

Gesundheitspolitisches Grundsatzprogramm zur Bundestagswahl 2017

Das Gesundheitssystem in Deutschland ist weltweit führend. Patienten aus aller Welt schätzen die medizinische Versorgung hierzulande. Nicht zuletzt wollen Bundesbürger, die im Ausland erkranken, schnellstmöglich in Deutschland versorgt werden. Grund hierfür ist der hohe medizinische Standard sowie der im Vergleich der OECD-Länder einmalige direkte Zugang zur ambulanten Medizin ohne vergleichbare Wartezeiten oder Wartelisten.

Niedergelassene Ärzte sind ein wichtiger Teil dieser hervorragenden Gesundheitsversorgung in Deutschland, sie sehen sich aber auch in einer wichtigen gesellschaftlichen Verantwortung. Daher stehen niedergelassene Ärzte für ein soziales und gerechtes Gesundheitswesen, das den medizinischen Fortschritt fördert und die Teilhabe durch jedermann ermöglicht. Niedergelassene Ärzte sehen sich aber auch als Teil eines Wirtschaftssystems, das dem Leistungsprinzip und dem Grundsatz der angemessenen Vergütung folgt. Nicht zuletzt sind niedergelassene Ärzte in Deutschland mittelbar und unmittelbar Arbeitgeber für eine Vielzahl von Menschen. Das Gesundheitssystem beschäftigt mehr Mitarbeiter und trägt mehr zur Wertschöpfung bei, als jeweils die Automobilindustrie oder der Maschinenbau.

Freiberuflichkeit

Kern der Versorgung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte ist ihre Berufsausübung in Freiberuflichkeit. Unabhängig davon, ob angestellt oder selbständig tätig, verbindet der Arzt naturwissenschaftliche Erkenntnisse, wie die Evidence Based Medicine, mit Erfahrungswissen und den Besonderheiten der individuellen Arzt-Patienten-Beziehung. Sachliche Unabhängigkeit, Weisungsungebundenheit und Ermessensspielraum sind dabei unabdingbare Voraussetzungen dafür, dass der Arzt seine Verpflichtung aus dem Beruf heraus gegenüber dem Einzelnen und der Allgemeinheit erbringen kann.

Diese Freiberuflichkeit bewährt sich in den Praxen dieses Landes tausendfach und tagtäglich bei Entscheidungen zwischen Arzt und Patient, welche medizinische Behandlung für den Patienten erforderlich, möglich oder wünschenswert ist und welche Ressourcen die Gesellschaft – beispielsweise durch die Gesetzliche Krankenversicherung – bereit ist, zur Verfügung zu stellen. Diese Entscheidung, die sich im Spannungsfeld zwischen Zuteilungsmedizin und rein ökonomischer Handlungsweise abspielt, erfordert Befreiheit für den Arzt und ein Minimum an Regularien. In den vergangenen Jahren wurden die Regularien jedoch ausgeweitet, die Freiheitsgrade stetig beschnitten.

Ziel zukünftiger Politik muss eine weitgehende und rationale Deregulierung sein. Bürokratie ist kein Selbstzweck und muss daher stets auf Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit überprüft werden. Des Weiteren muss die Freiberuflichkeit des Arztes in all seinen Facetten gestärkt werden. Niedergelassene Ärzte und ihre Selbstverwaltung brauchen mehr Freiheitsgrade!

Echte Stärkung der Selbstverwaltung

Ein Anker dieser Freiberuflichkeit im gesellschaftlichen Kontext ist die ärztliche Selbstverwaltung. Unsere ärztliche Selbstverwaltung war in den vergangenen Jahren immer wieder politischen Eingriffen unterzogen. Begonnen durch die „Professionalisierung“ (GMG, 2004), die Einführung einer Stimmen-Parität (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, 2015) bis hin zum GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz (2017).

Exkurs zu Entstehung und Zweck der Selbstverwaltung

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind die tradierte Form der ärztlichen Selbstverwaltung und Folge der Übernahme des Sicherstellungsauftrags durch die Vertragsärzteschaft. Vertragsärzte übernehmen die Kollektivrisiken der Gesellschaft – Krankheit, Pflegebedürftigkeit und krankheitsbedingte Devianz – und lösen diese in der konkreten Interaktion mit den Patienten auf. Der Vertragsarzt wägt die Faktoren „Kosten“ und „Behandlungsintensität“ in jedem Einzelfall gegeneinander ab und betreibt damit die sogenannte grenzrisikennahe Versorgung, die ihm mit den WANZ-Kriterien („Wirtschaftlichkeitsgebot“ des § 12 SGB V: wirtschaftlich, angemessen, notwendig und zweckmäßig) auferlegt wird. Dafür erhält er die Autonomie der Selbstverwaltung gegenüber Staat, Krankenkassen und Patienten. Diese Autonomie ist seit jeher staatlichen Steuerungsphantasien ausgesetzt. Zahlreiche gesetzliche Eingriffe haben diese Autonomie in den letzten Jahren beschnitten. Aktuell wird diese Schwächung durch Angriffe aus den eigenen Reihen verstärkt.

Die nun als Ursache für weitere gesetzgeberische Eingriffe vorgegebenen Konflikte der Vergangenheit waren jedoch allesamt interne Konflikte. Zu keinem Zeitpunkt stand die Erfüllung des gesetzlichen Auftrages, wie die Sicherstellung der ambulanten Versorgung oder die Umsetzung von Richtlinien und gesetzlichen Aufträgen, in Frage. Die ärztliche Selbstverwaltung hat zu jedem Zeitpunkt funktioniert! Die Aufarbeitung interner Konflikte wurde durch interne Blockaden erschwert. Inzwischen sind alle diese Konflikte, ohne materiellen Schaden verursacht zu haben, gelöst.

Doch die zahlreichen Eingriffe haben nicht nur die Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung und die Akzeptanz bei den Mitgliedern geschwächt, der berufspolitische Nachwuchs für die Selbstverwaltung ist dadurch hochgradig abgeschreckt und zu einer Mitarbeit schwer zu motivieren.

Daher ist eine radikale Deregulierung erforderlich. Demokratische Elemente, wie Direktwahlen, müssen genauso gestärkt werden, wie die originär ehrenamtliche Tätigkeit. Die Trennung zwischen Haupt- und Ehrenamt ist schärfer zu definieren. Interne Aufsichtsgremien müssen gestärkt werden, die staatliche Aufsicht hat sich allein auf die Rechtsaufsicht zu beschränken.

Stärkung der medizinischen Grundversorgung

Die im internationalen Vergleich herausragende medizinische Grundversorgung in Deutschland wird hauptsächlich durch niedergelassene Haus- und Fachärzte, also durch den ambulanten Bereich getragen. Der Ärztemonitor 2016 hat ergeben, dass Hausärzte inzwischen bei Einkommen und Berufszufriedenheit aufgeschlossen haben, bei Fachärzten, die vorwiegend in der wohnortnahen Grundversorgung tätig sind, die wirtschaftliche Basis in den letzten Jahren aber deutlich erodiert ist. Damit besteht die Gefahr, dass in der Grundversorgung neben dem hausärztlichen auch im fachärztlichen Bereich der qualifizierte Nachwuchs wegbricht.

Daher fordert der NAV-Virchow-Bund für alle in der wohnortnahen Grundversorgung tätigen niedergelassenen Ärzte diejenige wirtschaftliche Basis wiederherzustellen, die auch zukünftig eine international hervorragende medizinische Versorgung durch niedergelassene Haus- und Fachärzte sicherstellt.

Ende der Budgetierung

Die seit 30 Jahren andauernde Budgetierung hat die Versorgung an keinem Punkt verbessert und nur innerärztliche Verteilungseffekte verursacht, die über die Jahre hinweg über alle

Fachgruppen hinwegnivelliert wurden. Die Budgetierung ist einer der Hauptgründe, warum junge ärztliche Kollegen den Schritt in die eigene Praxis oder in eine Praxisgemeinschaft scheuen. Die Auswirkungen sind im vielerorts existenten oder drohenden Ärztemangel in allen Fachgruppen zu spüren. Praxen niedergelassener Ärzte sind mittelständische Unternehmen. Als solche brauchen sie Planungs- und Kalkulationssicherheit.

Daher muss das Vergütungssystem der Gesetzlichen Krankenversicherung auf feste, wirtschaftlich kalkulierte Preise umgestellt werden. Eine Budgetierung darf zukünftig nur über die Menge und Inanspruchnahme stattfinden. Die Gesetzliche Krankenkasse muss entscheiden, welche Menge sie ihren Versicherten zur Verfügung stellt. Darüber hinaus muss die Eigenverantwortung der Patienten gestärkt werden. Dies kann einerseits durch eine sozial gestaltete Eigenbeteiligung oder durch eine Steuerung der Inanspruchnahme geschehen.

Regionalisierung der Versorgung

Eine leistungsstarke und effektive Versorgung muss sich zukünftig an der regionalen Krankheitslast ausrichten. Denn es bestehen teils gravierende Morbiditäts- und Mortalitätsunterschiede je nach sozio-demografischer Struktur der Bevölkerung. Versorgungsgerechtigkeit ist also nicht nur eine Frage von Stadt und Land, sondern auch von Unterschieden innerhalb der städtischen Bereiche. So besteht beispielsweise in Hamburg zwischen verschiedenen Stadtteilen eine Differenz der Lebenserwartung von bis zu zehn Jahren. Diese regionalen Unterschiede auszugleichen, muss Ziel der Gesundheitspolitik sein.

Hierfür ist eine Stärkung von regionalen sektorübergreifenden Versorgungsverbänden erforderlich. Solche existieren beispielsweise seit vielen Jahren in professionell organisierten Praxisnetzen. Der Gesetzgeber hat hierfür im GKV-Versorgungsstrukturgesetz 2012 die Möglichkeit geschaffen, besonders qualifizierte Praxisnetze anzuerkennen und zu fördern. Inzwischen sind bundesweit 57 Praxisnetze auf diese Weise anerkannt (Stand Februar 2017).

Diese Netze müssen jedoch weiter gestärkt werden, indem sie das Versorgungsgeschehen besser gestalten können, beispielsweise durch die Möglichkeit, selbst – neben Krankenhäusern, MVZ und Kommunen – Arztsitze aufkaufen zu können. Dafür müssen anerkannte Praxisnetze einen Leistungserbringerstatus erhalten. Weiterhin muss es Praxisnetzen möglich werden, regionale Versorgungsaufträge zu übernehmen, beispielsweise über eine Beleihung durch die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung. Durch eine Stärkung solcher vernetzter Strukturen wird zudem der nachfolgenden Arztgeneration der Einstieg in die ambulante Versorgung erleichtert und damit dem Ärztemangel entgegnet. Der

Ordnungsrahmen durch die Selbstverwaltung der Kassenärztlichen Vereinigungen muss dabei erhalten bleiben.

Digitalisierung nutzen – Ärzte stärken

Die Digitalisierung und deren teils disruptive Auswirkungen auf Technologien, Strukturen und Verfahren betreffen das Verhalten des Menschen und die gesellschaftlichen Verhältnisse im Innersten. Anders als nach der Erfindung des Rades oder des Autos sind digitale Technologien nicht mehr nur Hilfsmittel zu einem Zweck, sondern strukturieren und prägen die Handlungsweisen des Menschen. Der Zugang des Menschen zur Welt vollzieht sich zunehmend über Bildschirme und Dateneinheiten. Durch dieses Nutzerverhalten lösen sich die Grenzen zwischen Medizin und Lifestyle, zwischen Arbeit und Privatleben auf.

Die Anforderungen an den Arzt verändern sich: Digitalisierte Informationen sind umfassend und unmittelbar nutzbar. Zugleich findet eine demografisch und strukturell bedingte Reduzierung der Ressource Arzt statt. Weiterhin bestehen regionale Verteilungsdifferenzen an Ärzten sowie eine unterschiedliche regional und soziodemografisch bedingte Verteilung von Morbidität und Mortalität. Patienten ändern ihr Verhalten im Hinblick auf Selbstdiagnose und Selbstmanagement von Krankheiten. Der Patient wird vom Gesundheitsempfänger zum Selbstoptimierer. Die dabei generierten Daten stehen jederzeit zur Verfügung. Durch die Summe dieser Veränderungen wandelt sich das Berufsbild, die Rolle und damit auch das Selbstverständnis des Arztberufes.

Alle diese Entwicklungen werden den Arzt zukünftig jedoch nicht überflüssig machen. Neben der Anwendung des jeweils aktuellen medizinischen Wissens werden sich seine Aufgaben weiter in Richtung individualisierte Kommunikation für informierte Patienten verschieben. Die sich weiter entwickelnde Patientenautonomie führt zu einer zunehmend partizipativen Entscheidungsfindung. Dabei benötigt der Patient fachliche Expertise bei Entscheidungskompetenz und als Entscheidungsunterstützung. Das kann aber nur ein Arzt leisten. Glaubwürdigkeit, Empathie und Vertrauen werden dabei an Bedeutung gewinnen. Eine weitere zentrale Aufgabe des ärztlichen Handelns ist eine individualisierte, kultur- und schicht-sensible Kommunikation zwischen Arzt und Patient.

Die niedergelassenen Ärzte bekennen sich zu einer aktiven Mitwirkung an den technischen und gesellschaftlichen Entwicklungen durch Digitalisierung. Der Arzt ist und bleibt dabei zentraler Ansprechpartner, Begleiter und Heiler des Patienten. Das Berufsbild wird sich jedoch stark verändern. Als Selbstorganisation von Ärzten und Interessenvertreter des Berufsstandes werden wir diesen Wandel unterstützend begleiten. Wir werden aber zugleich darauf hinwirken, dass die Profession des Arztes

mit seinem umfassenden medizinischen Wissen und seinem freiberuflichen Selbstverständnis nicht durch einseitige Stärkung anderer Gesundheitsberufe an den Rand gedrängt und dadurch Patientenschutz sowie Versorgung verschlechtert werden. Die Politik muss diese zentrale Rolle des Arztes unterstützen und darf sie nicht durch Substitution schwächen. Kern ärztlicher Tätigkeit ist insbesondere das therapeutische Gespräch und die Arzt-Patienten-Interaktion. Diese sind nicht nur unersetzbar, sondern werden im Rahmen der Digitalisierung noch an Bedeutung gewinnen. Deshalb muss die ärztliche Gesprächskompetenz in Aus- und Weiterbildung gestärkt werden. Dem ist in der neuen Ausbildungsordnung für Medizinstudenten Rechnung zu tragen.

Abschaffung der Terminservicestellen

Die Einführung von Terminservicestellen ist ein Flop. Von bundesweit jährlich 550 Millionen ambulanten Behandlungsfällen wurden im ersten Jahr nur rund 120.000 Termine insgesamt über die Terminservicestellen vermittelt. Berechnungen haben ergeben, dass allein die Vermittlung eines Termins über 100 Euro Verwaltungskosten verursacht. Der Großteil der vermittelten Termine betrifft Rheumatologen, Neurologen, Psychiater und Augenärzte im ländlichen Raum, also allesamt Fachgruppen, in denen bekanntermaßen zu wenige Ärzte niedergelassen sind. Dieser Mangel setzt sich im Übrigen auch im stationären Bereich fort, so dass die gesetzliche Regelung nach einem Alternativtermin im Krankenhaus ebenso wenig zielführend ist.

Nachdem sich neben den Krankenkassen auch zahlreiche Gesundheitspolitiker der Großen Koalition gleichlautend geäußert haben, ist es konsequent, diesen Irrtum zu revidieren und die Terminservicestellen unverzüglich wieder abzuschaffen. Stattdessen muss die Niederlassung wieder attraktiv werden, beispielsweise durch Abschaffung der Budgetierung. Die Bedarfsplanung in ihrer bisherigen Form ist nach regionaler Morbidität und dem tatsächlichen Versorgungsbedarf und nicht nach stichtagsbezogenen Relativzahlen umzugestalten.

Gleiche Wettbewerbsbedingungen zwischen ambulant und stationär

Eine umfassende Krankenhausreform ist dringend notwendig. Die bestehenden Überkapazitäten abzubauen, ist eine der größten Herausforderungen der Politik, denn sie betrifft nicht nur die Bundespolitik, sondern zuständigkeitshalber die Bundesländer und in den Auswirkungen vor allem die Kommunalpolitik. Dennoch werden schmerzhaft Eingriffe unum-

gänglich sein. Dies darf jedoch nicht dazu führen, eine Kompensation zu Lasten der ambulanten Versorgung durchzuführen. Bereits in der Vergangenheit führten massive Eingriffe dazu, dass der Sicherstellungsauftrag der Vertragsärzteschaft schrittweise ausgehöhlt wurde. Exemplarisch seien

- der Ausbau der Möglichkeit für Krankenhäuser zur ambulanten Öffnung (§ 116a SGB V),
- die Koordinierung des Notdienstes mit zugelassenen Krankenhäusern (§ 75 SGB V),
- der einseitige Bestandsschutz für Kliniken in der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) (§ 116b SGB V) und
- der Verbesserten Zugang für Hochschulambulanzen zur ambulanten Versorgung bei „schweren und komplexen Krankheitsbildern“ (§ 117 SGB V)

genannt. Insbesondere die andauernde Diskussion um eine weitere ambulante Öffnung der Krankenhäuser insbesondere der Notfallambulanzen bedroht den Sicherstellungsauftrag zusätzlich.

Das Prinzip ambulant vor stationär hat sich bewährt. Nun muss das Geld der Leistung folgen, gleiche Wettbewerbsbedingungen zwischen stationärem und ambulatem Bereich sind herzustellen. Dazu ist die Einführung der monistischen Finanzierung im Krankenhausbereich der zentrale Schlüssel. Bei allen Vergütungselementen, egal ob stationär oder ambulant, muss die Investitionsfinanzierung Berücksichtigung finden.

Weiterbildung

Durch die kontinuierliche Verlagerung des Behandlungsgeschehens von stationär nach ambulant werden viele diagnostische und therapeutische Leistungen in die niedergelassene Praxis verlagert. Deshalb sehen angehende Haus- und Fachärzte in Krankenhäusern zunehmend nur einen Ausschnitt des gesamten Behandlungsverlaufs. Große Teile der Weiterbildung zum Facharzt sind also in den Kliniken lückenhaft. Durch diese Entwicklung finden viele Bereiche der ärztlichen Weiterbildung, die früher traditionell in den Krankenhäusern absolviert wurden, heute in den Praxen niedergelassener Ärzte statt. Die Budgetierung des ambulanten Bereiches führt jedoch dazu, dass eine ambulante Weiterbildung für weiterbildungsberechtigte Praxisärzte wirtschaftlich nicht abgebildet werden kann.

Die Weiterbildung von Ärzten zu Haus- oder Fachärzten ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Weiterbildung muss zusätzlich zu der Arbeitsleistung, die ein Arzt in Weiterbildung leistet, finanziert werden. Ziel muss es sein, eine der erbrachten ärztlichen Leistung angemessene und langfristig gesicherte

Vergütung für die Weiterbildung bereitzustellen. Diese Vergütung muss aber extrabudgetär zur Verfügung gestellt werden. Zudem werden wir darauf hinwirken, dass die ärztliche Selbstverwaltung hierzu die erforderlichen berufsrechtlichen Änderungen vornimmt.

Dualität der Versicherungssysteme

Das Nebeneinander von Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung hat in den zurückliegenden Jahrzehnten den Wettbewerb befördert und dadurch die Einführung von Innovationen schneller ermöglicht, als dies in anderen europäischen Gesundheitssystemen der Fall ist. Die Gesetzliche Krankenversicherung – einstmals für besonders schutzwürdige Gruppen begründet – soll unter dem wohlklingenden Titel der „Bürgerversicherung“ zur Einheitslösung werden, obwohl die Erfahrungen in anderen Ländern zeigen, dass dadurch der Zugang der Patienten zum System erschwert wird und Wartezeiten, Wartelisten sowie Rationierung die Folge sind. Eine Kapitaldeckung in der Gesundheitsversorgung ist nach wie vor generationengerechter und auch angesichts der Finanzmarktkrisen und des anhaltenden Zinstiefs nachhaltig. Die steigenden Anteile der Kapitaldeckung bei der Beamtenversorgung in Teilen des Bundes und der Länder sprechen dafür.

Zur Weiterentwicklung beider Systeme müssen Reformen auf den Weg gebracht werden, um das wettbewerbliche Nebeneinander fair und zukunftsgerecht zu gestalten. So ist der Ausbau von Selektivverträgen und der sektorenübergreifenden Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) im GKV-Bereich erforderlich. Parallel dazu bedarf es im PKV-Bereich mehr Wettbewerb durch einen Ausbau der Wechselmöglichkeiten mit einer Portabilität der Alterungsrückstellungen für Versicherte und eine Begrenzung der Provisions-Exzesse im Vertrieb von Krankenversicherungspolice. Die Wahlmöglichkeiten der Versicherten – beispielsweise durch eine Senkung der Versicherungspflichtgrenze – sind auszubauen.

Reform der GOÄ

Der Arztberuf ist ein freier Beruf und für einen solchen ist eine eigenständige Gebührenordnung (GOÄ) ein zentrales Element des beruflichen Selbstverständnisses. Was für Rechtsanwälte, Architekten und Steuerberater ganz selbstverständlich ist, wird bei den Ärzten seit über 20 Jahren verschleppt: die Reformierung und Aktualisierung der berufsständischen Gebührenordnung. Eine in weiten Teilen über 20 Jahre alte Gebührenordnung, die neue Leistungen in für Patienten nicht nachvollziehbaren Analog-Ziffern abrechnet, ist einem Berufs-

stand, der auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft behandelt, nicht mehr zumutbar. Selbstverständlich muss nach 20 Jahren auch eine Steigerung der Leistungsbewertungen vorgenommen werden. Die Bundesärztekammer ist nun, beauftragt durch den letzten Deutschen Ärztetag, gemeinsam mit den ärztlichen Berufsverbänden auf einem guten Weg, eine eigenständige Gebührenordnung zu entwickeln.

Die Politik wird aufgefordert, eine zeitnahe Novellierung der GOÄ an allen maßgeblichen Stellen in Bund und in den Ländern zu unterstützen.

Angebot zum Dialog

Politik und Ärzteschaft waren in der Vergangenheit oftmals in Konfrontation. Beide Seiten folgen dabei häufig Ritualen oder vermitteln durch ihr Auftreten Stärke und Durchsetzungswille. Dabei zeigt die Erfahrung, dass Fortschritt und Erkenntnisgewinn für beide Seite nur im Dialog zu erreichen sind. Aus diesem Grund unterstreichen wir die Bedeutung einer neuen Dialogkultur zwischen Politik und Ärzteschaft, bieten Ihnen Unterstützung und Information, wo es gewünscht wird, einen kritischen Dialog, wo Dissens herrscht und konstruktive Gespräche, wo konkrete Lösung erforderlich sind.

Berlin, im Mai 2017

NAV-Virchow-Bund,
Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V.
Chausseestraße 119 b, 10115 Berlin