

Dr. Ludger Wollring
Winkhausstraße 1
45329 Essen

04. Oktober 2006

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

zur aktuellen Lage der sogenannten Reform der Gesundheitspolitik habe ich im folgenden den einsehbaren Diskussionsstand zusammengetragen. Vielleicht findet sich darin für einige unter Ihnen etwas Neues.

„Es ist die Aufgabe der Opposition, die Regierung abzuschminken, während die Vorstellung noch läuft.“

(Jacques Chirac)

„Zuviel DDR in der Gesundheitsreform.“ Zu diesem richtigen Ergebnis kommt MdB Westerwelle. Leider ist der Einfluss der FDP auf die Gesundheitsministerin (derzeit) gering. Die Medienwirkung ist aber positiv.

Andere Gruppierungen - nicht nur rein ärztliche - kommen zu ähnlichen Stellungnahmen. Insbesondere interessant ist die Gesundheitskommission der CDU/CSU-Mittelstands- und Wirtschaftsvereinigung (MIT). Diese „gesundheitspolitische Denkfabrik“ setzt in Berlin deutliche (und lesenswerte) Kontrapunkte zu den Verlautbarungen aus dem Hause von Frau Schmidt. Die Kommission leistet wesentliche Unterstützung für die Abgeordneten und für deren gesundheitspolitischen Diskussion innerhalb der Koalition, die durch die knappen Mehrheitsverhältnisse und die SPD-Zuständigkeit für das Gesundheitsressort sehr erschwert ist.

Die rund 25 Mitglieder der Kommission, darunter Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und Zahntechniker sowie Abgeordnete aus der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Justitiare und leitende Angestellte von Organisationen im Gesundheitswesen, haben schon früh, deutlich und detailliert Stellung bezogen und ihre Anliegen mit den in Berlin ansässigen Mandats- bzw. Entscheidungsträgern erörtert.

Unsere Anliegen sind hierbei mit eingegangen.

Schon am 6.3.2006 hat diese Kommission in ihrem umfangreichen Positionspapier nicht nur klar für die Förderung der Freiberuflichkeit sondern auch für den Wechsel zur Kostenerstattung (bzw. Direktabrechnung) votiert. Viele Verbände und auch berufsständische Organisationen haben hier deutlich länger gebraucht und lassen z.T. bis heute eine klare gesundheitspolitische Positionierung vermissen. Zu Recht wurde lange in Berlin darauf hingewiesen, dass man sich über die „träge bzw. schwache Reaktion der Ärzteschaft auf die gesundheitspolitische Entwicklung“ wundere.

Dies hat sich nach einigen Protesten etwas geändert. Die großteils unvehemente und wenig dezierte Artikulation unserer „Redner“ hat leider den Protesten vielfach die Spitze genommen und die Chance der Auseinandersetzung mit der Ideologie des BMG wurde kaum genutzt.

Inzwischen hat das Ministerium mit seinen Entwürfen ein „beachtliches Szenario“ aufgebaut, das nun auch ein deutliches Presse-Echo findet. Wesentlich sind folgende Veröffentlichungen:

„Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006“ – Bundesregierung – 4. Juli 2006 - 54 Seiten

<http://www.bmg.bund.de> oder

zur Gesundheitspolitik Oktober 2006

http://www.essener-resolution.de/Gesundheitspolitik/pdf/pdf_041006/BMG_EckPKT_20060704.pdf

„Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – **GKV-WSG**)“ – BMG – 486 Seiten – 25. September 2006 – hierbei handelt es sich um den „3. Arbeitsentwurf“ – „noch nicht mit der Leitung abgestimmt“
http://www.essener-resolution.de/Gesundheitspolitik/pdf/pdf_041006/BMG_GKV-WSG-3_20060925.pdf

„2. Entwurf der Bundesregierung zum Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG – **VÄG**)“ – vom 30. August 2006 - 44 Seiten
<http://dip.bundestag.de/btd/16/024/1602474.pdf#search=%22bundestagsdrucksache%2016%2F2474%22> oder
http://www.essener-resolution.de/Gesundheitspolitik/pdf/pdf_041006/BMG_VAEG-2_20060830.pdf

„Referentenentwurf des Bundesministeriums der Justiz zur Reform des Versicherungsvertragsrechts (**VVG**)“ – 13. März 2006 – 124 Seiten
<http://www.anwaltverein.de/01/depesche/texte06/vers.pdf> oder
http://www.essener-resolution.de/Gesundheitspolitik/pdf/pdf_041006/BMJ_VVG-RefEntw_20060313.pdf

Die vorgenannten Veröffentlichungen sind recht umfangreich. Eine Synopse der Arbeitsentwürfe zum WSG finden Sie unter http://www.zahn-forum.de/zi/zi.nsf/docs/s10000_zf (6. Menüpunkt - 694 Seiten). Der Zugang mag aber manchem Leser mit Hilfe eines Positionspapiers bzw. strukturierten Kommentars leichter fallen. Hierzu bieten sich die erfrischend klarstellenden und sachkundig analysierenden Stellungnahmen der MIT an, die erfreulicherweise in Berlin wie auch in den Medien vernommen werden - und hoffentlich in einigen Köpfen Wirkung entfalten:

„Gesundheit für Deutschland“ – Positionierung d. MIT / Kommission Gesundheitspolitik – 6. März 2006 – 7 Seiten
http://www.mittelstand-deutschland.de/05-politik_publik.htm oder
http://www.essener-resolution.de/Gesundheitspolitik/pdf/pdf_041006/MIT_PosGes_20060306.pdf

„Positionierung der MIT zu den Eckpunkten“ – MIT – 23. September 2006 (Veröffentlichungsfreigabe 04.10.2006 – Exzerpt s.u.) – 10 Seiten
http://www.essener-resolution.de/Gesundheitspolitik/pdf/pdf_041006/MIT_zuEckPKT_20060923.pdf

Stellungnahme d. MIT / Kommission Gesundheitspolitik vom 22. September 2006 zum Entwurf der Bundesregierung zum Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG – VÄG) – 5 Seiten
<http://www.essener-resolution.de/Gesundheitspolitik/pdf/MIT%20StellungVaeend.pdf>

Stellungnahme d. MIT / Kommission Gesundheitspolitik vom 22. September 2006 zur Reform des Versicherungsvertragsrechts
VVG-Referentenentwurf des Bundesministeriums der Justiz – 4 Seiten
http://www.essener-resolution.de/Gesundheitspolitik/pdf/pdf_041006/MIT_zuVVG_20060922.pdf

Auch die Bundesärztekammer hat zu den oben genannten Veröffentlichungen des BMG bzw. der Koalition Stellung bezogen:

Bundesärztekammer – „Berlin aktuell“ – Analyse und Info („nach kursorischer Durchsicht“) zum 1. Entwurf des GKV-WSG – 24.8.2006 – 9 Seiten
http://www.essener-resolution.de/Gesundheitspolitik/pdf/pdf_041006/BAEK_zuWSG-1_20060824.pdf

Bundesärztekammer – „Berlin aktuell“ – Info („nach kursorischer Durchsicht“) zum 2. Entwurf des GKV-WSG – 5.9.2006 - 4 Seiten
http://www.essener-resolution.de/Gesundheitspolitik/pdf/pdf_041006/BAEK_zuWSG-2_20060905.pdf

Bundesärztekammer – „Berlin aktuell“ – Analyse zur Angleichung PKV-GKV – 24.8.2006 – 2 Seiten

http://www.essener-resolution.de/Gesundheitspolitik/pdf/pdf_041006/BAEK_zuPKV_20060824.pdf

Prof. Dr. Hoppe – Schreiben BÄK an BMG – Stellungnahme / Einschätzung zu den Eckpunkten – 28.7.2006 – 6 Seiten

http://www.essener-resolution.de/Gesundheitspolitik/pdf/pdf_041006/BAEK_Hoppe_zuEckPKT_20060728.pdf

So lesenswert die Analysen der BÄK und der MIT sind, der Einfluss auf z.B. das Eckpunktepapier bzw. Gesetzesentwürfe ist offensichtlich so gering ausgefallen, dass die gewaltigen Differenzen die Kommission zu einer deutlichen und differenzierten Abgrenzung ihrer Position von diesen Eckpunkten veranlassten. Sie bewertet u.a. die Eckpunkte-Effekte:

Zum Thema **Gesundheitsfonds:**

[Eigene Forderung: „Eine lohnunabhängige, solidarische, demografiefeste und wettbewerbsfreundliche Finanzierung.“]

„Stattdessen schlägt die Bundesregierung einen so genannten Gesundheitsfonds vor, der für jeden Versicherten einen gleichen Betrag - ergänzt um „risikoadjustierte Zuweisungen“ (Eckpunkte, zu 15) - an die gesetzlichen Krankenkassen auszahlt.

Es bleibt im Wesentlichen bei der Koppelung der Beiträge an die Löhne, lediglich mit der Maßgabe, dass diese „gesetzlich fixiert“ werden.

Die Beitragsbelastung der Versicherten (mit bereits heute geleistetem „Sonderbeitrag“ in Höhe von 0,9 Prozent) soll weiter steigen, wobei jetzt bereits erkennbar ist, dass die angekündigten 0,5 Prozent Beitragspunkte insbesondere bei verschuldeten Kassen nicht ausreichend sein werden, um die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung auch nur mittelfristig zu stabilisieren.

Die beabsichtigte beitragsfreie Mitversicherung von Kindern erfordert einen weiteren Finanzbedarf, der bei ca. 16 Mrd. EURO liegt; rätselhaft bleibt, wie der Einstieg in die beitragsfreie Kinderversicherung mit einem angekündigten Bundeszuschuss in Höhe von 1,5 Milliarden EURO (bis 2009: 3 Mrd. EURO) auch nur halbwegs gelingen soll. Es fehlt eine verlässliche Aussage, wie zukünftig nötige Anpassungen garantiert sind.

Auch wenn anzunehmen ist, dass dieser Gesundheitsfonds die einzige koalitionspolitische Kompromissmöglichkeit ist, so wäre es doch sinnvoller und wettbewerbsfreundlicher, wenn die Versicherten diese in Eurobeträgen zu beziffernde Pauschalprämie direkt an die Krankenkassen abführten.“

Zum Thema **Freiberuflichkeit:**

[Eigene Forderung: „Wann immer möglich, ist die Leistungserbringung durch freiberuflich tätige Heilberufe zu fördern. Freiberuflich tätige Heilberufler verantworten unmittelbar und persönlich für die Erbringung einer optimalen Gesundheitsleistung.“]

„Die Bundesregierung geht davon aus, dass durch die Umsetzung ihrer Eckpunkte „die Leistungssteuerung verbessert“ wird. Offensichtlich hat sich hier die SPD mit ihrem Leitbild eines staatlich dirigierte[n] Gesundheitssystem[s] bereits sehr weit durchgesetzt.

Verfassungsrechtlich höchst bedenklich ist die in einem ersten Arbeitsentwurf für das GKVWSG (wie allerdings auch im Koalitionsvertrag) enthaltene Behandlungsgebot für privat Versicherte. Der Gesetzgeber greift damit in das grundgesetzliche geschützte Recht der freien Berufsausübung ein, Art. 12 Abs. 1 GG.“

Zum Thema **Kostentransparenz / KE / Direktabrechnung:**

[Eigene Forderung: „Ein wichtiges Steuerungsinstrument in der Krankenversicherung ist die Schaffung von Kostentransparenz für die Versicherten. Dies wird für alle Beteiligten durch einen konsequenten Wechsel vom Sachleistungs- zum Kostenerstattungsprinzip erreicht...“]

„Es gibt nur eine unverbindliche Absichtserklärung im Hinblick auf die Erhöhung der Transparenz, unterschiedliche Auffassungen der Koalitionspartner konnten im Eckpunktepapier nicht zusammen geführt werden.

Auf jeden Fall müssen sowohl Patient als auch Leistungsträger für Teilgebiete in zeitlich überschaubarem Rahmen ohne bürokratische Einschränkungen Kostenerstattung wählen dürfen, die auch für Behandlungen durch Heilberufe gilt, die nicht kollektivvertraglich gebunden sind.“

Aus dem Fazit der MIT zum Eckpunktepapier:

„Die sogenannten Eckpunkte sind enttäuschend wenig geeignet, Eigenverantwortung, Qualität und Wettbewerb im Gesundheitswesen zu stärken. Die darin beschriebene Politik negiert die Potentiale des Gesundheitswesens, welche zu einem nachhaltigen Wachstum der deutschen Wirtschaft im internationalen Wettbewerb führen könnten.“

Es sei zu befürchten, „dass in der konkreten Ausformulierung durch die Ministerialbürokratie die Tendenz zur Umsetzung eines staatsdirigistischen Systems die Oberhand gewinnt.“

„Der Gesundheitsmarkt in Deutschland wird weiter reguliert und bürokratisiert. Freiberufliche und mittelständische Strukturen werden offen in Frage gestellt. Strukturen sollen sowohl auf Seiten der Leistungsträger wie auch der Kostenträger in Richtung eines zentral gesteuerten Gesundheitswesens verändert werden. Auf diese Weise wird der Weg in Richtung standardisierter Behandlung zu Einheitspreisen geebnet.“

„Die Finanzierung von Gesundheitsleistungen über einen Gesundheitsfonds bedeutet einen weiteren Schritt in Richtung Einheitsversicherung und zugleich den Auf- bzw. Ausbau (im Falle der Übernahme dieser Funktion durch eine bereits bestehende Bundesbehörde) einer neuen bürokratischen Institution.“

„Der zu begrüßende Erhalt der Privaten Krankenversicherung wird (von der Union) teuer erkaufte, wenn durch einheitliche Gebühren für gesetzlich wie privat Versicherte Leistungsanreize entfallen und Leistungsunterschiede bald nicht mehr feststellbar sein werden.“

Meine persönlich Stellungnahme zum Thema Kostenerstattung bzw. Direktabrechnung geht, wie Sie aus meinem Rundschreiben vom Dezember 2005 wissen, noch viel deutlicher in Richtung Direktabrechnung (<http://www.buendnis-direktabrechnung.de>). Gerade für den ambulanten Versorgungsbereich wird man sich den diesbezüglich positiven Erfahrungen aus anderen europäischen Ländern auf Dauer nicht verschließen können.

Die Stellungnahmen und Analysen der BÄK, der MIT und der Postings auf facharzt.de etc. sind sehr begrüßenswert. Es wäre wünschenswert, dass die Qualität solcher Verlautbarungen auch Eingang in die Qualität der Entscheidungen zur Gesundheitspolitik findet. Dies ist offensichtlich nicht der Fall und dies scheint allen Beteiligten auch bewusst zu sein. Die an Ministerpräsident Oettinger gerichtete Frage, ob es dann nicht besser sei die Arbeit an der Gesundheitsreform einzustellen, erhielt die Antwort: „Aus fachlicher Sicht und für die Gesellschaft wäre es vielleicht das beste, aber nicht für die Union.“ Hinzu kommt die Kritik mehrerer Ministerpräsidenten, dass der 3. Arbeitsentwurf zum GKV-WSG nicht einmal die (offenbar „so nicht vereinbarten“) Eckpunkte ausreichend berücksichtige. Realisiert wird auch, dass die föderalen Kompetenzen - z.B. im Bereich der Bedarfsplanung, der Qualitätssicherung und der Weiterbildung - durch den Entwurf des BMG zum GKV-WSG unterlaufen werden.

Immerhin hat auch das Thema eCard inzwischen Eingang in die Berliner Diskussionsrunden gefunden. Und unsere Bedenken finden dort aufmerksame Zuhörer. Möge es nützen.

Mein Eindruck ist: wir wurden und werden in Berlin gehört, man hat uns auch vollumfänglich verstanden, wir haben sogar eine spürbare Lobby – aber es steckt soviel rein machtpolitisches Kalkül und „DDR“ in der Gesundheitsreform, dass die Ärzteschaft in diesem Prozess mit ihren bisherigen Strategien und vernunftorientierten Diskussionen und Beiträgen keinen hinreichend relevanten Einfluss entfalten konnte.

Und ein Systemausstieg? Hierzu möchte ich den Mit-Initiator und -Autor der Berlin-Essener Resolution [Christoph Larisch, Augenarzt in Duisburg] zitieren:

„Die Systemaussteiger aus unserem Lager dagegen stellen sich vor, dass nach Abschaffung der KVen der Patient sich aussucht, wo er hinget und was er bezahlt und dann das wiederbekommt, was die Kasse zahlen will. Sie setzen Abschaffung der KV mit Einführung der Direktabrechnung gleich. Diese Erwartung halte ich für naiv, ja für Nonsens.

Ich erinnere daran, dass auch die GKV-Kassen KdÖR sind. Dies schafft erhebliche rechtliche Vorteile. Für sie gilt insbesondere nicht das Kartellrecht. Ich kann nur immer wiederholen: die Abschaffung der KV ohne Abschaffung des KdÖR-Status der Kassen bringt uns nicht weiter.

Ich sage dies mit Bauchschmerzen und bin unverändert der Meinung, dass die Korruption durch Macht und persönliches wirtschaftliches Wohlergehen gerade im Zentrum vieler etablierter Organisationen ein derartiges Maß angenommen hat, dass die Umwandlung der eigentlich von uns gewählten Organe zu echten Dienstleistern für die Ärzte, selbst ungeachtet der rechtlichen Zwänge, leider als Illusion anzusehen ist. Es fehlen die schlagkräftigen Parallelstrukturen, die geeignet sind, die ärztlichen Interessen wirtschaftlich absolut professionell und zielgerichtet zu vertreten. Diese aufzubauen hat allerhöchste Priorität.“

So möge die Lektüre der vorgenannten Artikel zumindest dazu geeignet sein den Blick zu schärfen für die wahrscheinlich eintretenden enormen Veränderungen in unserem beruflichen Umfeld.

Womit müssen wir rechnen? Mit allem, was wir schon vor 10 Monaten befürchteten:

Entmachtung der Ärzteschaft und insbesondere der Vertragsärzteschaft und ihrer verfassten Organe - gegen unsere Interessen – u.a. durch Zentralisierung der Zuständigkeiten beim neuen GBA und durch willkürliche Einzelvertragsgestaltung mit konsekutiver Reduktion der Gesamtvergütung;

Staatsmedizin durch beim BMG angesiedelte und vom BMG allein besetzte hauptamtliche Gremien (als Ersatz für den bisherigen G-BA);

Staatlich diktierte Dumpinghonorare;

Öffnung der Kliniken (Ambulanzen) mit dauerhafter Steuersubventionierung im „Wettbewerb“ mit den Niedergelassenen, die volles Risiko tragen und nur eigenes Geld einsetzen;

Chancenungleiche Bevorzugung der MVZ;

Angleichung der Honorare PKV an GKV;

Verschnürte Budgetierung auf allen Ebenen, schlimmer denn je.

Um einige Details des vorgenannten konkret zu fassen möchte ich Sie exemplarisch auf folgende Punkte des 3. Arbeitsentwurfes des GKV-WSG aufmerksam machen.

Seite 56/57 zu § 91 neuer Absatz 11 : Das **BMG kann künftig** ohne Zustimmung des Bundesrates alle **Einzelheiten regeln zum** neu gestalteten Beschlussgremium des „**neuen G-BA**“: Stellung, Funktion, Vergütung, Organisation und Verfahren der Entscheidungen und Zusammenarbeit mit anderen Gremien. Dem kommt besondere Bedeutung zu weil der Aufgaben- und Zuständigkeitsbereich dieses neuen Gremiums gewaltig erweitert wird. Er ist künftig **zuständig für die Qualitätssicherung** (siehe Seite 57 §92 b sowie Seite 70/71 §115b a) bb) neuer Satz 3 sowie Seite 82 §132a sowie §137) (hier lesenswert „der G-BA bestimmt für die vertragsärztliche Versorgung die Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen...“ (§137 Absatz 1 Satz 2) **und die Behandlungsleitlinien**, die bisher immer noch von den Fachverbänden gestaltet wurden. Er beschließt auch über **Umfang und Inhalt der Fortbildung** der Fachärzte an den Kliniken (§137 Absatz 3) (bisherige Zuständigkeit Ärztekammer). Für die Umsetzung der Qualitätssicherungsmaßnahmen wird der neue G-BA ein Institut beauftragen (z.B. das von Frau oder Herrn Lauterbach, in dem gerade der frisch zum Professor berufene ehemalige Chef der Barmer Ersatzkasse tätig geworden ist?) (Seite 85/86 §137a), dessen **Zuständigkeit sektorenübergreifend** sein wird und dem wir alle für die QS erforderlichen Daten zur Verfügung zu stellen haben werden. Seite 90 §139a regelt den Bezug zu den Standards der evidenzbasierten Medizin, die hierdurch gesichert werden soll. Ich empfehle hierzu die Lektüre des Erfinders der evidenzbasierten Medizin, David Sackett, der vorausschauend vor dem Missbrauch des von ihm kreierten Begriffes gewarnt hat.

Die vorgenannten Regelungen implizieren („sektorenübergreifend“), dass damit zu rechnen ist, dass auch bei den **Anforderungen an operative Einrichtungen** die bisherigen Unterschiede für Krankenhäusern und ambulante Einrichtungen entfallen.

Die **Bedarfsplanung** erfolgt nach den Richtlinien des G-BA. Dies allein ist nicht neu aber (siehe §99) auf Seiten der GKV wird die Zuständigkeit zentralisiert.

Den Ergebnissen dieser Planung kommt künftig deshalb mehr Bedeutung zu, weil (Seite 299ff) **Honorarverschiebungen von überversorgten in unterversorgte Gebiete** erfolgen sollen, da durch die bisherigen Regelungen kein hinreichender Abbau von Überversorgung und „mangels entsprechender Anreize“ nicht die Beseitigung oder Abwendung von Unterversorgung erreicht werden konnte. Es kommen also „Preisabschläge“ auf die Honorierung der Ärzte in überversorgten Gebieten zu.

Was können wir - außer unserem Protest und unseren Resolutionen, Alternativvorschlägen, Erörterungen und Diskussionen - dem entgegen setzen?

1. Qualität. Qualifizierte ambulante Versorgung.
2. Erstellung und Vermittlung eines Leistungsangebotes, dass für die Patienten erkennbar oberhalb des Versorgungsauftrages des SGB V liegt.

Es mag ja sein, dass, wie die Politik anführt, in der BRD die meisten Wähler keine 2-Klassen-Medizin wollen. M.E. wollen die meisten nur keine zweitklassige Medizin. Und viele Patienten wollen und wertschätzen erstklassige Medizin. Hiefür sollten wir die Option in unseren Praxen offen halten.

Mit kollegialen Grüßen
Ihr

