen, wie z.B. Ärztehäusern.

**Ärztliche Kooperationsformen müssen endlich vom Gesetzgeber gestärkt werden, da dazu die Selbstverwaltung nicht in der Lage war und bei unveränderten Strukturen auch nicht sein wird.**

## 16. Wahl von Hausarztтарifen

**Die Beitragssätze der gesetzlichen Krankenkassen sollten so differenziert sein, dass der Patient motiviert wird, als ersten Ansprechpartner den Hausarzt zu wählen.**

„Inanspruchnahmegebühren“ dagegen sind nichts anderes als Rationierung. Klare Prozessbeschreibungen, klare Aufgabenstellung, Konzentration auf das Kerngeschäft und Qualitätssicherung, die sich am Patientenproblem orientiert müssen hier Klarheit bringen.

Daraus resultiert ein gewünschter Qualitätswettbewerb um die Patienten, der sogar Kosten sparen kann.

Hausarztтарife ohne Qualitätssteuerung, wie sie auch bei den Fachärzten zu fordern ist, entziehen dem System Geld, erhöhen nicht die Transparenz, verärgern viele Patienten und schaffen neue Fronten.

## 17. Der Facharzt als Spezialist

**D**er Facharzt wird bei der Wahl eines Hausarztтарifes nur auf Überweisung und nur gezielt tätig. Darüber hinaus gehende Mehrleistungen erbringt der Facharzt nur nach Rücksprache mit dem Hausarzt.

Dem Patienten ist daneben aber die Möglichkeit zu erhalten, nach freier Entscheidung Leistungen auch der fachärztlichen Spitzenmedizin direkt in Anspruch zu nehmen. **Durch die Wahl eines Facharztтарifes wird**

der **freie Zugang zum Facharzt** auch in Zukunft möglich sein. Zur Vermeidung von Missbrauch sollte die Inanspruchnahme aber auch bei dieser Wahl auf eine bestimmte Zahl von Fachärzten und Facharztkontakten beschränkt werden.

## 18. Einweisungsvorbehalt

**D**ie politisch gewollte **Steuerungspriorität des Hausarztes** wird hier nicht hinterfragt. Diese kann aber nur dann effektiv sein, wenn die Überweisung in das Krankenhaus als nachweislich teuerste Ebene nicht regelhaft am spezialisierten Facharzt vorbei erfolgt. Die Einweisung in das Krankenhaus muss vielmehr - außer in Notfällen - in konzertierter haus- und fachärztlicher Zusammenarbeit (Stichwort Ärztenetze) erfolgen, nachdem alle möglichen und notwendigen Maßnahmen bereits ambulant erbracht worden sind.

**Auch Fachärzte sind zu verpflichten**, für hochspezialisierte Untersuchungen und Behandlungen, die durch entsprechend qualifizierte niedergelassene Fachärzte ambulant erbracht werden können, **nicht regelhaft an das Krankenhaus zu überweisen**. Damit ergibt sich eine enge Zusammenarbeit zwischen Hausärzten, Fachärzten und Fachkliniken und Kooperationen werden gefördert.

## 19. Ambulante Versorgung im Krankenhaus

**E**ine Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen, die über hochspezialisierte Leistungen im prä- und postoperativen Bereich hinausreichen, würde zu **Wettbewerbsverzerrungen** führen, wie die Zulassung von Institutsambulanzen an den Hochschulkliniken bereits zeigt. Sie würde die Existenz der niedergelassenen spezialisierten Fachärzte gefährden, die als freie Unternehmer mit großem finanziellem Risiko ihre Praxen wirtschaftlich führen.

Krankenhäuser verfügen nicht über die personellen fachärztlichen Kapazitäten, um die ambulante Versorgung weitgehend zu übernehmen. **Unkalkulierbare Kostensteigerungen werden sich aber schon mittelfristig aus der Anwendung des häufigsten diagnostischen und therapeutischen Mittels ergeben - nämlich des Bettes! Es kommt auch dem Sicherheitsbedürfnis der Kollegen entgegen.**

Darüber hinaus würde ein wesentliches Qualitätsmerkmal des deutschen Gesundheitssystems, die unmittelbare, personale Inanspruchnahme des Facharztes, beseitigt.



## 20. Kooperation mit dem Krankenhaus

**R**ichtig dagegen ist, Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Fachärzten weiter zu fördern. Bereits bestehende Niederlassungen von Fachärzten an oder in Krankenhäusern zeigen, dass **Win-Win-Situationen** für beide Seiten möglich sind, denn hier werden teure medizinische Einrichtungen und Geräte sowohl von den Praxen wie vom Krankenhaus genutzt, Dokumentationen schnell weitergegeben und unnötige Untersuchungen vermieden.

Das **kooperative Belegarztsystem** ist ein bewährtes und effektives Modell, um integrierte Versorgung kostengünstig und patientenorientiert umzusetzen. Eine Überführung von Hauptabteilungen in Belegabteilungen ohne die finanziellen Ressourcen hierfür bereitzustellen, lehnen wir Fachärzte aber ab.

## 21. Dokumentation und Transparenz

**F**achärztliche Arbeit als Teil einer medizinischen Gesamtleistung legitimiert sich durch eine nachvollziehbare Definition aller diagnostischen und therapeutischen Prozesse. Deshalb befürworten wir die Einbindung einer **Berichtspflicht** in den obligaten Katalog fachärztlicher Leistungen.

Diese dokumentierten Berichte sind Patienten und Betreuungspartnern bereitzustellen und in ihrer Qualität zu sichern. Gleichzeitig muss auch die Vergütung dieser Dokumentation die Verantwortung und Kompetenz, die hinter einem fachärztlichen Bericht stehen, abbilden.

Gleichzeitig fordern wir unsere Partner, Krankenhäuser und Hausärzte auf, Schnittstellenprobleme durch **Optimierung der Kommunikation** zusammen mit uns zu beseitigen.

Um für den Patienten volle Transparenz zu erreichen, befürworten wir eine „**Patientenquittung**“. Jeder Patient soll am Behandlungstag eine Quittung der bei ihm erbrachten Leistungen mit Preisen erhalten. Das setzt aber eine **Gebührenordnung mit festen Preisen** voraus.

Durch die Realisierung vorliegender Entwicklungen einer intelligenten **Patienten-Chipkarte** sind alle Schnittstellenprobleme zur Kommunikation lösbar. Mit der Aufnahme eines Passbildes, der online-Authentifizierung der Versicherung bei der Arztkonsultation und Abbildung der erbrachten Leistungen mit entsprechenden Berichten, Aufnahme der Notfalldaten etc. ist die erforderliche Transparenz garantiert. Der Karteninhaber kann selber die Informationen abrufen. Mit der Umsetzung dieser intelligenten Patienten-Chipkarte kann die Notwendigkeit einer Patienten-Quittung entfallen.

## 22. Disease Management Programme

**D**isease Management Programme können **theoretisch die Qualität der Versorgung verbessern**. Bisher gibt es aber keine Evidenz, dass die flächendeckende Umsetzung von Disease Management Programmen zu einer Qualitätsverbesserung in der Versorgung führen wird. Unter der gegebenen **Verknüpfung mit den Ausgleichszahlungen** zwischen den Krankenkassen ist die Wirksamkeit unwahrscheinlich. Es gibt international genügend Beispiele, dass die **Verwaltungskosten** überproportional steigen und damit Geld der Patientenbehandlung entzogen wird.

Eine Chance zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität besteht dann, wenn eine klare Zuordnung der Verantwortlichkeiten im Rahmen der Struktur- und Prozessqualität in den Programmen erfolgt. Diese Prozesse müssen fachärztliche Kompetenz zwingend enthalten und deren Ergebnisse müssen **wissenschaftlich neutral evaluiert** werden.

Die Fokussierung dieser Programme auf die hausärztliche Versorgungsebene wird einer gewünschten und für viele Krankheiten notwendigen Kooperation mit den niedergelassenen Fachärzten wohl nicht gerecht.

## D. Selbstbestimmung und Verantwortung

### 23. Die Würde des Patienten und seines Arztes

**E**inen immer größerer Teil ihrer Arbeitskraft müssen die in Deutschland tätigen Ärzte auf formale und administrative Aufgaben verwenden. Die bisherigen und auch die anstehenden **Gesetzesinitiativen sind geprägt von Misstrauen und Kontrolle.** Formelle Dokumentation und Begründungsrhetorik lenken zunehmend vom Ziel einer bestmöglichen Patientenversorgung ab.

Wir müssen wieder zurück zu einer empathischen Beziehung zwischen Arzt und Patient, die nicht dominiert wird von ökonomischen Überlegungen. Es darf nicht sein, dass der Patient hinter jeder ärztlichen Maßnahme, die nicht seinen Erwartungen entspricht, Regressabwehr durch seinen behandelnden Arzt vermutet. Die Vertrauensauflösung zwischen Arzt und Patient ist bereits weit fortgeschritten.

Auch der Arzt verliert in diesem System seine Würde, wenn er als Bote für Restriktionen und Kontrollen benutzt wird, die die Politik meint, dem Patienten zumuten zu müssen.

Je weniger die „Droge Arzt“ wirken kann, umso mehr werden andere, deutliche teure Drogen eingesetzt.

### 24. Zertifikate bekunden die Qualität

**D**er Patient bringt dem Arzt Vertrauen entgegen, das auf seiner eigenen Erfahrung oder auf der Empfehlung anderer Patienten beruht. Außer diesem empirischen Vertrauen haben viele Patienten bislang zu geringe Kompetenz bei der Beurteilung der fachlichen und sachlichen Richtigkeit und Qualität der Behandlung.

Auch deswegen bedarf es der **permanenten Qualitätsüberprüfung der Leistungsanbieter** durch objektive und kompetente Institutionen wie den KVen. Diese stellen dem Arzt Zertifikate aus, die für den Patienten sichtbar und verständlich sind und Auskunft über die besondere Qualität seines Könnens und seiner Geräte gibt.

Verständlich formulierte Behandlungsleitlinien für definierte Krankheiten, sind jedem Patienten, z.B. über das Internet, zugänglich zu machen, genauso Listen von Ärzten mit speziellen Qualifikationen, wie es die kassenärztliche Vereinigung Bayern für die Hygiene in der Endoskopie und für die Mammografie seit geraumer Zeit macht.

## 25. Produktverantwortung und Prävention

**D**er Patient muss mehr Verantwortung und Selbstbestimmung in Bezug auf seine Gesundheit übernehmen. Die **Stärkung der Eigenverantwortung des Patienten** ist dann möglich, wenn er nicht die Befürchtung haben muss, dass notwendige und sinnvolle Leistungen aus ökonomischen Gründen aus dem Leistungskatalog ausgegliedert werden. Deshalb ist eine **sozial abgefederte problemorientierte Selbstbeteiligung** bei einem umfassenden Leistungsangebot anzustreben. Bei nachgewiesenen Risiken ist diese Selbstbeteiligung gleich am schädigenden Produkt zu realisieren. Auf solche Produkte sollte eine Umsatzsteuer gelegt werden, die die Kosten im Gesundheitssystem deckt.

Ein wesentlicher Bestandteil der Gesundheitsvorsorge ist die Prävention. **Aufklärung über Prävention** hat in vielen Ländern zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung beigetragen, insbesondere was die so genannten **Wohlstandskrankheiten** wie Diabetes, Herz - Kreislaufkrankungen oder Erkrankungen des Bewegungsapparates betreffen. In der Förderung der Prävention hat die Bundesrepublik weitgehend versagt.

## 26. Wahlmöglichkeiten

**V**erantwortung und Selbstbestimmung ist dann gegeben, wenn der Patient größere Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen **Versicherungstarifen** erhält. Er muss die Wahl erhalten zwischen Tarifen mit Selbstbehalt, einem Hausarzttarif und Tarifen mit größerer Freiheit bei der Arztwahl. Daneben stärkt eine Abstufung der Versicherungsprämien bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen unter dem Nachweis, dass alle notwendigen Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt wurden, die **Eigenverantwortlichkeit**. Die richtige Kalkulation der Tarife sorgt dafür, dass der GKV dadurch nicht weitere Einnahmen entzogen werden.

## 27. Euro statt Punkte

**W**ir niedergelassenen Ärzte haben kein Problem, unsere Leistungen gegenüber dem Patienten zu begründen und die Abrechnung offen zu legen.

Vollständiges Vertrauen bedarf aber einer **Kostenerstattung**. Erst dann hat der Patient die Chance als Marktteilnehmer ernst genommen zu werden. Das **Sachleistungsprinzip entmündigt den Patienten**, da er keine Vorstellung davon hat, welche Kosten er verursacht. Von „Interessierten“ wird es dazu missbraucht, die Ärzteschaft permanent zu kriminalisieren.

## E. Reform der Finanzierungsgrundlagen

### 28. Solidarprinzip muss erhalten bleiben

**F**achärzte stehen weiter zu einer solidarischen Finanzierungsgrundlage auf der Basis risikounabhängiger Beiträge. Die Krankenversicherung muss aber wieder den Charakter einer Versicherung erhalten, die den Versicherten bei Risiken absichert, die er aus eigener Kraft nicht schultern kann. Das **medizinisch Notwendige** muss für alle einkommensunabhängig bereitgestellt werden.

Der intelligente Einsatz einer sozial abgestuften Eigenbeteiligung verbessert nicht nur die Finanzgrundlage der GKV, sondern verbessert durch **Verantwortungseinbindung** des Versicherten auch die Effektivität des Gesundheitssystems.

### 29. Anstieg der Beitragssätze

**D**er Anstieg der Krankenkassenbeiträge von 8,2% im Jahre 1979 auf mehr als 14% im Jahr 2002 ist nicht Folge einer „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen, sondern Folge u. a. einer Erosion der Einnahmenseite der GKV.

Der **Anteil der GKV Ausgaben am Bruttosozialprodukt stagniert** seit Jahren bei knapp unter 7%. Es ist eine enorme Leistung aller Anbieter im Gesundheitssystem, dass die Integration des rasanten medizinischen Fortschrittes, die demographische Entwicklung, die Medizinalisierung fast aller Störungen des individuellen Befindens und der gleichzeitige Entzug von Milliarden Euro durch Verschiebepbahnhöfe der Sozialpolitik ohne Steigerung des relativen Anteil am BIP realisiert wurden.

### 30. Reform der Einnahmenseite

**I**n diesem Bereich liegen große Chancen. Es muss zu einer Verbindung einer konjunkturunabhängigen Einnahmenseite mit der Emanzipation des Versicherten als Kunden kommen.

Ein einkommensunabhängiger **Grundbeitrag aller Bürger** für unverzichtbare gesetzliche Leistungen kombiniert mit dem Angebot freiwilliger Zusatzleistungen könnte die Kosten des GKV-Systems stabilisieren. GKV und PKV könnten im Angebots-Wettbewerb stehen. Unterhalb einer bestimmten Einkommensgrenze wäre es Aufgabe des Staates diese Beiträge zu entrichten.

Alle, die aufgrund eines niedrigen Einkommens nicht am Wettbewerb

der Anbieter teilnehmen können, werden durch **staatliche Unterstützung** in die Lage versetzt, vollwertige Marktteilnehmer zu werden. Damit haben alle ein gleiches Interesse an effektivem Mitteleinsatz.

### 31. Anpassung des Leistungskatalogs

**B**ei der Reform des Leistungskataloges der GKV ist darauf zu achten, dass das Solidaritätsprinzip nicht ausgehöhlt wird. Gleichwohl muss kritisch hinterfragt werden, ob alles, was unter ordnungspolitischen Gesichtspunkten in der GKV angesiedelt wird, dort richtig platziert ist. Reformziel sollte hier die **Orientierung an der ursprünglichen Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung** sein: Die Gewährung von Leistungen, die einen unmittelbaren Bezug zu einer Krankheit haben. Auszugliedern wären daher alle versicherungsfremden Leistungen (z. B. Empfängnisverhütung, Sterilisation, Sterbegeld u. ä.). Leistungen, die aus gesellschafts-, sozial- oder familienpolitischen Gründen für notwendig erachtet werden, müssen künftig aus Steuermitteln finanziert werden.



Dr. Axel Munte



Dr. Petra Munte



Dr. Andreas Hellmann

Grünwald, 22. April 2003