

Rede

von Eberhard Sinner
Bayerischer Staatsminister für Gesundheit,
Ernährung und Verbraucherschutz

*zur Eröffnung
des 54. Bayerischen Ärztetages
in Deggendorf*

Hoffen auf ein Wunder durch Kräutertee?

Vielen Dank für die freundliche Einladung zum 54. Bayerischen Ärztetag hier in Deggendorf!

Gesundheit ist das Zukunftsthema Nummer eins. Gerade in Bayern hat Gesundheits- und Verbraucherschutzpolitik Priorität. Die Gründung meines Hauses, des Ministeriums für Gesundheit, Ernährung und Verbraucherschutz ist Beleg dafür.

Der enge Meinungs austausch mit allen Beteiligten ist mir ein großes Anliegen. Es ist wichtig aufeinander zuzugehen und Kontakte zu pflegen. Der konstruktive Dialog mit wichtigen Leistungsträgern, mit Ihnen, meine Damen und Herren Ärzte, ist das A und O. Auf Ihrem Ärztetag diskutieren Sie eine Reihe von interessanten Themen und aktuellen Anliegen.

Gesundheitswesen

Im deutschen Gesundheitswesen gibt es Probleme. Symptome sind offenkundig: chronische Finanzschwäche, akute Fehlversorgung und innere Zerrissenheit. Über die richtige Medikation herrscht aber Streit. Also flößt man dem Patienten lediglich einen Kräutertee ein und hofft auf ein Wunder.

Es vergeht kaum ein Tag, an dem keine neue Hiobsbotschaft die Runde macht:

- Milliardendefizit in der Gesetzlichen Krankenversicherung,
- Beitragssatzerhöhungen,
- Explosion der Arzneimittelkosten,
- medizinische Unterversorgung.

Unser Krankenversicherungssystem droht zu kollabieren, dennoch lächelt unsere Bundesgesundheitsministerin am „Runden Tisch“ fröhlich weiter!

Ihre kleinen Reparaturversuche können den Berg an Problemen nicht lösen.

Problem Nummer 1:

Medizin wird immer teurer, denn innovative Behandlungspraktiken und High-Tech-Methoden kosten viel Geld. Die steigende Lebenserwartung verschärft die Situation zusätzlich.

Problem Nummer 2:

Die demographische Entwicklung! Bis zum Jahr 2030 wird bereits jeder dritte Bundesbürger älter als 60 Jahre sein. Es kommt also zu einer Umschichtung der Altersstruktur. Beide Entwicklungen haben eine Kostenexplosion im Gesundheitswesen zur Folge.

Bisherige Reformversuche der Bundesregierung sowie Arbeitspapiere, die postwendend dementiert werden, verschlimmern die Lage zusehends.

Ein Beispiel dafür ist die Abschaffung des Arzneimittelbudgets. Sie bewirkte unter anderem einen massiven Anstieg der Arzneimittelausgaben. Obwohl eine Abschaffung der Budgets im Ansatz richtig, ist – denn Krankheiten kann man nicht in Budgets pressen – muss man die erforderlichen Sicherheitsvorkehrungen treffen.

Die Schuld auf Ärzte zu schieben, ist genauso einfach wie verfehlt. Denn der Kostenanstieg beruht vor allem auf einer vermehrten Verschreibung von innovativen, teuren Präparaten gegen Krankheiten wie Krebs oder Aids.

Trotz aller Mängel hat sich unser Gesundheitssystem bewährt. Wir dürfen das Solidarprinzip nicht antasten. Der Ausgleich, beispielsweise zwischen Jung und Alt oder Reich und Arm, ist die Basis unserer Gesellschaft. Notwendig ist jedoch eine Neuverteilung der Gewichte zwischen präventiven und kurativen Bereich.

Was wir für eine zukunftsfähige Reform brauchen, ist ganzheitliches Denken und endlich eine Reform aus einem Guss. Nur nach der Finanzierbarkeit zu fragen, wäre fatal. Eine funktionierende Reform muss alle Beteiligten in die Pflicht nehmen: Krankenkassen, Leistungserbringer und Versicherte.

Eigenverantwortung, Selbstbestimmung, Transparenz, Qualität und Prävention sind das A und O. Nur durch Stärkung dieser Elemente werden wir den erforderlichen Bewusstseinswandel erreichen. Besonders gefordert sind dabei die Ärzte. Denn die Qualität der medizinischen Leistung ist entscheidend. Gute Medizin spart Kosten.

1. Mehr Eigenverantwortung der Bürger, Prävention!

Wir müssen den Bewusstseinswandel entsprechend unterstützen und dafür positive und negative Anreize setzen: zum Beispiel günstigere Beitragssätze; wenn Versicherte Selbstbeteiligung akzeptieren: zum Beispiel bis 500 oder 1000 DM pro Jahr.

2. Mehr Verantwortung der Leistungserbringer!

Effizienzsteigerungen und Qualitätsverbesserungen im Gesundheitswesen sind möglich. Die Diagnose- und Therapiefreiheit sind Merkmale der Freiheitlichkeit des Arztberufes und müssen erhalten bleiben. Sie müssen sich jedoch stärker als bisher an gesicherten Qualitätsmerkmalen orientieren.

3. Kassen entlasten!

Es ist notwendig, die Krankenversicherungs-Systeme zu regionalisieren – sie in selbststeuernde Systeme umzuwandeln. Viele Bereiche des Gesundheitswesens bedürfen keiner extensiven Steuerung auf Bundesebene, zum Beispiel Ausschüsse, Kontrollstellen, „Kränzchen“. Vieles davon ist nicht unbedingt notwendig.

Vor Ort oder auf Landesebene sind viele Dinge besser und effizienter zu regeln. Dezentrale marktwirtschaftliche Elemente müssen gestärkt werden. Denn derzeit ist unser Gesundheitssystem zentralistisch, undurchschaubar, kompliziert, überbürokratisch und überreglementiert. Es ist an der Zeit, Vorschriften abzubauen und durch Delegation zu ersetzen. Wir fordern mehr Verantwortung für den Einzelnen!

4. Risikostrukturausgleich auf andere Beine stellen!

Es ist keine Lösung, den Kassen-Finanzausgleich weiter zu verkomplizieren. Die Vorschläge der Bundesregierung führen dazu, dass der Finanzausgleich nicht mehr steuerbar wird. Was wir brauchen, ist ein einfacher, klarer, leicht überprüfbarer Finanzausgleich, der nicht beliebig manipulierbar ist! Das „Ausblutenlassen“ der Zahler durch den Geldtransfer in andere Regionen muss ein Ende haben.

Eine moderne Gesundheitsreform braucht diese Eckpunkte. Nur so erreichen wir eine längerfristige Konsolidierung der Finanzen beziehungsweise den Erhalt qualitativ hochstehender Leistung zum Besten der Bevölkerung.

Heilberufe-Kammergesetz

Das Heilberufe-Kammergesetz von 1957 wurde im Jahre 1993 in größerem Umfang novelliert. Seither hat sich neuer Fortschreibungsbedarf ergeben.

Anlass dazu ist bekanntlich die gebotene Verankerung der beiden neuen freien Heilberufe: Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut.

Die Staatsregierung greift mit dem Gesetzentwurf aber auch die Debatte des 52. Bayerischen Ärztetages vor zwei Jahren zur Strukturreform der ärztlichen Berufsvertretung auf.

Vorgesehen ist, die administrativen Aufgaben des Meldewesens sowie der Berufsaufsicht und damit auch die Funktionen der Ahndung und Verfolgung von Berufspflichtverstößen von den bislang zuständigen 62 Kreisverbänden auf die sieben ärztlichen Bezirksverbände zu übertragen. Sie sollen die Funktion administrativer Kompetenzzentren übernehmen.

Dies stößt bei einigen Kreisverbänden wegen der Sorge um Verlust ihres Einflusses auf Protest. Als Kompromiss der Bayerischen Staatsregierung können die Kreisverbände weiterhin im Meldewesen mitwirken, wenn auch nicht in bisheriger Form.

Ansonsten gibt es in Übereinstimmung mit der Haltung des Vorstandes der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) zu den vorgeschlagenen Änderungen keine Alternative.

Das hat mehrere Gründe. Zum einen dient die administrative Aufgabenkonzentration der Effizienzsteigerung und einem gleichmäßigen Rechtsvollzug, vor allem bei der berufsgerichtlichen Verfolgung und Ahndung von Berufspflichtverstößen.

Zum anderen können sich die von administrativen Aufgaben entlasteten ärztlichen Kreisverbände künftig viel intensiver mit ihren fachspezifischen Aufgaben der Standesvertretung und der Streitschlichtung auf örtlicher Ebene befassen. Darüber hinaus bringt die geplante Aufgabenverlagerung zahlreiche Synergie- und Einspareffekte, die letztlich auch den beitragspflichtigen Mitgliedern zugute kommen.

Die erste Lesung des Gesetzentwurfes im Bayerischen Landtag hat am 10. Oktober 2001 stattgefunden. Die Novelle wird vermutlich spätestens am 1. Januar 2002 in Kraft treten.

Das neue Vergütungssystem in Krankenhäusern

Ein weiteres aktuelles Thema in der Gesundheitspolitik ist die Einführung des neuen Vergütungssystems für Krankenhausleistungen auf Basis der diagnosebezogenen Fallpauschalen, das sich bereits im parlamentarischen Verfahren befindet.

Das neue Vergütungssystem soll den Anstieg der Krankenhausaussgaben der gesetzlichen Krankenversicherung stoppen. Das derzeitige Mischsystem von Fallpauschalen, Sonderentgelten und tagesgleichen Pflegesätzen ist dazu nicht in der Lage. Die Erwartungen an das neue System sind hoch – ob sie sich erfüllen, muss sich jedoch erst noch zeigen.

Ein Blick in die USA zeigt, dass auch Fallpauschalen (DRGs) nichts an stetig steigenden Kosten geändert haben.

Welche Auswirkungen hat das neue Vergütungssystem?

Ärzte konnten sich bisher weitgehend auf den medizinischen Bereich konzentrieren. In Zukunft werden sie jedoch auch Verantwortung für die wirtschaftliche Situation ihrer Klinik haben. Denn die Diagnosen bestimmen künftig über die abrechenbaren Fallpauschalen und damit auch über die Vergütung. Deshalb müssen Ärzte künftig alle Diagnosen genauestens dokumentieren. Dieser zu-

sätzliche Zeitaufwand wird die Ärzte mit Sicherheit noch weiter belasten.

Die Akzeptanz durch die Patienten wird künftig noch mehr über die Existenz von Krankenhäusern entscheiden. Denn das neue System bringt mehr Transparenz und damit Wahlmöglichkeiten für die Patienten. Das liegt zum Beispiel an der nun bundesweit einheitlichen Definition der Leistungen einzelner Krankenhäuser und Abteilungen. Patienten können also sowohl Preis als auch Menge der Leistungen vergleichen. Künftig werden außerdem die vorgeschriebenen Qualitätsberichte veröffentlicht – auch das ein Beitrag zur besseren Information des Patienten.

Der Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern wird allorts zu einer verstärkten Öffentlichkeitsarbeit zwingen. Die Bevölkerung hat damit die Möglichkeit, sich umfassend über das jeweilige Angebot zu informieren um so die „richtige“ Klinik zu finden.

Die Qualität wird zunehmend zum Wettbewerbsfaktor. Dies wird zu Fusionen und Spezialisierungen der Kliniken führen. Das birgt auch Gefahren in sich, zum Beispiel, dass eine flächendeckende Versorgung nicht mehr gewährleistet wäre. Was nützt die beste Spezialklinik, wenn sie im Notfall nicht rechtzeitig erreichbar ist?

Hier müssen wir gegensteuern, einerseits durch eine breite Leistungspalette der einzelnen Krankenhäuser und andererseits durch eine enge vertraglich geregelte Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus, Praxis und Reha-Einrichtung in einer Region.

Vermutlich wird die durchschnittliche Verweildauer in den Krankenhäusern weiter sinken. Es könnte dazu kommen, dass Patienten wegen des hohen ökonomischen Drucks auf die Kliniken zu früh entlassen werden. Schließlich wird die Fallpauschale nicht höher, wenn der Patient länger liegt.

Mein Fazit: das neue Vergütungssystem bietet viele Chancen. Aber nur, wenn die Krankenhäuser die unternehmerischen Anforderungen eines verschärften Wettbewerbs mit einer optimalen Patientenbetreuung in Einklang bringen können.

Wir brauchen eine bessere Verknüpfung der stationären und der ambulanten Ver-

sorgung. Dazu sind fachliche Konzepte notwendig. Hier liegt eine wichtige Aufgabe für die gesamte Ärzteschaft.

Auswahl wirkstoffgleicher Arzneimittel durch die Apotheker

Ein anderes Top-Thema ist die Auswahl wirkstoffgleicher Arzneimittel durch den Apotheker. Dieser Vorschlag der Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt birgt unkalkulierbare Risiken für die Patienten!

Die Verantwortung für Arzneimittelverschreibung muss beim Arzt bleiben. Denn, wer generell das billigste Arzneimittel als Wundermittel zur Kostendämpfung wählt, setzt die Gesundheit der Patienten aufs Spiel.

Wir brauchen eine Kombination aus:

- mehr Flexibilität bei der Abgabe von Arzneimitteln,
- einem neuen System der Honorierung der Leistungen der Apotheken
- und der Einführung eines freiwilligen Arzneimittelpasses. Nur so kann eine Kostendämpfung erreicht werden, ohne gleichzeitig die Patientensicherheit zu gefährden.

Man könnte beispielsweise die derzeitige „aut idem“-Regelung modifizieren. Bisher können Ärzte auf dem Kassenrezept ankreuzen, dass der Apotheker substituieren darf. Dieses Regel-Ausnahme-Verhältnis muss aber umgekehrt werden, damit von der Substitutionsmöglichkeit mehr Gebrauch gemacht wird. Dabei werden die Ärzte Arzneimittel auch künftig namentlich verschreiben. Die Apotheker müssten dann das preiswerteste wirkstoffgleiche Präparat auswählen. Die Ärzte könnten aber eine Substitution – wenn notwendig – durch Ankreuzen auf dem Rezept ebenso abschließen.

Natürlich muss der Apotheker und nicht der Arzt die finanzielle Verantwortung für die Arzneimittelauswahl tragen. Denn: dafür kann der Arzt nicht in Haftung genommen werden. Zudem muss die Vergütung der Apotheken auf neue Beine gestellt werden. Bisher wird der Apotheker – ohne Rücksicht auf den unterschiedlichen Beratungsaufwand – nach der Höhe des Arzneimittelpreises vergütet.

Angemessener wäre jedoch eine Honorierung, die sich an den tatsächlichen Leistungen des Apothekers orientiert, wie zum Beispiel am Beratungsaufwand oder der Lagerhaltung.

Arzneimittelpass

Seit dem LIPOBAY-Skandal ist auch der Arzneimittelpass ein aktuelles Thema. In Bayern wurde im vergangenen Jahr bereits ein Konzept für eine umfassende Telematikplattform vorgestellt. Es basiert auf Chipkarten- und Internettechnologie. Im Mittelpunkt des Projekts „*Bayerische Gesundheits-Chipkarte und Kommunikation*“ steht der Patient. Sowohl die Leistungsträger als auch die Leistungserbringer werden miteinander vernetzt. Das Pilotprojekt wird drei Jahre lang durchgeführt. Dabei werden Chancen und Nutzen des Konzeptes in verschiedenen Regionen Bayerns erprobt. Das Ziel ist natürlich eine bundesweite Umsetzung.

Das Projekt hat die Optimierung der medizinischen Versorgung zum Ziel. Doppelunteruntersuchungen sollen dabei vermieden werden.

Weitere Ziele sind:

- die verbesserte integrierte Versorgung chronisch Kranker,
- ein umfassender Überblick über die Medikation,
- die Verbesserung der Arzneimittelsicherheit durch Überprüfung von Verträglichkeit und Wechselwirkungen, sowie
- die Notfallversorgung durch sofortige Verfügbarkeit aller gesundheitlich relevanten Daten des Patienten.

Ein wesentliches Merkmal der zentralen Stellung des Patienten soll eine auf ihn ausgestellte Gesundheits-Chipkarte („Patientenkarte“) sein. Mit ihr kann der Patient über den Zugang zu seinen Gesundheitsdaten bei den Versorgern frei verfügen.

In der Modellphase werden das elektronische Rezept, der elektronische Arztbrief, der zahnärztliche Heil- und Kostenplan sowie notärztliche Versorgung erprobt. Um einen Missbrauch mit diesen sensiblen Daten zu verhindern, brauchen wir eine umfassende Sicherheitsinfrastruktur.

Das bayerische Konzept geht weit über die Vorstellungen der Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmid hinaus. Wir verzichten auf eine zwangsweise Einführung der Karte. Nur so kann die Eigenverantwortung des Bürgers im Hinblick auf seine Gesundheit gestärkt werden.

Die Marktrücknahme von LIPOBAY hat mehrere Mängel verdeutlicht. So ist zum Beispiel das bislang praktizierte Spontanerfassungssystem bei Risikomeldungen, die sich aus der Anwendung von Arzneimitteln ergeben, zu überdenken.

Wir brauchen eine systematische Erfassung aller unerwünschter Arzneimittelrisiken. Die Gesundheitsministerkonferenz hat mit Unterstützung Bayerns bereits im Juni vergangenen Jahres die Bundesgesundheitsministerin um die Erarbeitung eines Konzepts für die Etablierung eines deutschlandweiten Pharmakovigilanz-Systems zur Früherkennung und epidemiologischen Auswertung von Arzneimittelrisiken gebeten.

Die mit Hilfe dieses Systems gesammelten Daten können dann als Grundlage für politische Maßnahmen und die Verbesserung der Arzneimitteltherapie auch auf europäischer Ebene dienen.

Im Rahmen unserer Gesundheitsinitiative „*Bayern aktiv*“ wird gemeinsam mit der Universität Erlangen ein Netzwerk zur systematischen Erfassung von Informationen über unerwünschte Arzneimittelwirkungen aufgebaut. Nur so können wir Vorkommnisse wie zum Beispiel die angesprochene Marktrücknahme künftig vermeiden.

Hygiene in Krankenhäusern

Ein besonderes Anliegen des Ministeriums für Gesundheit, Ernährung und Verbraucherschutz ist die Hygiene in Krankenhäusern und Praxen, die ambulant operieren oder endoskopieren.

Hierzu hat kürzlich unter Beteiligung der BLÄK und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) bei meiner Staatssekretärin, Erika Görlitz, eine Besprechung stattgefunden. Dort wurde gemeinsam mit Experten nach Wegen gesucht, die Hygiene weiter zu verbessern.

Wesentliche Defizite sind beispielsweise das mangelnde Hygienebewusstsein, sowie der Mangel an Personal, das speziell auf diesem Gebiet fortgebildet ist. Das

betrifft sowohl den stationären als auch den ambulanten Bereich, das ärztliche und das Assistenzpersonal. Hier haben BLÄK und KVB schon anerkennenswerte Aktivitäten entfaltet, die weiter zu vertiefen sind.

Wir brauchen mehr Weiterbildung auf dem Gebiet der Hygiene. Die Definition des Begriffs Hygiene von Pettenkofer vor rund 130 Jahren ist noch immer gültig. *„Die negativen Einflüsse auf die Gesundheit zu beseitigen, die positiven Einflüsse zu stärken.“*

Hygiene ist Prävention! Sie bedeutet Gesunderhaltung und Verhütung von Krankheiten. Sie ist heute auch unter dem Kostendruck im Gesundheitswesen nötiger denn je.

Drogenpolitik

Noch ein Wort zur bayerischen Drogenpolitik. Ärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen sind sich ihrer Verantwortung für eine effiziente ärztliche Versorgung von Patienten mit dem Krankheitsbild Sucht, vor allem der Opiatabhängigkeit, bewusst. Deshalb gehört auch in Bayern die Substitutions-therapie zum Standard medizinischer Versorgung.

Die Bayerische Staatsregierung hält Substitution mit Methadon für eine geeignete Behandlungsform, wenn die Abstinenz als Therapieziel nicht aus den Augen verloren wird. Um dies zu erreichen, ist die alleinige Substitutionsbehandlung nicht genug. Es darf nicht lediglich ein Suchtmittel gegen ein anderes ausgetauscht werden. Um den Weg in ein drogenfreies Leben zu erreichen, ist neben der Substitution eine psychosoziale Begleittherapie unverzichtbar!

Deshalb sagen wir zum Heroinversuch der Bundesregierung „nein“. Denn Erfahrungen aus der Schweiz zeigen, dass die Abgabe des Suchtstoffes im Original kein Weg aus der Sucht ist. Hier wird zudem enorm viel Geld für eine relativ kleine Zahl von Suchtkranken ausgegeben. Auch die Legalisierung von Fixerstuben ist ein falsches Signal in unserem Kampf gegen illegale Drogen. Fixerstuben laufen den Zielen einer auf Prävention und abstinenzorientierte Hilfen setzenden Drogenpolitik zuwider. Deshalb wird es in Bayern auch in Zukunft keine Fixerstuben geben! Wir fördern stattdessen Konzepte, wie zum Beispiel Streetwork, nachgehende Sozialarbeit, niedrigschwellige Kontaktläden und Notschlafstellen.

Es gibt zahlreiche vielversprechende Ansätze, wie zum Beispiel

- Ausbau und Verbesserung der Bedingungen für eine effiziente Substitutionsbehandlung, vor allem Sicherung der psychosozialen Begleitung.
- Vernetzung von allen in einer Region tätigen Institutionen im Bereich Suchthilfe: also von Ärzten, Apothekern, Kommunen, Suchthilfesystemen, soziale Leistungsträger, Polizei, Staatsanwaltschaften und Gerichtsbarkeit (das „Augsburger Modell“ hat uns dazu wichtige Erkenntnisse geliefert).
- Beteiligung am landesübergreifenden Modellprojekt zur Frühintervention bei erst auffälligen Drogenkonsumenten.

Darüber hinaus sind auch Aussiedler aus den GUS-Staaten eine neue Zielgruppe für die Drogenhilfe. Sie stellen einen überproportionalen Anteil an den Dro-

gentoten. Wirksame Drogenhilfe setzt hier zunächst die Überwindung sprachlicher Barrieren und Berücksichtigung kultureller Unterschiede voraus. Wir brauchen eine Vernetzung von Aussiedler-Hilfen und der Suchthilfe.

Trotz der Fokussierung der Medien auf illegale Drogen in der Suchtpolitik, ist es eine Tatsache, dass die legalen Suchtmittel Alkohol und Nikotin weit schlimmere Folgen für die gesamte Volksgesundheit haben.

In Deutschland gibt es rund 150 000 Schwerstdrogenabhängige, aber bereits ca. 5,4 Millionen Alkoholabhängige! Im vergangenen Jahr zählte man 2000 Drogentote, aber 40 000 Todesfälle durch Alkoholkonsum!

Prävention gegen Alkoholmissbrauch und Tabakkonsum ist enorm wichtig. Deshalb fördern wir Projekte wie zum Beispiel „Be hard – drink soft“ oder „Be smart, don't start“. Doch auch im täglichen Arzt-Patient-Kontakt muss das Thema Alkohol und Nikotin präsent sein. Hier ist vor allem Ihre Mithilfe gefordert.

Die bayerischen Ärzte zeigen mit den Themen für ihren 54. Ärztetag, dass sie ihrer Mitverantwortung gerecht werden – für die medizinische Versorgung im Ganzen und im Detail.

Ihnen, meine Damen und Herren, gebührt unser Dank und unsere ganze Anerkennung, für Ihre tägliche, vielfältige, gute Arbeit bei der medizinischen Versorgung unserer Bürger!

Für Ihren Bayerischen Ärztetag wünsche ich Ihnen lebhaft und fruchtbare Diskussionen, ein gutes Gelingen und schöne und anregende Tage in Deggendorf!