



## **Positionen der Bundesärztekammer zur Bundestagswahl 2017**

Berlin, 26.08.2016

## **Ärztliche Freiberuflichkeit stärken**

Der Arztberuf ist seiner Natur nach ein freier Beruf. Die medizinisch-fachliche Weisungsungebundenheit des Arztes und die im ärztlichen Berufsrecht verankerte Verpflichtung zur Übernahme von Verantwortung für das Wohl seines Patienten einerseits und gegenüber der Gesellschaft andererseits, stellen den wirksamsten Patientenschutz dar. Jedoch werden die Wesensmerkmale freiheitlicher Berufsausübung durch Kommerzialisierung, Kontrollbürokratie und durch staatliche Interventionen zunehmend in Frage gestellt. Die Überregulierung unseres Gesundheitssystems, insbesondere in der gesetzlichen Krankenversicherung, hat dazu geführt, dass Ärztinnen und Ärzte immer weniger Zeit für ihre ureigenste Aufgabe haben, den Dienst am Patienten.

Die legitimen Erwartungen der Patientinnen und Patienten an eine individuelle, qualifizierte gesundheitliche Betreuung können Ärzte nur unter fairen Rahmenbedingungen erfüllen. Die Ärzteschaft fordert deshalb von der Politik ein klares und für die Ärzte verlässliches Bekenntnis zum Erhalt und zur Stärkung der ärztlichen Freiberuflichkeit. Der notwendige Raum für Therapiefreiheit und Therapieverantwortung muss erhalten und im Gegensatz zur zunehmenden Verrechtlichung der Medizin wiederhergestellt werden.

Die freie Arztwahl ist ein Patientenrecht und Ausdruck von Patientenautonomie. Maßnahmen zur Steuerung der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen dürfen deshalb nicht zu einer Bevormundung von Patienten führen und das Recht auf die freie Arztwahl beschneiden.

## **Handlungsspielraum der Ärztlichen Selbstverwaltung sichern**

Ärztliche Selbstverwaltung ist Ausdruck der Freiberuflichkeit. Vielfältige Regulierungen haben jedoch die Kompetenzen der ärztlichen Selbstverwaltung immer weiter beschnitten. Einen vorläufigen Höhepunkt staatlicher Einflussnahme bildet das Selbstverwaltungsgesetz, das den Handlungsspielraum der Körperschaften niedergelassener Ärztinnen und Ärzte durch vielfältige Durchgriffsrechte und Genehmigungsvorbehalte des Staates massiv einengt.

Eine handlungsfähige ärztliche Selbstverwaltung ist aber ein entscheidender Faktor, um Qualität und Professionalität des Arztberufes zu sichern und zugleich am besten geeignet, den ärztlichen Sachverstand in die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens einzubeziehen.

Die Politik ist deshalb aufgefordert, der ärztlichen Selbstverwaltung wieder die Gestaltungsspielräume zu geben, die sie für die Sicherung einer hochwertigen gesundheitlichen Versorgung der Patientinnen und Patienten benötigt.

### **Duales Krankenversicherungssystem fit für die Zukunft machen**

Das duale Versicherungssystem mit den beiden Säulen Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und Private Krankenversicherung (PKV) sichert die große Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens. Diese Leistungsfähigkeit darf nicht durch die Einführung eines Einheitssystems gefährdet werden. Die Bürgerversicherung löst kein einziges Problem des deutschen Gesundheitssystems, sondern schafft nur neue. Sie verhindert Wettbewerb und gefährdet die Therapiefreiheit des Arztes sowie die Wahlfreiheit der Bürger. Dagegen sorgt der Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV für ein hohes Leistungsniveau auch in der gesetzlichen Krankenversicherung. Beide Systeme sind zu stärken und an die Herausforderungen der Zukunft anzupassen.

Im Bereich der Privaten Krankenversicherung sind Transparenz und Vergleichbarkeit der Tarife, ein umfassender Verzicht auf unangemessene Anreize für Versicherungsvermittler sowie ein suffizienter Schutz des Versicherten vor inadäquaten Tarifsteigerungen unverzichtbar. Ebenso muss die Portabilität der Altersrückstellungen unter anderem zur Erleichterung des Versicherungswechsels verbessert werden. Bei der Gesetzlichen Krankenversicherung ist bei der gebotenen Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs auf eine ausgewogene Verteilungssystematik zu achten. Eine einseitige politische Begünstigung einer Kassenart würde die für den Wettbewerb erforderliche Pluralität der Kassenarten gefährden und somit ebenfalls die Wahloptionen und Versorgungsangebote der Patienten verringern.

## **Masterplan Medizinstudium 2020 zügig umsetzen**

Die Ärzteschaft begrüßt die Initiative von Bund und Ländern, dem Nachwuchsmangel im ärztlichen Bereich mithilfe eines „Masterplan Medizinstudium 2020“ entgegen zu treten. Die Gesundheits- und Wissenschaftsminister von Bund und Ländern sind aufgefordert, zügig Maßnahmen zur Weiterentwicklung und Modernisierung der medizinischen Ausbildung zu ergreifen.

Für eine zielgerichtete Auswahl von Studierenden für das Fach Medizin sollten neben der Abiturnote weitere Kriterien für das Auswahlverfahren herangezogen werden. Dazu zählen unter anderem psychosoziale Kompetenzen, soziales Engagement, besondere naturwissenschaftliche Kenntnisse und einschlägige Berufserfahrung. Universitäten müssen objektive und transparente Auswahlverfahren durchführen und hierzu neue Verfahren mit wissenschaftlicher Begleitforschung und Evaluation erproben können. Universitäten, die objektivierbare Assessments auf rechtlich abgesicherter Basis transparent durchführen, müssen in diesem Punkt finanziell unterstützt werden. Für die Assessments müssen bundeseinheitliche Kriterien festgelegt werden. Dringend notwendig ist es, die Zahl der Studienplätze bundesweit um mindestens zehn Prozent zu erhöhen und an allen medizinischen Fakultäten in Deutschland Lehrstühle für Allgemeinmedizin einzuführen. Den diskutierten Vorschlag, im Praktischen Jahr ein Pflichtquartal in der Allgemeinmedizin einzuführen, lehnt die Ärzteschaft ab. Entsprechend dem Wunsch der Studierenden sollte das Praktische Jahr nicht durch weitere Pflichten reguliert werden, vielmehr sollten die Wahlmöglichkeiten auch durch Integration von Ausbildungsangeboten in der ambulanten Versorgung gestärkt werden. Eine Landarztquote, wie sie derzeit diskutiert wird, ist ebenfalls ungeeignet, zumal nur die wenigsten Bewerber vor ihrem Studium einschätzen können, welche Fachrichtung sie später einschlagen wollen. Ziel muss vielmehr eine Weiterentwicklung der Ausbildung insgesamt unter Einbeziehung der Erkenntnisse aus Modellstudiengängen sein: Eine gute und breit angelegte Ausbildung ist die Grundlage für eine flexible Berufsausübung entsprechend dem jeweiligen Versorgungsbedarf.

## **Ärztlichen Nachwuchs fördern/Ambulante Weiterbildung ausreichend finanzieren**

Die für den Erwerb der Facharztkompetenz erforderlichen Weiterbildungsinhalte werden in vielen Fächern längst nicht mehr ausschließlich im stationären Bereich vermittelt. Zunehmend gewinnen auch Weiterbildungsstätten der ambulanten Versorgung an Bedeutung. Für viele angehende Fachärzte ist eine sektorenübergreifende Weiterbildung sowohl in Kliniken als auch in ambulanten Einrichtungen sinnvoll.

Dabei muss die Finanzierung der ambulanten Weiterbildung der Tatsache gerecht werden, dass Weiterbildung vom ersten Tag an Berufsausübung und im Gegensatz zum Studium keine Ausbildung ist. Deshalb müssen für die ambulante Weiterbildung mindestens die gleichen tariflichen Konditionen gelten wie in den Krankenhäusern und die Finanzierung der ambulanten ärztlichen Weiterbildung muss gesetzlich als Vergütung ärztlicher Leistungen geregelt werden.

## **Für eine bedarfsgerechte Finanzierung der Krankenhäuser**

Krankenhäuser müssen wegen fehlender Investitionsmittel mehr und mehr Gelder aus der Betriebsfinanzierung zur Abdeckung unaufschiebbarer, investiver Maßnahmen zweckentfremden. Mittlerweile beläuft sich der Investitionsstau in den Krankenhäusern auf 27 bis 30 Milliarden Euro. Darunter leiden in den Kliniken gleichermaßen Patienten und Personal.

Die Länder müssen endlich ihren Investitionsverpflichtungen vollumfänglich nachkommen. Die grundgesetzlich verbrieft Krankenhaushoheit muss auf Landesebene verbleiben.

Änderungsbedarf besteht auch bei der Systematik der Fallpauschalenvergütung. Kliniken in dünn besiedelten Regionen können sich aus den DRG-Vergütungen kaum mehr kostendeckend finanzieren, was sich mehr und mehr auch auf das verfügbare Personal auswirkt. Krankenhäuser und Kostenträger brauchen deshalb bei ihren Budgetverhandlungen mehr Ermessensspielräume, damit die Sicherstellung der

wohnnahen Krankenhausbehandlung in strukturschwachen Gebieten ebenso berücksichtigt werden kann, wie die Finanzierung von Extremkostenfällen.

Die Verbesserung von Strukturqualität steigert nachweislich die Ergebnisqualität, erfordert aber weniger bürokratischen Dokumentations- und Kontrollaufwand. Daher und vor dem Hintergrund des wachsenden Behandlungsbedarfs der Bevölkerung und des medizinischen Fortschritts sind außerdem verbindliche Regelungen zum Personalbedarf (qualitativ und quantitativ) und die volle Refinanzierung der Tariflohnsteigerungen und Personalentwicklungskosten notwendig.

Zudem fordert die Ärzteschaft die Politik auf, eine verbindliche und gerechte Lösung für die Notfallversorgung im SGB V zu treffen. Eine deutliche Steigerung der für die Notfallversorgung in den ambulanten und stationären Vergütungssystemen zur Verfügung stehenden Finanzmittel ist zu veranlassen, auch durch sektorenübergreifende Finanzierung und Versorgung.

### **Pluralität statt Einheitsgewerkschaft/Tarifeinheitgesetz aufheben**

Das Tarifeinheitgesetz ist undemokratisch und verfassungswidrig. Artikel 9 des Grundgesetzes garantiert die freie gewerkschaftliche Betätigung. Diese Koalitionsfreiheit gilt ausdrücklich für jeden und für alle Berufe und darf nicht durch Gesetz entzogen werden. Hierbei handelt es sich um ein Grundrecht, das nicht unter einem Mehrheitsvorbehalt steht, sondern auch und vor allem für Minderheiten gilt. Zudem gefährdet das Gesetz die Patientenversorgung, weil es Ärzten die Möglichkeit nimmt, für angemessene Rahmenbedingungen ihrer ärztlichen Tätigkeit wirksam einzutreten. In kaum einem Land wird so wenig gestreikt wie in Deutschland. Pro 1.000 Beschäftigte fallen hierzulande streikbedingt jährlich nur etwa 16 Arbeitstage aus. In Großbritannien gab es zuletzt 26 Streiktage, in Dänemark 106 und in Frankreich sogar 150.

In Anbetracht dieser Zahlen gibt es keinen Grund, berufsspezifische Gewerkschaften per Gesetz an der Ausübung einer eigenständigen Tarifpolitik zu hindern. Die Ärzteschaft fordert die Politik auf, dieses Gesetz unverzüglich aufzuheben.

Ebenso dürfen erreichte Verbesserungen des Arbeits- und damit des Patientenschutzes, wie das Verbot überlanger Arbeitszeiten, nicht aufgeweicht werden.

### **Qualitätssicherung nicht zweckentfremden, Patientensicherheit nicht aufs Spiel setzen**

Das mit dem Krankenhausstrukturgesetz vorgesehene Konzept von Qualitätszu- und -abschlägen, das aus Belohnung und Strafe mittels Geldentzug oder -zuwendung für stationäre Leistungen besteht, ist nicht zweckmäßig: Nicht absehbar sind die Risiken für Fehlsteuerung, zu groß die methodischen Herausforderungen.

Dies zeigt sich auch am kürzlich vorgelegten Konzept des IQTIG zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren. Das Ziel einer praktikablen und patientenorientierten Neuausrichtung der Krankenhausplanung in den Ländern dürfte damit kaum erreichbar sein. Vor allem aber drohen die bisherigen Bestrebungen zur Verankerung einer Sicherheitskultur in den Einrichtungen der Gesundheitsversorgung durch eine unzulässige Reduzierung auf ein System aus Schuld und Sanktionen zurückgeworfen zu werden. Die Ärzteschaft fordert, den Kurs einer vorgeblichen Qualitätsoffensive zu revidieren und sich auf die in den letzten knapp 16 Jahren erzielte einrichtungsübergreifende stationäre Qualitätssicherung zu konzentrieren. Diese gilt es unter sektorenübergreifender Perspektive weiterzuentwickeln. Das gegenwärtige Verfahren mit Benchmarks (Vergleich der Krankenhäuser untereinander) und Strukturiertem Dialog (qualifiziertes Feedback über die Ergebnisse an die Krankenhäuser) bietet den notwendigen Raum, den die Krankenhäuser zur Reflexion und Weiterentwicklung ihres Handelns benötigen.

### **Interprofessionelle Kooperation statt Substitution ärztlicher Leistungen**

Die Ärzteschaft unterstützt die Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen bei klaren Verantwortlichkeiten. Erfolgversprechend sind insbesondere die Förderung der interprofessionellen Kooperation auf der Basis vorhandener Kompetenzen und die Integration unterschiedlicher beruflicher Kompetenzen in einem multiprofessionellen Team. Nur durch eine enge Zusammenarbeit der Ärzte mit Angehörigen der Gesundheitsfachberufe können die gegenwärtigen und zukünftigen

Probleme, etwa hinsichtlich der soziodemografischen Entwicklung und der Komplexität der modernen Medizin, bewältigt werden.

Der Vorbehalt des Arztes für die Diagnose- und Indikationsstellung, die Therapieentscheidungen und die Gesamtverantwortung im Rahmen des Behandlungsprozesses sind jedoch unverzichtbar, gerade bei immer komplexer werdenden Versorgungsprozessen und -strukturen sowie aus Gründen der Patientensicherheit. Es sind deshalb solche Berufs- und Kooperationskonzepte zu fördern, die zur Unterstützung und Entlastung des Arztes im Sinne des Delegationsprinzips beitragen.

Als nicht zielführend wird die Schaffung einer neuen Versorgungsebene mit Verlagerung ärztlicher Zuständigkeiten auf nichtärztliche Gesundheitsberufe angesehen. Als Folge wären eine weitere Zersplitterung der Versorgungslandschaft, die Schaffung neuer Schnittstellen, der Verlust von Informationen und ein steigender Bedarf an Koordination zu befürchten. Dies würde unnötig Ressourcen binden, die dann der unmittelbaren Patientenversorgung verloren gehen. Daher werden Bestrebungen nach einem Direktzugang des Patienten zur Versorgung z. B. im Bereich der Heilmittel, ohne voraus gehende ärztliche Differentialdiagnostik, oder weitere Forderungen nach einer Substitution originär ärztlicher Leistungen strikt abgelehnt.

### **Gesundheitskarte für alle Geflüchteten**

Alle Geflüchteten – unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus – brauchen nach der Erstuntersuchung eine Gesundheitskarte, um ressourcenschonend in das Regelsystem der Gesundheitsversorgung eingegliedert zu werden. Der schnelle und unbürokratische Zugang zur ärztlichen Regelversorgung verhindert, dass Krankheiten sich verschlimmern. Auch kann die gesundheitliche Versorgung von Geflüchteten mittel- und langfristig nicht auf ehrenamtlicher Basis erfolgen. Die Ärzteschaft fordert auch aus diesem Grund die Politik auf, die finanzielle und personelle Ausstattung des öffentlichen Gesundheitsdienstes zu stärken. Die zuständigen Behörden müssen ausreichend fachlich und interkulturell qualifizierte Dolmetscher für eine adäquate gesundheitliche Versorgung zur Verfügung stellen.



Für die Übernahme der dadurch entstehenden Kosten müssen die gesetzlichen Voraussetzungen geschaffen werden.

Darüber hinaus wird die Politik aufgefordert, wesentliche Teile des im März 2016 in Kraft getretenen Asylpakets II nachzubessern. Es ist aus ärztlicher Sicht unethisch, dass als Abschiebungshindernis nur noch lebensbedrohliche oder schwerwiegende Erkrankungen gelten sollen, die sich durch die Abschiebung wesentlich verschlechtern würden. Weitere Änderungen sind bei den Regelungen zum beschleunigten Asylverfahren zum Beispiel für Menschen aus sogenannten sicheren Herkunftsstaaten notwendig. Akute oder chronische Erkrankungen lassen sich in den vorgegebenen kurzen Fristen weder sicher diagnostizieren noch ausschließen. Opfer von Folter und anderen schweren Menschenrechtsverletzungen müssen aus dem beschleunigten Asylverfahren herausgenommen werden.

### **Normung von Gesundheitsdienstleistungen verhindern**

Normen sind in unserem Gesundheitswesen allgegenwärtig. Im medizintechnischen Bereich tragen sie zur Patientensicherheit und Versorgungsqualität bei. Die EU-Kommission verfolgt jedoch zunehmend die Strategie, Gesundheitsdienstleistungen – so auch ärztliche Tätigkeiten – ebenfalls zum Gegenstand von Normung zu machen. Die Ärzteschaft lehnt dies ab.

Zudem beschneidet die Standardisierung von Gesundheitsdienstleistungen das Recht der EU-Mitgliedstaaten, die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung eigenverantwortlich durchzuführen. Grundlegende Inhalte ärztlicher Tätigkeit sind in Deutschland über Aus-, Weiter- und Fortbildung und entsprechende berufsrechtliche Anerkennungsverfahren geregelt. Die Ausübung des Arztberufs erfordert eine sehr hohe fachliche Qualifikation sowie die Beachtung des allgemein anerkannten Standes der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft, die in medizinischen Leitlinien abgebildet wird. Normen sind hierzu ungeeignet. Sie werden auch dem individuellen Patienten-Arzt-Verhältnis nicht gerecht.

Die europäischen Standards werden von Normungsgremien gesetzt, die in Deutschland gesetzlich nicht dafür zuständig sind, nicht über die standesrechtliche und fachliche Kompetenz verfügen und die keiner staatlichen Aufsicht unterliegen.

## **Ärztliche Versorgungswerke stärken**

Die Ärzteschaft hat erfolgreich berufsständische Versorgungswerke aufgebaut, die die Altersversorgung der Kammermitglieder gewährleisten. Dieses gilt für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte wie für Kollegen in einem Angestelltenverhältnis gleichermaßen. Die Pflichtmitgliedschaft in einer Ärztekammer muss ein konstitutionelles Kriterium für eine Mitgliedschaft in den ärztlichen Versorgungswerken bleiben.

## **Für eine moderne und transparente GOÄ**

Ziel der Ärzteschaft ist es, eine moderne und kontinuierlich auf dem Stand des medizinischen Fortschritts und der Kostenentwicklung gehaltene ärztliche Gebührenordnung zu schaffen. Die neue GOÄ muss verständlicher, transparenter und in ihrer Anwendung besser nachvollziehbar werden und sie muss ihre „doppelte Schutzfunktion“, wie in § 11 Bundesärzteordnung festgelegt, bewahren. Sie soll den Patienten vor finanzieller Überforderung, den Arzt vor einem ruinösen „Unterbietungswettbewerb“ schützen.

Die Bundesärztekammer fordert die künftige Bundesregierung auf, die Novelle der Gebührenordnung für Ärzte auf Grundlage des gemeinsamen Vorschlages von Bundesärztekammer, PKV-Verband und Beihilfeträgern umzusetzen und damit mehr Transparenz und Rechtssicherheit für Patienten und Ärzte zu schaffen.