

Rede

von Dr. H. Hellmut Koch
Präsident der Bayerischen Landesärztekammer

*zur Eröffnung
des 54. Bayerischen Ärztetages
in Deggendorf*

Arztsein muss wieder Spaß und Freude machen!

Zuerst danke ich Ihnen, Herr Staatsminister, sehr herzlich für Ihre deutlichen und klaren Aussagen zur Gesundheitspolitik in unserem Lande. Sie haben verschiedene gesundheitspolitische Themen angeschnitten und die bayerischen Vorstellungen dazu dargestellt. Ich werde versuchen, in meiner Rede darauf einzugehen. Gestatten Sie mir jedoch, einige generelle Bemerkungen vorweg.

Sozialstaat

Unser Sozialstaat, so wie er sich in Deutschland entwickelt hat, steht immer wieder zur Disposition. Seine Kritiker befürchten wirtschaftliche Nachteile auf den Weltmärkten. Doch der Sozialstaat ist nicht Ballast, sondern er ist Grundlage für den Erfolg im globalen Wettbewerb. Voraussetzung ist natürlich, dass die Finanzprobleme der sozialen Sicherung gelöst werden.

Trotzdem fragen sich viele, ob sich das Unternehmen Deutschland einen Sozialstaat angesichts des wachsenden globalen Wettbewerbs überhaupt noch leisten kann. Diese Frage muss aber anders herum gestellt werden, damit sie Sinn macht! Sie muss lauten: Ist es überhaupt vorstellbar, dass wir im globalen Wettbewerb bestehen können ohne einen chancengerechten und leistungsfähigen Sozialstaat? Meines Erachtens ist Sozialstaatlichkeit die Grundlage, auf der sich Vielfalt und Individualität erst entfalten können. Dies gilt auch für die konsumtiven Leistungen, die neuerdings wieder in der Kritik stehen. Und so ist der Sozialstaat Voraussetzung für den Erfolg im globalen Wettbewerb und nicht etwa Ballast, den man beliebig abwerfen kann. Es gibt zum Sozialstaat in diesem Lande keine vertretbare Alternative – und dies gilt vor dem Hintergrund der Globalisierung in ganz besonderem Maße. Denn wer – wie jetzt in der Gesundheitsdiskussion – eine höhere Risikobereitschaft und Selbstverantwortung vom Einzelnen erwartet, muss zuallererst dafür Sorge tragen, dass die sozialen Sicherungssysteme zuverlässig bleiben. Erst auf der Basis der Solidarität können Eigenverantwortung und Selbstständigkeit des Einzelnen gedeihen.

Wettbewerb

Zweite Vorbemerkung: Ein Wort zum geradezu inflationär gebrauchten Begriff Wettbewerb, der – seien wir ehrlich – dringend entmystifiziert werden muss! Wettbewerb ist – gerade im Gesundheitswesen – kein Allheilmittel, sondern nur ein Instrument. Eine zentrale Frage wird deshalb sein, wie das Instrument des Wettbewerbs im Gesundheitswesen zielgerichtet und politisch verantwortlich eingesetzt wird. Unsere kranken Patientinnen und Patienten kümmert dieser Wettbewerb nicht: Sie wollen am schnellsten und besten wieder gesund werden. Der Wettbewerb der Krankenkassen untereinander um möglichst junge und gesunde Versicherte muss beendet werden, ebenso der direkte Wettbewerb mancher Kolleginnen und Kollegen und mancher Krankenhäuser um möglichst „kostengünstige Patienten“. Wettbewerb kann es hingegen geben, wenn es um eine möglichst effiziente und wirkungsvolle Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung geht.

Voraussetzung dafür ist aber ein gesetzlicher Rahmen, der dazu beiträgt, dass die Risikoselektion jeglicher Art wieder der Vergangenheit angehört.

Gesundheitsreform

Über kaum ein Thema in der Innenpolitik wird so viel geredet, wie über das Gesundheitssystem. Vom Umbau ist die Rede und von der großen Gesundheitsreform nach der Bundestagswahl im Herbst nächsten Jahres. Regierung und Opposition übertreffen sich mit Vorschlägen, die oftmals fernab jeglicher Realität sind, fernab der Patientenrealität und fernab der Realität unseres ärztlichen Handelns. Es scheint, die Politik hat wenig aus den Fehlern der Vergangenheit gelernt.

Doch mit den Folgen dieser Politik haben wir zu kämpfen, wir Ärztinnen und Ärzte gemeinsam mit den weiteren Heilberufen, und natürlich unsere Patientinnen und Patienten. Der Personalmangel in Krankenhäusern ist hier zu

nennen, Leistungskürzungen und Beitragssteigerungen der Krankenkassen und zusätzliche Belastungen für kranke Menschen ebenso wie Honorareinbußen bei den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

Schlechte Noten hat nicht zuletzt der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen im August unserem Gesundheitssystem bescheinigt. Die Sachverständigen kommen im Band III mit dem Titel „Über-, Unter- und Fehlversorgung“ zu dem Schluss, dass in unserem Land nicht unerhebliche Über-, Unter- und Fehlversorgung existiert. Anhand zehn großer beispielhafter Krankheiten beziehungsweise Krankheitsgruppen wird der Bedarf zur Verbesserung der Versorgung deutlich gemacht. Erwähnt werden Diabetes, Mammographie-Früherkennung, Koronarerkrankungen oder Rückenleiden, die zusammen rund zwei Drittel aller Krankheitskosten verursachen. Aufgezeigt werden Strukturdefizite; es geht um die immer wiederkehrenden Begriffe „Qualität – Wirtschaftlichkeit – Transparenz“. Das deutsche Gesundheitswesen sei teuer, ungerecht, ineffizient und intransparent, so das harte Fazit.

Da kann es auch nicht viel helfen, dass Bundeskanzler Gerhard Schröder mit Ulla Schmidt eine fröhliche Beschwichtigungs-Gesundheitsministerin ernannte, der die Hände gebunden sind. Wieder einmal wird die Gesundheitspolitik nicht mehr im Bundesministerium für Gesundheit gemacht. Es kann aber auch nicht viel bringen, dass sich im Parlament eine kleine Expertenrunde über die gefährdete Zukunft der Wachstumsbranche Gesundheit den Kopf zerbricht. Immerhin ein Sektor, dessen ökonomische Bedeutung Automobilbau oder Textilindustrie bei weitem übersteigt. Rund 4,2 Millionen Menschen arbeiten im Gesundheitswesen, das sind etwa 12 % aller Erwerbstätigen. Der Jahresumsatz liegt bei etwa 500 Milliarden Mark.

Regel- und Wahlleistungskatalog

Die politischen Parteien in unserem Lande stellen ihre Konzepte vor: Pflichtleistungen, Kernleistungen, Grundleistungen, Regelleistungen, Zusatzleistungen, Vertragsleistungen, Wahlleistungen. Wissen Sie, was mit jedem dieser Begriffe gemeint ist? Nein, eine babylonische Sprachverwirrung ist eingetreten.

Ganze elf Punkte zur Gesundheitspolitik enthält der von Angela Merkel in der letzten Augustwoche vorgestellte Programmwurf „Neue Soziale Marktwirtschaft“. Zugrunde legenden Reformen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) taugen die von der CDU-Vorsitzenden formulierten Forderungen zur Umgestaltung der GKV kaum. Im Gegenteil: Bei näherer Betrachtung bewegen sich lediglich drei der angeführten Punkte jenseits der bereits von der Regierungskoalition gemachten Vorschläge. Dazu gehört die Umstellung vom Sachleistungsprinzip auf das Kostenerstattungsprinzip im ambulanten Bereich, ohne Vorleistung von größeren Beträgen. Auch die Trennung von Kern- und Zusatzleistungen wird vorgeschlagen. Nicht zuletzt setzt Merkel mit dem Plädoyer für Selbstbehalte bei entsprechend niedrigeren Beiträgen einen eigenen Punkt auf die Diskussionsliste. Zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV nimmt Merkel deutlich Kurs auf das Einkaufsmodell.

Das sehr detaillierte gesundheitspolitische Konzept Ihrer Partei hingegen, sehr geehrter Herr Staatsminister, wurde Anfang September in München präsentiert mit dem Titel: „Gesundheitspolitik für das neue Jahrtausend. Mehr Gesundheit – mehr Qualität – mehr Verantwortung“. Auch darin finden sich Begriffe wie Selbstbehalt wieder, der die Beitragssätze für diejenigen, die den Selbstbehalt wählen, verringern soll. Weiter wird für ein begrenztes „opting-out“ plädiert, was nichts anderes bedeutet als Kern- und Wahlleistungen. Interessant und begrüßenswert erscheint mir das Kapitel „Leistungserbringer“. Hier fordert die CSU „mehr Verantwortungsfreiheit für die Leistungserbringer“ und die „Abschaffung jeglicher Budgets“ mit einem Ersatz zum Beispiel durch Richtgrößen. Dieses Konzept gibt der „Qualität und der Qualitätssicherung Vorrang“ und setzt sich für die „Freiberuflichkeit, Behandlungs- und Therapiefreiheit“ ein.

Jetzt müsste nur noch dieses Wort „Leistungserbringer“ durch eine adäquate Bezeichnung ersetzt werden.

Bayern aktiv

Lassen Sie mich an dieser Stelle ein paar Worte zum Programm „Gesundheitsinitiative Bayern aktiv“ der Bayerischen Staatsregierung sagen. Ich gestehe es offen ein, dass ich enttäuscht darüber bin, dass das Konzept für die Verwendung der EON-Erlöse den Gesundheitssektor nicht berücksichtigt. Ministerpräsident Dr. Edmund Stoiber gab seine Vorstellungen Mitte September bekannt: Strukturförderung, Familien und Bildung stellen die Schwerpunkte. Projekte der Gesundheitsförderung, wie sie in Aussicht gestellt wurden und wie wir sie in Gesprächen in Ihrem Hause unterbreitet haben, wurden dann leider doch nicht berücksichtigt. Schade eigentlich, denn wir hatten Ihnen stimmige Konzepte zur Gesundheitsförderung und Prävention geliefert, die ja – und ich hoffe, da sind wir uns einig – eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe sind.

Gesundheitsförderung und Prävention können weder uns Ärztinnen und Ärzten als „Fleißaufgabe“ übertragen werden, noch dürfen sie den Krankenkassen als Marketingelement überlassen werden!

Dogmen in der Gesundheitspolitik

Für die Bundesregierung hingegen scheint es ein paar unantastbare Dogmen in der Gesundheitspolitik zu geben:

- Festhalten an der solidarischen, paritätisch finanzierten Krankenversicherung,
- Absage an eine Grundversorgung und damit Differenzierung in solidarisch abgesicherte Kernleistungen und frei finanzierbare Wahlleistungen,
- Die GKV soll weiterhin alles bezahlen, was therapeutisch notwendig und wissenschaftlich anerkannt ist,
- Patientenrechte sollen weiter gestärkt werden.

Zudem scheint sich die Bundesregierung immer noch in der Hoffnung zu wähnen, dass mehr Kontrolle, mehr Datensammeln und mehr Prüfen zu mehr Transparenz führe. Doch, und das wissen wir alle, die in Praxis und Klinik tätig

sind, das Gegenteil ist der Fall. Kontrolle, Datensammeln und Prüfen leistet nur einer Verwaltungsbürokratie Vorschub und bringt kein Mehr an Transparenz, geschweige denn eine Verbesserung der Patientenversorgung.

Der Patient wird oftmals als „Opfer“ gesehen. Doch mal ehrlich – der Patient, der Chipkarten-Shopping betreibt, übermäßig viele Medikamente fordert oder auch Wellness auf Krankenschein wünscht, der gehört auch zu den Verschwendern im System!

Runder Tisch

Einstweilen hat das Bundesministerium für Gesundheit zum „Runden Tisch“ geladen.

Bei der jüngsten Sitzung des Runden Tisches Mitte September sind Strukturfragen des Gesundheitswesens diskutiert worden, nicht aber die aktuelle Kostenentwicklung in der GKV. Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt erklärte locker, dass die Fragen der aktuellen Kostenentwicklung kurzfristig in einem gesonderten Gespräch mit den Beteiligten diskutiert werden sollen. Der Runde Tisch verabschiedete nicht viel mehr als eine gemeinsame Erklärung, in der hervorgehoben wird, dass bei einer künftigen Reform auf den bewährten tragenden Säulen des deutschen Gesundheitssystems aufzubauen ist, insbesondere auf Solidarität und Subsidiarität. Konsens besteht darin, dass zunächst über eine Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen in Richtung auf Qualität und Wirtschaftlichkeit und nicht über Finanzierungsfragen diskutiert wird. Diskussionsbedarf besteht auch weiterhin über Strukturveränderungen zur besseren Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung. Der Runde Tisch einigte sich darauf, dass auch über diese Fragen gesondert diskutiert werden muss und dabei die Arbeitsgruppen für die ambulante und stationäre Versorgung eingebunden werden müssen. Darüber hinaus stellten die Teilnehmer klar, dass Ausgrenzungen von Arzneimitteln im sogenannten Wellness-Bereich vom Gesetzgeber vorgenommen werden müssen. Strittig blieb, ob der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen durch den Gesetzgeber ermächtigt werden soll oder kann, solche Ausschlüsse vorzunehmen.

Sie sehen, der Runde Tisch ist sich weitgehend einig, worüber er diskutieren

will, aber von einem Ergebnis ist er weit entfernt. Ich schätze, ein Jahr wird er brauchen, solange, bis die Bundestagswahl im nächsten Herbst vorbei ist.

Von einem „konstruktivem Gesprächsklima“ kann auch keine Rede sein, denn Ulla Schmidt holte sich bereits „einen Korb“ von der Opposition: Die Union wird sich nicht an Gesprächen mit der Bundesgesundheitsministerin über die Zukunft des Gesundheitswesens beteiligen. Schmidt hatte schriftlich zu solchen Gesprächen eingeladen.

Parteienstreit, ein Zerren um die „besseren Konzepte“ – zumal im Vorwahlkampf.

Im Mittelpunkt stehen die Patientinnen und Patienten

Für uns kann es über die eigene Situation hinaus nur eine Maxime geben: Unsoziale Reformvorschläge, die zu Lasten einer Gruppe gehen, sind mit uns nicht zu machen! Im Mittelpunkt müssen die Patientinnen und Patienten stehen. Um sie geht es, und es geht

- nicht um die Interessen der Krankenkassen,
- nicht um Honorare,
- nicht um Finanzierung von Krankenhäusern,
- nicht um Gewinnstrategien der Pharmaindustrie, der Apotheker oder des Großhandels,
- nicht um Gesundheitspolitik als Arbeitsmarktpolitik,
- nicht um Wahlversprechen und Wahlerfolge von politischen Parteien.

Sie alle, wir alle, müssen uns einem unterordnen: der bestmöglichen Versorgung unserer Patientinnen und Patienten! Natürlich unter der Prämisse des Wirtschaftlichkeitsgebotes, wie es im SGB V steht: „Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.“

Diese Aussage macht mich als Präsident der Bayerischen Landesärztekammer für einige vielleicht angreifbar. Es ist jedoch meine tiefe Überzeugung, dass all unser Tun und Handeln nun einmal einer best-

möglichen Patientenversorgung zu dienen hat. Es ist auch meine Überzeugung, dass diese Haltung auch viel mit der Glaubwürdigkeit, der Authentizität und der Anerkennung des ärztlichen Berufsstandes in unserer Gesellschaft zu tun hat. Auch in diesem Punkt bin ich eben in erster Linie Arzt und erst in zweiter Linie Gesundheitspolitiker!

Was jedoch keinesfalls heißt, dass wir Ärztinnen und Ärzte weiterhin alles hinnehmen können wie bisher, Defizite aufzufangen, mit Honorareinbußen leben und unerträgliche Arbeitssituationen erdulden. Viel zu lange haben wir dabei – teils aus ethischen Gründen, teils auf Grund schlechter Beratung – mehr oder weniger stillschweigend mitgemacht.

EuGH-Urteil zur Arbeitszeit im Krankenhaus

Ich darf als Beispiel das EuGH-Urteil zur Arbeitszeit im Krankenhaus vom 3. Oktober 2000 nennen. In keinem anderen Land der EU müssen junge Ärztinnen und Ärzte so viel arbeiten wie in Deutschland, nirgendwo sonst werden sie mehr ausgebeutet als bei uns. Sicherlich ist dieses EuGH-Urteil begrüßenswert, doch es zeigt ein Dilemma der Ärztinnen und Ärzte auf: viele unserer Kolleginnen und Kollegen haben erhebliche Probleme mit der Umsetzung neuer, besserer Arbeitsbedingungen, weil ihre Arbeitskraft für die Patienten gebraucht wird. Sie wissen einfach nicht, wie sie ihre Patientenversorgung unter diesen Regeln gestalten sollen. Die Verwaltungen der Krankenhäuser helfen nicht, weil für sie unbezahlte Mehrarbeit allemal günstiger ist als Neueinstellungen. „Seine Patienten lässt man nicht im Stich“ – darauf konnten gerade Krankenhausverwaltungen in der Vergangenheit fest bauen und diese ethische Komponente direkt in ihre Budgets mit einplanen. Selbst Krankenhausplanungsgesellschaften rechnen in den ärztlichen Stellenplan 10 % ärztliches Ethos mit ein. Mit dieser Ausbeutung muss Schluss sein!

Früher oder später wird man das Urteil des EuGH doch umsetzen müssen. Dann wären die Krankenhäuser endgültig nicht mehr in der Lage, den Anforderungen einer modernen Arbeitswelt gerecht zu werden. Den Krankenhausverwaltern drohte dann der Konflikt zwischen strafbewehrten Verstößen gegen das Arbeitszeitgesetz und der Pleite ihrer Krankenhäuser.

Systemfrage

Mir sind dabei vor allem zwei Dinge wichtig:

- Erstens eine bessere Qualität der Versorgung, vor allem bei multimorbiden und chronisch kranken Patientinnen und Patienten.
- Zweitens das Andenken neuer Wege und Lösungen.

Das ist eine wichtige Voraussetzung dafür, dass unser Gesundheitswesen bezahlbar bleibt und von den Menschen akzeptiert wird. Ein indianisches Sprichwort sagt: „Wenn das Pferd, das du reitest, erschöpft ist, musst du es wechseln“. Vielleicht reiten wir ja schon viel zu lange auf einem erschöpften Pferd? Vielleicht sollten wir aufhören, immer wieder noch eine neue Regelungsdecke einzuziehen, noch neuere Modelle hinzuerfinden, noch ein Rädchen im System anzuziehen. Vielleicht sollten wir das Pferd wirklich wechseln und uns der Systemfrage stellen.

Wollen wir auch in Zukunft das medizinisch Notwendige solidarisch finanzieren? Sollen auch künftig unsere Patientinnen und Patienten am medizinischen Fortschritt teilhaben können? Wie begegnen wir der demographischen Entwicklung, der Alterung unserer Gesellschaft? Schauen wir doch einmal auf unser solidarisch finanziertes „Zwangssystem“. Das Solidarsystem, so die Vorstellung, schafft einen Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken, Reichen und Armen, Singles und Familien. Doch stimmt das wirklich noch? Der Umverteilungsmechanismus stammt aus Bismarcks Zeiten und ist mehr als reparaturbedürftig, denn eigentlich wird das System recht unsolidarisch finanziert. Manche unserer Mitbürgerinnen und Mitbürger werden gar nicht zur Finanzierung herangezogen ebenso wenig wie diejenigen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze. Wer Geld verdient durch Vermietungen, Verpachtungen oder Aktiengeschäften, braucht ebenfalls nicht in die Solidarkasse beizusteuern. Auf Kapitalerträge sind keine Beiträge fällig. Und warum eigentlich müssen die Gesundheitsausgaben an die Lohnentwicklung gekoppelt werden? Warum beschert ein Tarifverhandlungserfolg gleichzeitig den Kassen Beitragszuwächse?

Dies alles im Rahmen der jetzt bestehenden Pflichtversicherung anzupassen,

macht nicht viel Sinn. Es wäre eine be-
helfsmäßige Reparatur, keine Lösung der
Probleme. Man muss über die Änderung
der Pflichtversicherung hin zu einer Ver-
sicherungspflicht zwingend nachden-
ken.

Ein Vergütungssystem muss sich am Be-
darf der Patientinnen und Patienten und
nicht mehr an volkswirtschaftlich abge-
leiteten Budgetvorgaben orientieren.
Die Vergütung der medizinischen Ver-
sorgung muss sich künftig an der Zahl
und an der Risikostruktur der Patientin-
nen und Patienten bemessen sowie de-
ren Morbidität berücksichtigen. Wir
müssen zu einer bedarfsgerechten Fi-
nanzierung von medizinischen Leistun-
gen kommen!

Bestes Beispiel für die verfehlte Budget-
politik der vergangenen Jahre ist doch
das „Hin und Her“ beim Arzneimittel-
budget. Das verfassungsrechtlich un-
haltbare Element der Kollektivhaftung
aller Vertragsärzte ist nun durch die
Form des Individualregresses ersetzt
worden; ein Danaergeschenk? Bei einer
gewissen Budgetüberschreitung wird
von den niedergelassenen Kolleginnen
und Kollegen Geld in bar und nicht in
Punkten zurückgefordert. Die Kassen-
ärztlichen Vereinigungen haben die
traurige Pflicht, dieses Gesetz umsetzen
zu müssen.

Sicher, das Risiko Krankheit ist nicht zu
kalkulieren – anders als das Risiko Alter
bei der Rentenversicherung. Niemand
kann sagen, wann er aus welchem Grund
in welchem Umfang medizinische Hilfe
braucht. Doch mit der Gesundheitsre-
form 2000 wurden gewisse Weichen ge-
stellt, die auf den ersten Blick ja gut er-
scheinen mögen: Stärkung der Rechte
der Patientinnen und Patienten, Ver-
pflichtung aller Einrichtungen zur Qua-
litätssicherung, bessere Zusammenar-
beit aller Beteiligten und mehr Präven-
tion sind die Stichworte. Plakative Aus-
sagen. Denn nichts, aber auch gar nichts
davon wurde so umgesetzt, dass es letzt-
lich den gewünschten Erfolg gebracht
hätte. Nein, ich erwähnte es bereits: das
Dokumentieren, Datensammeln, Regle-
mentieren und Verwalten hat zugenom-
men, im niedergelassenen Bereich eben-
so wie im Krankenhaus. Die Zeit für diese
Arbeiten geht der Patientenversorgung
verloren! Und damit nicht genug! Der-
zeit ist eine ganze Flut von Gesetzent-
würfen in der „Pipeline“, die in diese
Richtung gehen: ich nenne hier nur das
Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz,

das Festbetrags-Anpassungsgesetz in der
GKV, das Gesetz zur Einführung des
Wohnortprinzips bei Honorarvereinba-
rungen, die Neuregelung des Kassen-
wahlrechtes, die Änderung des Heimge-
setzes, das Gesetz zur Qualitätssicherung
in der Pflege oder die Novelle des Risi-
kostrukturausgleichs.

Diagnosebezogene Fallpauschalen

Noch ein Beispiel: die Einführung der
DRGs. Mit dem neuen Fallpauschalen-
system in der Krankenhausversorgung –
ich zitiere – „soll ein leistungsorientier-
tes Preissystem, das zu mehr Transparenz
und Patientenorientierung in den Kran-
kenhäusern führt, geschaffen werden“. So
die vollmundigen Worte Ulla Schmidts
anlässlich eines Kurzreferates für die
Veranstaltung „Die Zukunft des Gesun-
dheitswesens“ am 3. September in
Winsen. In der aktuellen Vorbereitungs-
phase wird mit „heißer Nadel“ gestri-
ckt. Es zeigt sich aber, dass sich alle Be-
teiligten vehement gegen das neue Preis-
system in der vorgesehenen Form weh-
ren. Grundsätzlich ist ja eine transpa-
rente Form der Krankenhausfinanzie-
rung zu begrüßen, doch wie so oft geht
es nicht um das WARUM, sondern um
das WIE. Mit der Reform, wie sie in der
jetzigen Fassung mit der Brechstange
durchgesetzt wird, wird die tatsächliche
anfallende Arbeit im Krankenhaus nicht
berücksichtigt, man riskiert eine mas-
senhafte Entlassung von Klinikpersonal
und die ausreichende Patientenversor-
gung wird aufs Spiel gesetzt. Nur ober-
flächlich betrachtet geht es hier allein
um ein transparentes Finanzierungs-
modell der Krankenhäuser. Tatsächlich
wird das DRG-System, so wie es in
Deutschland geplant ist, eine totale Um-
strukturierung unseres Gesundheitssys-
tems bedeuten. Vor wenigen Wochen
haben wir in München einen Runden
Tisch zum Thema „DRG – Segen oder
Fluch für den Patienten“ durchgeführt.
Es hat sich hierbei gezeigt, dass dieses
System auch eine erhebliche Belastung
für die Vertragsärzteschaft und vor
allem für unsere Patientinnen und
Patienten darstellt. Wer immer noch
glaubt, das DRG-System brauche ihn
nicht zu interessieren, da es nur ein
Finanzierungssystem der Krankenhäuser
sei, der irrt. Jeder von uns ist davon
betroffen.

Im Zusammenhang mit dem EuGH-
Urteil und der Diskussion um die Arbeits-
belastung in Kliniken begrüße ich aus-

drücklich Ihren Vorschlag, Herr Minister
Sinner, Verbände, Ärzte und Arbeitgeber
an einen Tisch zu holen, um die uner-
trägliche Arbeitsbelastung in Kliniken zu
beseitigen.

Arbeitsmarktsituation von Ärztinnen und Ärzten

Lassen sie mich noch die Arbeitsmarkt-
situation von Ärztinnen und Ärzten an-
sprechen. Immer wieder habe ich in den
vergangenen Wochen den Ärztemangel
thematisiert. Vakante Stellen können im
Krankenhaus nicht mehr besetzt wer-
den, ebenso wenig wie Assistenzarztstel-
len in den Praxen; sogar Vertragsarzt-
sitze verwaisten. Und in der Tat, die
Anrufe auch bei mir häufen sich, in
denen die leitenden Kolleginnen und
Kollegen in den Kliniken und auch viele
niedergelassene Kolleginnen und
Kollegen händeringend nach Ärztinnen
und Ärzten suchen. Schlägt man die
Stellenangebote etwa des *Deutschen
Ärzteblattes* auf, so ist dieser auf das
Mehrfache angewachsen. Ist es nun
wirklich so, dass viele junge
Kolleginnen und Kollegen bei den
belastenden Arbeitszeiten und Arbeits-
bedingungen in deutschen Kranken-
häusern und Praxen dankend abwinken?
Ist es wirklich so, dass andere die
langen Weiterbildungszeiten fürchten
und manche in alternativen Berufsfel-
dern oder im Ausland einfach bessere
Verdienst- und Arbeitsmöglichkeiten
sehen? Ist es wirklich so, dass nur die
Hälfte aller Studienabgänger die
ärztliche Tätigkeit am Patienten
aufnimmt? Diese Aussagen in den
vergangenen Monaten waren sicher
politisch motiviert, denn sie stimmen
so nicht. Wenn man sich die Zahlen
genau ansieht, ist es nicht verwunder-
lich, dass der ärztliche Nachwuchs
nicht mehr ausreicht, freie Stellen
im Krankenhaus und in der Praxis zu
besetzen. Immer mehr junge
Kolleginnen und Kollegen getrauen
sich deshalb, ihre Beschwerden über
Mobbing, unzumutbare Arbeitsbedin-
gungen, finanzielle Ausbeutung und
mangelnde Weiterbildung zu äußern.
Wenn wir Ärztinnen und Ärzte hieran
nicht sofort etwas ändern, werden
noch weniger abiturienten Medizin
studieren und noch weniger
Studienabsolventen in der kurativen
Medizin tätig werden!

Aber auch die Gesellschaft ist gefordert.
Die Gesellschaft muss uns Ärztinnen
und Ärzten in unserem Gesundheitssys-
tem endlich wieder den richtigen
Stellenwert einräumen! Arztsein muss
wieder Spaß und Freude machen!

Arzneimittel-Chipkarte und Sparplan

Eines ist klar: Der Umsteuerungsprozess im Gesundheitswesen verlangt einen langen Atem und Augenmaß. Viele Vorschläge scheinen mir regelrecht als „Nebelkerzen“, die in die gesundheitspolitische Debatte geworfen werden. Hektische Aktivitäten bringen uns nicht weiter, wie etwa der Vorschlag der Bundesgesundheitsministerin zur Arzneimittel-Chipkarte. Ich habe erhebliche Zweifel, ob die von der Ministerin geforderte Arzneimittel-Chipkarte mehr Sicherheit im Arzneimittelsektor für die Patientinnen und Patienten bringen wird. Denn auf einer solchen Arzneimittel-Chipkarte, die im übrigen hohe Kosten verursachen würde, sollen nur verordnete Arzneimittel gespeichert werden. Rezeptfreie Medikamente oder auch Nahrungsergänzungsmittel, die Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten haben können, wären nicht auf dem Chip gespeichert. Darüber hinaus ist die Frage der „Non-Compliance“, also ob ein Patient die verschriebenen Medikamente auch ordnungsgemäß einnimmt, nicht mit einer Arzneimittel-Chipkarte aus dem Weg geräumt. Aus datenschutzrechtlichen Gründen könnte die Arzneimittel-Chipkarte nur freiwillig eingeführt werden, was jedoch den Nutzen einer solchen Karte erheblich schmälern würde. Mit Schnellschüssen, deren Plausibilität und Sinnhaftigkeit vielen auf den ersten Blick zwar einleuchten mag, lässt sich aber eine Steigerung der Arzneimittelsicherheit nicht erreichen.

Auch der „Sparplan“, der angesichts der Zahlen bei der Arzneimittelverordnung Mitte September vom Bundesgesundheitsministerium propagiert wurde, ist mehr als fragwürdig. Nach diesem Sparplan soll die Verantwortung der Ärztinnen und Ärzte bei der Verordnung von Arzneimitteln eingeschränkt und den Apothekern mehr Verantwortung bei der Abgabe von Generika gegeben werden.

Dies wäre ein drastischer Eingriff in unsere ärztliche Handlungsautonomie. Und dagegen verwehre ich mich vehement!

Vertrauensposition der Patientinnen und Patienten

Was wir brauchen, ist eine eingehende Diskussion auch über die in der Zukunft anstehenden Fragestellungen. Gemein-

sam, alle Ärztinnen und Ärzte, egal ob niedergelassen oder im Krankenhaus, ob beamtet oder bei der Bundeswehr, ob in Rente oder als AiP, ob in der Patientenversorgung oder am Schreibtisch tätig, wir alle müssen handeln und Druck machen. Dies kann insbesondere auf diesem 54. Bayerischen Ärztetag geschehen!

Wir müssen klarmachen, dass Diskussionen in allen Ebenen der Gesundheitspolitik ohne ärztlichen Sachverstand nicht zielführend sind. Lassen Sie mich hier nur das Beispiel Disease-Management-Programm ansprechen. Solche neue innovativen Versorgungsmodelle können nur mit uns Ärztinnen und Ärzten erarbeitet und realisiert werden. Klar ist, dass es künftig weder einseitige Einkaufsmodelle noch Monopole durch die Hintertür geben darf.

Der Sekretär des Nobelkomitees für Physik hat einmal gesagt: „was gut ist für die Physik, das ist auch gut für die Menschheit“. Warum sollte es nicht erlaubt sein, dies auch für die Medizin zu postulieren? Was gut ist für die Medizin, das ist auch gut für die Menschheit. Und ich sage dies für 60 000 bayerische Ärztinnen und Ärzte und als Präsident der größten Kammer in der Bundesrepublik. Vielleicht, sehr geehrter Herr Kollege Hoppe, sollten Sie dies auch einmal in Berlin für alle deutschen Ärztinnen und Ärzte feststellen. Dabei gebe ich gerne zu, dass es zu einer solchen Feststellung sehr wohl Widerspruch und Gegenargumente gibt. Aber, ohne Ärzte, ohne Pflegeberufe, ohne Apotheker, ohne andere Heilberufe ist eine gute Medizin im Interesse unserer Patientinnen und Patienten nicht realisierbar. Mit Ärzten als reinen Erfüllungsgehilfen oder Dienstleistern der Krankenkassen, die uns im Rahmen von Case-Management sagen, was wir zu tun haben, wird es nicht gehen. Wir lassen uns von niemandem aus der Vertrauensposition unserer Patientinnen und Patienten verdrängen. Manchmal kommt es mir vor, dass die Streitereien über die Verleihung des Nobelpreises ähnlich vielfältig und widersprüchlich sind, wie die Gesundheitsreformen, die über uns Ärztinnen und Ärzte hereinbrechen.

Rolle der Selbstverwaltung

Unser Gesundheitssystem ist geprägt von gegenseitigen Abhängigkeiten. Staatliches Handeln, Selbstverwaltung und die verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens – sie alle sind mit ein-

ander verwoben und beeinflussen sich gegenseitig. Damit komme ich zurück zum Anfang meiner Rede: Zum Sozialstaat und zur Selbstverwaltung. Der Weg des staatlich-sozial-legislativen, des korporativ-selbstverwaltenden, des professionell-qualifizierten und des industriell-kommerziellen Sozialstaates ist offen. Die Bedeutung der Selbstverwaltung, und damit der Kammern, findet gerade auf Grund ihrer demokratischen Grundsätze eine gewisse Förderung – vielleicht nicht gerade durch die Politik, jedoch sicher durch die zunehmende Bindung der Bürger an den Staat. Bürgerinnen und Bürger fordern mehr Mitbestimmung, Patientinnen und Patienten mehr Informationen. Dieser Entwicklung können sich auch die Kammern als Körperschaftliche Einrichtungen nicht verschließen. Unsere Strukturen, davon bin ich fest überzeugt, müssen ebenso von Flexibilisierung, Vernetzung und Kooperation gekennzeichnet sein. Abschottung und Konfrontation gehören der Vergangenheit an! Wir müssen uns öffnen, wollen wir nicht als „mittelalterliche Zünfte“ oder „Ständevertretungen“ auftreten. Will die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen ihre Kontinuität und Stabilität auch in Zukunft wahren, so wird sie sich, nach dem Sozialwissenschaftler Taupitz, zu einer umfassenden „funktionalen“ Selbstverwaltung wandeln müssen. Die Realisierung öffentlicher Aufgaben sollte künftig „einen für die gesamte Gesellschaft wahrnehmbaren Nutzen haben“ und ihre Verantwortung für das Gemeinwohl wachsen.

Diese Herausforderung sollten wir annehmen und gemeinsam an diesem Umbau arbeiten. Gerade mit Blick auf die Zukunft sind die Kammern als Selbstverwaltungsorgane in vielen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens geeignet, sich den veränderten und aufbrechenden Strukturen flexibel anzupassen und diese aktiv mitzugestalten.

Blockade ist die unkreativste Form der Politik! Lassen Sie uns den 54. Bayerischen Ärztetag dazu nutzen, konstruktiv und mit Augenmaß die Weiterentwicklung unseres Gesundheitswesens mitzugestalten.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit!

Der 54. Bayerische Ärztetag ist eröffnet.