

C. Larisch & L. Wollring: Kommentar zur Berlin - Essener Resolution

Winkhausstrasse 1
45329 Essen

1. Wir fordern, die **freie Arztwahl** durch die Patientinnen und Patienten beizubehalten und die Unabhängigkeit und **Freiberuflichkeit der Ärzte** zu sichern.

Nur die freie Arztwahl des Patienten und ein von staatlicher Bevormundung unabhängiger Arzt sind imstande, ein humanes Gesundheitswesen zu gewährleisten.

Es geht nicht an, dass der Staat sich zum allmächtigen und destruktiven Regulator des gesamten Gesundheitswesens aufschwingt und Bürger wie Leistungserbringer in immer unzumutbarere Abhängigkeiten zwingt. Wenn die Freiberuflichkeit der Ärzte aufgegeben wird und Einheitskasse und Einheitsversorgung etabliert werden, dann entscheidet nur noch der bankrotte Staat - für ALLE - was notwendige, ausreichende und zweckmäßige Medizin ist. Das bedeutet Gleichheit in Unfreiheit auf niedrigstem Niveau.

Wir wollen, dass der Patient auch morgen noch in seiner für ihn erreichbaren Umgebung den Hausarzt und den Facharzt seines Vertrauens finden kann. Und dass er in diesen Praxen Hilfe und Zuwendung bekommt – und nicht im Sprechzimmer irgendeines anonymen oder abgelegenen Ambulatoriums ohne Alternative den Marionetten der vereinheitlichten Staatsmedizin gegenüber treten muss.

2. Wir fordern für unsere Klinikärzte international **konkurrenzfähige Gehälter**, die **Bezahlung aller Überstunden** und die **Anerkennung von Bereitschaftsdiensten** als vollwertige Arbeitszeiten.

Es ist unerträglich, wenn unbezahlte Mehrarbeit im Umfang von 50 Millionen Arbeitsstunden jährlich als selbstverständliches Einsparpotential einer unaufrichtigen und verfehlten Politik ständig fortgeschrieben wird.

3. Wir lehnen den uns von Politik und Kassen aufgezwungenen, überflüssigen und monströsen **Bürokratismus** ab. Er stiehlt uns die Zeit für die Patientenversorgung. Wir lassen uns nicht weiter zu Erfüllungsgehilfen einer staatlichen Rationierungsbürokratie degradieren.

Es ist Ausdruck einer ungeheuerlichen Fehlentwicklung, wenn Dokumentations- und Verwaltungsaufgaben mehr ärztliche Zeit beanspruchen als die Patientenversorgung. Der „Antrag auf Erteilung eines Antragformulars“ ist heute buchstäbliche (!) bittere Realität. Es ist unerträglich, wenn kontrollverliebte Bürokraten uns dies auch noch als „Qualitäts- und Effizienzsteigerung“ anpreisen wollen.

4. Wir fordern die **Sicherstellung einer wohnortnahen ambulanten Haus- und Fachärztlichen Versorgung** durch unabhängige Ärzte, eine Mindestvergütung auf Basis des versprochenen Punktwertes von 5,11 Cent, das **Ende der Budgetierung** ärztlicher Leistungen sowie den **Erhalt der privaten Krankenvollversicherung**.

Wenn den Ärzten – sowohl den angestellten wie auch den frei praktizierenden - im Durchschnitt 30% ihrer Leistungen nicht vergütet werden, wissend um die Ohnmacht, die ethischen Ansprüche und das Verantwortungsgefühl der Betroffenen, so handelt es sich nicht mehr um ein „innerärztliches Verteilungsproblem“, sondern um eine perfide „soziale Erpressung“ der Ärzteschaft und ihrer Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen durch den Staat.

Die Fortschritte der Medizin lassen sich schon seit Jahren nicht mehr aus den Einnahmen der gesetzlichen Krankenkassen finanzieren. Die einzig angemessene Vergütung medizinischer Leistungen erfolgt durch die privaten Krankenversicherungen, die so eine moderne Gesundheitsversorgung aller Bürger überhaupt erst ermöglichen. Die private Krankenversicherung ist somit der Garant dafür, dass den staatlich zwangsversicherten Patienten eine ausreichende, wirtschaftliche und zweckmäßige, am Stand der medizinischen

Wissenschaft orientierte Medizin überhaupt zur Verfügung steht. Der Vorwurf, Privatversicherte würden sich der sozialen Solidarität entziehen, ist daher völlig unzutreffend.

Die Abschaffung der privaten Krankenversicherung würde in Konsequenz bedeuten, die Versorgung aller Bürger auf ein Primitivmaß herabzustufen, dem sich nur noch eine winzige, sehr reiche Oberschicht wird entziehen können. Mit der Abschaffung der PKV würde eine staatlich diktierte Einheitsversorgung installiert, die die Gleichheit auf niedrigstem Niveau als oberstes Ziel hat.

Die Abschaffung der einzig wirklichen Alternative zu dem planwirtschaftlichen so genannten „Wettbewerb“ der gesetzlichen Krankenkassen ist und bleibt die privatwirtschaftlich organisierte private Kranken(voll)versicherung. Und nur an dieser Alternative kann die Leistungsfähigkeit oder die Unfähigkeit des einen oder anderen Systems festgestellt werden, mit den auf uns zukommenden Problemen fertig zu werden.

5. Wir sind gegen eine **staatlich diktierte Listenmedizin** und eine **auf Rationierung ausgerichtete Einheitsgebührenordnung mit staatlich diktierten Dumpingpreisen** – beides führt zu inakzeptablen Qualitätseinbußen in der Medizin.

Erzungen werden soll eine staatlich diktierte Listenmedizin, die Krankheiten und Behandlungen wie Industrieverfahren standardisieren will. Zudem auch noch unter unzulässiger Vereinnahmung des Begriffes „evidenzbasierte Medizin“ (EbM). Dies in völliger Unkenntnis sachgerecht praktizierter evidenzbasierter Medizin, deren Qualität bedingt ist durch die Integration externer Evidenz (aus systematischer Forschung) mit der (eigene ärztliche Erfahrungen voraussetzenden) individuellen klinischen Expertise. Kein Arzt, der auf eine relevante eigene klinische Erfahrung zurückgreifen kann, wird eine solche inhumane Listenmedizin gut heißen. Für den Patienten bedeutet sie das Ende der Menschlichkeit und Individualität der Medizin.

Die von der Gesundheitsministerin geplante Schaffung einer staatlichen Einheitsgebührenordnung für GKV und PKV – zudem ohne Beteiligung von Kammern und KVen – inklusive der künftigen Behandlungspflicht der Ärzte zu den neuen und stark herabgesetzten Einheitssätzen auch für Privatbehandlungen wird zu einem faktischen Verbot jedweder darin nicht benannten Medizin führen und uns zwingen, unsere Leistungspalette auf das staatlich vorgegebene Primitivmaß einzuschränken und unsere Leistungen zu nicht variierbaren Sätzen unter Missachtung ökonomischer Realitäten anzubieten. Besonders qualifizierte Leistungen sollen erst gar nicht mehr angeboten werden dürfen – das ist das Ende der Wahlfreiheit der Behandlung für Patient und Arzt.

Listenmedizin, Einheitskasse und Einheitsgebührenordnung – das ist das Ende der Würde. Das ist Staatsmedizin. Der politische Verkaufsslogan hierzu lautet: „soziale Gerechtigkeit“.

Schon der „Erfinder“ der Evidence based Medicine (EbM), David L. Sackett, ahnte 1996: *„Manche fürchten auch, daß die EbM von Einkäufern von Gesundheitsleistungen und von Managern "gekidnappt" wird, um die Kosten der Krankenversorgung zu reduzieren. Das wäre nicht nur ein Mißbrauch des Konzeptes, sondern auch ein fundamentales Mißverständnis der finanziellen Konsequenzen.“* Es reicht eben nicht, nur um das Krankenbett herumzustehen und Gesundheitsökonomie zu betreiben.

Die Gesellschaft hat die Entscheidung über die Qualität der EbM an die Ärzteschaft delegiert – dafür wurden die Ärzte ausgebildet. In einem der längsten Ausbildungsgänge, den unsere Gesellschaft kennt. Die Ärzteschaft ist aufgefordert, dieses Mandat für ihre Patienten wahrzunehmen – gegen die Verantwortungsamateure insbesondere aus der Politik, die eine adäquate Patientenversorgung weitab vom Krankenbett bewerten.

6. Wir fordern von der Politik endlich öffentliche **Ehrlichkeit** und eine **Stützung des Vertrauensverhältnisses zwischen Patient und Arzt**. Für Rationierungen sollen diejenigen einstehen und sich verantworten, die meinen, sie anordnen zu müssen.

Versprochen wurde eine neue Gebührenordnung (EBM 2000plus) mit festem Punktwert. Sie wurde betriebswirtschaftlich unter äußerst optimistischen Annahmen kalkuliert hin auf eine Honorierung entsprechend einem Oberarztgehalt an einer Klinik, unter Voraussetzung eines Punktwertes von 5,11 Cent. Trotz mehrfacher Abwertung der Leistungen wurde offensichtlich, dass die Vertragsärzte (schon seit Jahren) völlig unterbezahlt wurden. Es stand zu befürchten, dass die Ärzteschaft ihre Leistungsbereitschaft dieser jetzt quantifizierbaren Unterbezahlung

anpassen würde. Mit Brief vom 22.10.04 hat daher der - von der AOK direkt ins Ministerium entsandte - Leiter der "Abteilung GKV + Pflegeversicherung" im Gesundheitsministerium, Herr Knieps, den in der Selbstverwaltung hierfür verantwortlichen Bewertungsausschuss angewiesen, dass er „... alle Vorkehrungen zu treffen habe, um negative Auswirkungen der Regelungen [des neuen EBM] auf die Versorgung der Versicherten zu verhindern.“ Hierdurch war der feste Punktwert auf direkte Weisung des Ministeriums hin gestorben, weil selbst unter den stark herabgesetzten Preisen die Leistungsmenge weit höher war als das hierfür zur Verfügung stehende Honorarvolumen. Und folglich wurde und wird den Vertragsärzten der versprochene Arztlohn nirgendwo gezahlt, dieser Umstand aber kaltschnäuzig der Selbstverwaltung zugeschoben, die doch nur die Befehle aus dem Ministerium zu exekutieren hatte.

Eine der wesentlichsten und von der Politik gewollten Veränderung durch das GMG 2004 ist, wie im Umfeld der Ministerin betont wird, die Entstehung von Angestellten-Strukturen im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung. Denn der angestellte Arzt – sofern ihm die Alternative der Freiberuflichkeit genommen wird – scheint weit besser als der (noch existierende) freiberuflich tätige Arzt dirigierbar. Der angestellte Arzt - als Substitut des freiberuflichen Vertragsarztes - wird als ideal geeignet angesehen, Rationierungen umzusetzen und zu verschleiern. Die besondere Leistungsintensität des selbständigen und freiberuflichen Arztes im Bemühen um eine optimale Patientenversorgung wird als kostentreibender Störfaktor angesehen, der der gewollten Rationierung und Verheimlichung derselben im Wege steht und daher aus dem System beseitigt werden soll.

Statt die Wahrheit darüber zu sagen, dass durch die staatlichen Umlagesysteme in Zukunft nur noch ein Kernbereich zwingend notwendiger Daseinsvorsorge bezahlbar sein wird und alles darüber Hinausgehende dem Privatbereich zuzurechnen ist, sollen kassengesteuerte Marionettenärzte den Bürgern den rationierten Einheitsbrei als „Spitzenmedizin für alle“ verkaufen. „Wes Brot ich ess, des Lied ich sing“. Und das, was nicht bezahlt wird, soll auch nicht mehr notwendig sein. Davor soll der unmündige Bürger geschützt werden, das gehört am besten verboten, und vor allem gehört es verschwiegen.

Die bekannte Lücke zwischen dem Notwendigen und dem Optimalen wird endlich geschlossen: die Möglichkeiten werden schlicht FÜR ALLE auf das Notwendigste reduziert. Das ist Rationierung auf dem Niveau des Kommunistischen Bundes Westdeutschlands (KBW), dem früheren Betätigungsfeld unserer Gesundheitsministerin (Bundestagskandidatur von Ulla Schmidt für den KBW 1976). Gleichheit und Entmündigung statt Freiheit und Eigenverantwortung.

7. Wir lehnen jede **Koppelung des Ordnungsverhaltens der Ärzte an ihre Vergütung** ab. Bonus-Malus-Regelungen sind unmoralische Angebote und dienen nur dem Zweck, die **staatlich gewollte heimliche Rationierung** unter Demontage der ärztlichen Integrität am Patienten zu vollstrecken.

Die den Ärzten von Politik und Kassen aufgedrückten Sparzwänge soll die Ärzteschaft umsetzen. Während jene Akteure vollmundige Versprechungen nach dem Muster abgeben „Alles Notwenige wird bezahlt“, will man die Zeche dafür nicht zahlen. Für die fachliche Qualität bleibt der Arzt verantwortlich, aber ihm werden die Instrumente aus der Hand geschlagen, mit denen allein diese Qualität auch umgesetzt werden kann. Das ist so perfide und unethisch, dass es keiner weiteren Kommentierung bedarf.

8. Wir lehnen jede **Abwälzung des Morbiditätsrisikos** sowie der **Mehrkosten medizinischer Innovationen** unserer alternden Gesellschaft auf die Ärzte ab.

Über viele Jahre ist dies durch die Ärzteschaft hingenommen worden. Nun ist die Grenze des Zumutbaren überschritten. Versprochen war die Übernahme des Morbiditätsrisikos durch die Kassen für 2007. Die gesetzliche Regelung wurde kürzlich wieder aufgehoben. Was – aufgrund der bekannten Ehrlichkeit (s.o.) – zu erwarten war.

So werden weiter die Kosten für den Fortschritt der Medizin und für die Krankheitszunahme unserer alternden Gesellschaft von der Vergütung unserer vertragsärztlichen Leistungen abgezogen. Der hierfür erforderliche Mehraufwand entwertet laufend die ärztliche Arbeit. So, als müsse ein PKW mit allen Neuerungen der letzten Jahre zum Listenpreis der 80er Jahre angeboten werden. Der reale Punktwertverfall ärztlicher Leistungen seit Einführung des unseligen Punktesystems beläuft sich auf etwa 75%, d.h. die gleiche Leistung wird heute zu 25% der Realwerte jener Zeit erbracht – bis in den Bankrott hinein. Der Gesamtanteil der Honorare für ambulante ärztliche Behandlung an den Gesamtausgaben der GKV, früher einmal

bei 20%, liegt jetzt nur noch bei etwa 14%. Zugleich werden über 80% aller ambulanten Leistungen in diesen Praxen erbracht.

9. Wir lehnen die Einführung der "**Elektronischen Gesundheitskarte**" ab, so lange die Unverletzlichkeit der Patientendaten nicht gesichert ist und so lange keine nachvollziehbare Kosten-Nutzen-Analyse vorliegt. Wer den wirtschaftlichen Nutzen an der „eCard“ hat, soll auch deren Kosten tragen.

Die eCard zeigt angesichts unserer eigenen bereits vorhandenen Dokumentations- und Kommunikationsmöglichkeiten keine bisher erkennbare relevante Option zur Verbesserung der ärztlichen Patientenversorgung. Ihre Missbrauchsmöglichkeiten dagegen sind durch die geplante Datenerfassung und Datenablage auf Zentralservern so gewaltig und die möglichen unumkehrbaren negativen Konsequenzen für die Patienten so bedeutend, dass aus Sicht der Ärzteschaft der mögliche Nutzen für die Gesundheitsversorgung keine ausreichende Rechtfertigung für die Etablierung der eCard darstellt.

Unabhängig davon steht die Kostenfrage. Es werden Gesamtkosten von zwischen 4 und 8 Milliarden Euro für die Einführung der eCard genannt, denen bisher keinerlei nachgewiesene Einsparungen oder Effizienzgewinne in annähernd ähnlicher Höhe gegenüberstehen. Eine herkömmliche Rezeptsignatur dauert 3 Sekunden. Ein „e-Rezept“ mit Servereinwahl derzeit minimal 90 Sekunden. Bei 80 zu zeichnenden Rezepten täglich entsteht ein Mehraufwand je Praxis von fast 2 Stunden täglich. Wer soll das bezahlen?

Wer den Nutzen der eCard geltend macht, wird diesen Nutzen im Sinne der Patientenversorgung plausibel darzustellen haben. Wer einen nachweisbaren wirtschaftlichen Vorteil hat, soll die Kosten der eCard tragen! Die Ärzte werden das nicht sein.

10. Wir fordern den Wechsel zum **Kostenerstattungsprinzip** im deutschen Gesundheitswesen, damit für Patient und Arzt Transparenz hergestellt wird und der Arzt wieder ausschließlich Anwalt seiner Patienten sein kann.

Möchten Sie einen Pflichtverteidiger staatlich zugewiesen bekommen oder Ihren Anwalt frei gemäß Ihrem Vertrauen auswählen, der Ihre Interessen vertritt?

Kostenerstattung - wie das? Der Versicherte bezahlt beim Arztbesuch. Für die Leistung, nach einer vorab bekannten Gebührenordnung in Euro und Cent. Mit seiner Rechnung geht er zu seiner Krankenkasse. Die erstattet je nach Tarif einen Teil oder alles. Da braucht man manches nicht mehr. Kein Punkt- oder Quotenverfall. Keine gefälschten Versicherungskarten zu unseren Lasten. Keine eCard. Keine fortwährende Verletzung von Datenschutzrechten. Keine Budgets. Keine Regresse. Keine Diskussion über Politik und gewollte Einschränkungen in der Praxis.

Die Krankenkasse kann auch viel besser erklären, warum sie was wie oder auch nicht erstattet und welche Medikamentenverordnung sie für nicht notwendig hält. Die schaffen das. Und das sichert ja auch die Arbeitsplätze. Schließlich arbeiten bei den Kassen mehr Mitarbeiter als in allen Praxen zusammen. Und das macht auch vertraut mit der Übernahme des Morbiditätsrisikos, das ja ab 2007 ohnehin bei den Kassen liegen sollte.

Nur die Prinzipien der Kostenerstattung und der Freiberuflichkeit der Ärzteschaft sichern die elementaren Bürgerrechte nach Selbstbestimmung im Gesundheitsbereich.

In unserer Demokratie müssen alle Bürgerinnen und Bürger als mündig und selbstverantwortlich ernst genommen werden. Dazu gehört notwendig die Freiheit, über den Umfang der eigenen Gesundheitsversorgung frei von Bevormundung durch Staat oder Kostenträger selbst und eigenverantwortlich bestimmen zu dürfen.