

Thema: Eine Diskussion über gerechte, gesellschaftlich akzeptierte Regeln für die Verteilung von solidarisch finanzierten Gesundheitsleistungen hat der Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages angestoßen. Bei politisch vorgegebener Mangelversorgung soll ein Gesundheitsrat die zum Beispiel in Schweden praktizierte so genannte Priorisierung als Alternative zur bisher heimlich stattfindenden Rationierung prüfen. Dagegen sagt das Bundesgesundheitsministerium, dass es in Deutschland gar keine Rationierung gibt. **von Horst Schumacher**

Hoppe gibt der Debatte über heimliche Rationierung neue Fahrt



Der Präsident hat seine Eröffnungsrede zum 112. Deutschen Ärztetag beendet, und es hebt starker Beifall an. Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe hält es dennoch nur wenige Sekunden am Rednerpult in der Mainzer Rheingoldhalle, schon steigt er die Stufen der Tribüne hinab und strebt seinem Platz in der ersten Reihe zu. Als er sich gerade hinsetzen will, sagt ihm Vizepräsident Dr. Frank Ulrich Montgomery, dass er den formellen Satz zur Eröffnung des Ärztetages vergessen hat. Also macht Hoppe kehrt, und als er die Stufen zur Tribüne wieder hinaufsteigt, hat sich das Auditorium zu stehenden Ovationen erhoben.

Ein erstes Signal: Das Wagnis, das der Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages eingegangen ist, wird von den Ärztetagsdelegierten breit mitgetragen. Immerhin hatte Hoppe mit seinem Vorschlag, über eine Priorisierung von Gesundheitsleistungen in Deutschland zu diskutieren, eine kontroverse öffentliche Debatte ausgelöst und einiges riskiert: „Ich weiß, dass ich mit meinen Ausführungen zur Priorisierung ein Tabu gebrochen habe – und zwar das Tabu, das unbegrenzte Leistungsversprechen der Politik nicht in Frage zu stellen.“

Im Kern verfolgt Hoppe damit exakt den Kurs der vorigen Ärztetage, nur in verschärfter Fassung. So forderte er auch im Vorjahr in Ulm eine offene und ehrliche Diskussion über die heimliche Rationierung medizinischer Leistungen. Während die Ärztinnen und Ärzte dafür vor den Patienten geradestehen müssten, stehle sich die Politik aus der Verantwortung und tue so, als gebe es diese Rationierung nicht. „Wenn wir nicht mehr die ausreichenden Mittel für die Versor-

gung der Patienten bekommen, wenn also der jetzige Mangel von der Politik zementiert wird, dann müssen wir einfach offen und ehrlich darüber reden und zu einem gerechten Verteilungsmechanismus kommen“, sagte Hoppe in diesem Mai in Mainz.

Die Ärzteschaft ist gegen Rationierung

Nur der letzte Halbsatz war neu: Die Kritik an der heimlichen Rationierung hat Hoppe erstmals verbunden mit dem Vorschlag, über einen gerechten Verteilungsmechanismus zu diskutieren. Der Ärztepräsident rückte die daran geübte Kritik, dass nämlich angeblich die Ärzteschaft Rationierung zu Lasten der Patienten fordere, unmissverständlich zurecht: „Wir Ärztinnen und Ärzte in Deutschland wollen keine Rationierung, keine Streichung von medizinischen Leistungen, aber wir wollen auch nicht weiter für den staatlich verordneten Mangel in den Praxen und den Kliniken verantwortlich gemacht werden.“ Deshalb habe er das Thema zum jetzigen Zeitpunkt ganz bewusst angesprochen: „Ich will eine Diskussion provozieren, in der die Politik Farbe bekennen muss. Und ich will eine Diskussion in der Gesellschaft anstoßen, wie viel diese bereit ist, für Gesundheit auszugeben.“

Denn die Öffentlichkeit sei lange genug geblendet worden: Mit den Mitteln, die heute zur Verfügung stehen, ist nach Hoppes Überzeugung der medizinische Fortschritt zukünftig nicht mehr abzubilden – erst recht nicht in einer Gesellschaft des langen Lebens. Darüber sei eine Diskussion jetzt nötig „und nicht erst in 20 Jahren“. Hoppe: „Das ist es, was ich fordere, wenn ich von Priorisierung rede: den Mut, unbequeme Wahrheiten offen zu diskutieren. Und das ist es, was ich auch von der Politik erwarte: Sagen Sie den Menschen die Wahrheit, übernehmen Sie endlich Verantwortung und lassen Sie



Der rheinland-pfälzische Ministerpräsident **Kurt Beck** sagte bei der Ärztetagseröffnung, dass ein höherer Anteil für das Gesundheitswesen am Bruttoinlandsprodukt zurzeit nicht finanzierbar sei, auf längere Sicht aber wünschenswert. Er versprach, sich für zusätzliche Steuermittel einzusetzen. Foto: uma

uns Ärzte nicht länger im Regen stehen.“ Der richtige Umgang mit der Mittelknappheit werde zweifellos eine der wichtigsten Herausforderungen für das deutsche Gesundheitswesen in den nächsten Jahren. Wenn die Mangelverwaltung zum Dauerzustand werde, sei eine Auseinandersetzung mit der Priorisierung erforderlich.

Mehrstufige Rangreihe für Diagnostik und Therapie

Priorisierung bedeutet nach Hoppes Worten, dass in Diagnostik und Therapie im Rahmen der zur Verfügung stehenden Leistungsmöglichkeiten eine Auswahl zu treffen ist, welche Therapiemöglichkeiten für welche Patienten in Zukunft zur Verfügung stehen sollen – und worauf unter Umständen verzichtet werden muss: „Unter Priorisierung versteht man die ausdrückliche Feststellung einer Vorrangigkeit bestimmter Indikationen, Patientengruppen oder Verfahren vor anderen. Dabei entsteht eine mehrstufige Rangreihe, in der nicht nur Methoden, sondern auch Krankheitsfälle, Kranken- und Krankheitsgruppen, Versorgungsziele und vor allem Indikationen in einer Rangfolge angeordnet werden.“

Am Ende dieser Rangreihe fänden sich dann Verfahren wieder, die keine messbare Wirkung mehr haben. Die Rangfolge könne zum einen innerhalb eines bestimmten Versorgungsbereichs, etwa im Hinblick auf die Versorgung von Herzerkrankungen, gebildet werden – die so genannte vertikale Priorisierung. Möglich sei auch eine horizontale Priorisierung, bei der verschiedene Krankheitsgruppen oder Versorgungsziele in einen Kontext gestellt werden.

Schweden hat sich nach Hoppes Worten für eine Priorisierung entschieden, obwohl das Land rund neun Prozent des Bruttoinlandsprodukts für Gesundheitsversorgung ausgibt. Dagegen betragen die Ausgaben für die Gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland lediglich etwa 6,5 Prozent des Bruttoinlandsprodukts. „Und trotzdem wird erwartet, dass wir das unbegrenzte Leistungsversprechen der Politik tagtäglich erfüllen“, sagte Hoppe, „diesen zerstörerischen Widerspruch zwischen Anspruch und Wirklichkeit halten wir in der täglichen Praxis nicht länger aus – und die Stimmung ist inzwischen so, wir wollen ihn auch nicht länger aushalten!“

Priorisierung dagegen könne dazu beitragen, die knappen Mittel nach Kriterien, die in der Gesellschaft einvernehmlich festgelegt werden, möglichst gerecht zu verteilen. Hoppe: „Deshalb fordern wir die Errichtung eines Gesundheitsrates, in dem Ärzte gemeinsam mit Ethikern, Juristen, Gesundheitsökonomern, Theologen, Sozialwissenschaftlern und Patientenvertretern Empfehlungen für die Politik entwickeln, wie es zu einer gerechteren Verteilung der knappen Mittel kommen kann.“ Dabei gelte es, vernünftige Entscheidungen vorzubereiten, „die Letztverantwortung aber liegt bei der Politik“. Das bedeute allerdings nicht, dass Ärztinnen und Ärzte ihrer Verantwortung ledig würden, denn die Verantwortung für den einzelnen Patienten werde bei



Dr. Klaus Theo Schröder,
Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium:
„Von einer Unterfinanzierung oder einer Mangelverwaltung sind wir meilenweit entfernt.“

Foto: uma

ihnen bleiben. Daher sei es unabdingbar, dass für den einzelnen Arzt im begründeten Einzelfall abweichende Therapiemaßnahmen möglich bleiben müssten.

Staatssekretär Schröder: Es gibt keine Rationierung

Ganz anders als die Ärzteschaft beurteilt noch immer die Bundesregierung die Leistungsfähigkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung: „Unser solidarisches, selbstverwaltetes Gesundheitswesen gewährleistet, dass jeder, der eine medizinische Behandlung braucht, sie auch bekommt – und das auf dem Niveau des medizinischen Fortschritts und in einem Umfang, um den uns viele in der Welt beneiden.“ So sagte es der Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, Dr. Klaus Theo Schröder, bei seiner Rede in Mainz. Schröder vertrat Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt, die wegen eines Ministertreffens der G 7-Staaten mit Mexiko zur Schweinegrippe erstmals ihre Teilnahme am Deutschen Ärztetag abgesagt hatte. „Von einer Unterfinanzierung oder einer Mangelverwaltung sind wir meilenweit entfernt“, sagte Schröder, „es gibt in unserem Gesundheitssystem keine Form von Rationierung, wie glauben gemacht werden soll, aber noch sehr viel Potenzial für Effizienzverbesserungen.“

Die Ärzteschaft müsse akzeptieren, dass ihre Arbeit auch eine ökonomische Dimension habe. „Sonst verlieren wir unseren Anspruch auf eine dem Wohl aller Patienten verpflichtete Steuerung des Gesundheitswesens. Therapiefreiheit, die Sie zu Recht beanspruchen, hat eine Kehrseite, und das ist die Effizienz“, mahnte der Staatssekretär, „nur wenn wir mit den vorhandenen Ressourcen verantwortungsvoll umgehen, können auch in Zukunft – so wie heute und in der Vergangenheit – noch innovative und oft sehr teure Behandlungen schwerer Erkrankungen bezahlt werden.“

Schröder: „Es ist ganz klar: Wir alle wollen am medizinischen Fortschritt teilhaben, und nicht nur diejenigen, die eine ergänzende Privatversicherung abgeschlossen haben.“ Allerdings könne in einem System mit begrenzten Ressourcen auf eine Mengensteuerung nicht verzichtet werden. Der Staatssekretär sprach sich für „eine konsequente Bewertung des Nutzens und der Kosten von Therapien sowie eine stärkere Leitlinienorientierung“ aus. Mit Rationierung habe das nichts zu tun.

Weitere Informationen zum 112. Deutschen Ärztetag

www.baek.de,
www.aerzteblatt.de
Die traditionelle Umfrage des Rheinischen Ärzteblattes unter den nordrheinischen Delegierten und Berichte zu den weiteren Themen des Ärztetages erscheinen in unserer Juli-Ausgabe.
RhÄ

Prüfsteine für eine neue, vorausschauende Gesundheitspolitik

(in Auszügen – verabschiedet vom 112. Deutschen Ärztetag in Mainz)

Auf Basis seiner Grundsatzüberlegungen von Ulm 2008 stellt der Deutsche Ärztetag folgende Prüfsteine für eine neue, vorausschauende Gesundheitspolitik auf:

1. Stärkung des Selbstverwaltungsprinzips

... Die Dauerkrise unseres Gesundheitswesens wird nicht durch mehr Staat, sondern nur durch Förderung von Verantwortlichkeit bei allen Beteiligten des Gesundheitswesens überwunden werden ... Der Deutsche Ärztetag verlangt, die teils verdeckte, teils offene Destabilisierung der ärztlichen Selbstverwaltung in den Gesundheitsreformen der letzten Jahre endlich abzustellen ... Der Staat muss sich auf eine subsidiäre Rolle rückbesinnen und stabile Rahmenbedingungen für ein freiheitliches Gesundheitswesen gewährleisten, statt durch immer mehr Bürokratie die medizinische Versorgung zu blockieren.

2. Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten

Zur Förderung der individuellen Verantwortlichkeit zählt eine Übernahme von mehr Eigenverantwortung des Einzelnen für seine Gesundheit, unterstützt durch Angebote im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention ...

4. Ganzheitliche Wahrnehmung des Patienten und Wertschätzung ärztlicher Leistung

Der Deutsche Ärztetag fordert Rahmenbedingungen für eine zuwendungsintensive Medizin, damit die Patientinnen und Patienten nicht auf Symptome reduziert, sondern in der Ganzheit ihrer subjektiven Befindlichkeit und ihres Versorgungskontexts wahrgenommen werden können ...

5. Stärkung ärztlicher Freiberuflichkeit statt Kommerzialisierung

Das freiberufliche Selbstverständnis des Arztes, seine medizinisch-fachliche Weisungsunabhängigkeit und seine im ärztlichen Berufsethos und im ärztlichen Berufsrecht verankerte Verpflichtung zur Übernahme persönlicher Verantwortung für das Wohl der Patienten stellen den wirksamsten Patientenschutz dar. Dies gilt umso mehr, je mehr das Gesundheitswesen für Preiswettbewerb geöffnet und als austauschbarer Kapitalanlagemarkt entdeckt wird ...

6. Flächendeckende Sicherstellung der wohnortnahen ambulanten Versorgung

Der Deutsche Ärztetag betrachtet mit Sorge, dass die Patientenversorgung zunehmend Gegenstand rein kommerzieller Interessen zu werden droht und Kapitalgesellschaften vor allem niedergelassene Fachärzte verdrängen. Sollte diese Entwicklung so weitergehen, ... droht ... eine Standortselektion zulasten wirtschaftlich uninteressanter, strukturschwacher Regionen. Eine flächendeckende wohnortnahe haus- und fachärztliche Versorgung wird nur durch engagierte niedergelassene Ärztinnen und Ärzte aufrechtzuerhalten sein. Der Deutsche Ärztetag

fordert deshalb, ärztliche Freiberuflichkeit speziell in der ambulanten Versorgung strukturell zu unterstützen, zum Beispiel durch Förderung von MVZ in ärztlicher Trägerschaft.

7. Drohende Unterfinanzierung im stationären Bereich endlich beseitigen

Im stationären Bereich ist es dringend erforderlich, die Krankenhausfinanzierung mit dem Ziel einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen medizinischen Patientenversorgung zeitnah auf eine solide, zukunftsfähige Grundlage zu stellen. Auf diese maßgebliche Forderung der Ärzteschaft ist leider auch das erst Anfang des Jahres verabschiedete und in Kraft getretene Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHVG) eine klare Antwort schuldig geblieben. In Anbetracht der weiterhin enormen und die Versorgung gefährdenden Finanzierungslücken im stationären Sektor fordert der Deutsche Ärztetag nachdrücklich ein Finanzierungsprogramm, welches eine realistische Refinanzierung der Aufgaben – orientiert an den tatsächlichen Krankenhausleistungen – ermöglicht ...

8. Ärztekammern als Garanten für ärztliche Weiterbildung, Fortbildung und Qualitätssicherung statt sozialgesetzlicher Überregulierung

Durch den Gesetzgeber und die gemeinsame Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung sind zahlreiche zusätzliche Regelungen im SGB V im Hinblick auf die ärztliche Qualifikation geschaffen worden, die sich als bürokratisches Ärgernis und faktische Zugangsbarriere erweisen ... Der Deutsche Ärztetag stellt klar, dass die ärztliche Qualifikation und die Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung sich in erster Linie nach dem ärztlichen Berufsrecht ausrichten. Ärztliche Weiterbildung und Fortbildung sowie die Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung sind zentrale Regelungsinhalte des ärztlichen Berufsrechts und liegen in der Zuständigkeit der Ärztekammern ...

9. Konzentration des solidarisch finanzierten Leistungsangebots auf das originäre Leistungsversprechen

Mit begrenzten Mitteln kann kein unbegrenztes Leistungsversprechen finanziert werden. Der Leistungsumfang im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung muss auf ein seinen Grundsätzen – medizinisch notwendig, ausreichend und zweckmäßig – entsprechendes Maß zurückgeführt werden. Wellness-Angebote oder andere „Lockvogel“-Angebote mögen zwar dem Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen dienen, führen jedoch zu einer Überforderung des Solidarsystems.

10. Transparente Differenzierung des Versorgungsspektrums

Statt Zweckentfremdung von Solidarbeiträgen für Krankenkassenwettbewerb, Rationierung und Einführung von Zweiklassenmedizin, befürwortet der Deutsche Ärztetag eine transpa-

rente Differenzierung des Versorgungsspektrums in eine Regelversorgung, die den Grundsätzen der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht, sowie darauf aufbauende zusätzliche Versorgungsangebote. Die fakultativen, frei wählbaren Versorgungsangebote dürfen nicht aus den Solidarbeiträgen für die Regelversorgung quersubventioniert werden und setzen deshalb eine stärkere finanzielle Eigenbeteiligung der Versicherten voraus.

11. Stabiler Ordnungsrahmen für Sicherstellungsauftrag und Vertragswettbewerb

Die flächendeckende Sicherstellung der ambulanten Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen als Körperschaften des öffentlichen Rechts setzt einen stabilen Kollektivvertrag voraus ... Selektivverträge dürfen nur als Ergänzung und nicht als Konkurrenz zu den kollektivvertraglichen Regelungen konzipiert werden ...

12. Förderung transsektoraler Vernetzung

Der Deutsche Ärztetag spricht sich nachdrücklich für die Überwindung der Sektoralisierung des deutschen Gesundheitswesens unter Beibehaltung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ aus ... Dieses Strukturelement würde durch eine planlose Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen bedroht ...

13. Strukturelle Weiterentwicklung der GKV

... Der Deutsche Ärztetag fordert, den Gesundheitsfonds grundsätzlich neu zu überdenken. Die Krankenkassen sollten bis auf weiteres ihre Beitragssätze wieder selber festlegen können, um auf die Wirtschaftskrise flexibel und effizient reagieren zu können ... Eine Sanierung der in der Krise steckenden GKV zu Lasten der privaten Krankenversicherung (PKV) lehnt der Deutsche Ärztetag ab ...

14. Erhaltung der privaten Krankheitsvollversicherung

Der Deutsche Ärztetag lehnt eine „GKVisierung“ der PKV ab. Im Schatten einer Einheitsversorgung würde genau das entstehen, was durch die Koexistenz von GKV und PKV in Deutschland bislang vermieden werden konnte: Zweiklassenmedizin und graue Gesundheitsmärkte ...

15. Stärkung von Kostenerstattungsprinzip und GOÄ

Kostenerstattung fördert die Transparenz und stärkt die Eigenverantwortung der Versicherten. Der Deutsche Ärztetag spricht sich deshalb für eine stärkere Erprobung von sozialverträglichen Kostenerstattungs- und Selbstbehalttarifen in der GKV aus ... Der Deutsche Ärztetag fordert ein klares Bekenntnis der Politik und der PKV zur Neufassung der GOÄ auf Basis des Vorschlags der Bundesärztekammer. Eine Angleichung der GOÄ an den EBM wird strikt abgelehnt. ...

Im Wortlaut: www.baek.de
(Beschlussprotokoll des
112. Deutschen Ärztetages)