

121. Hauptversammlung 19./20.05.2012 in Nürnberg

BESCHLÜSSE

- Nr. 1 Resolution zur Änderung der Approbationsordnung
- Nr. 2 Orientierungswert
- Nr. 3 Krankenhausfinanzierung dringend bundeseinheitlich anpassen
- Nr. 4 Bessere finanzielle Ausstattung der Krankenhäuser
- Nr. 5 Fusionen kontrollieren, Trägerpluralität bewahren
- Nr. 6 Norm- und Orientierungsrahmen für die Bewertung der Krankenversicherung der Zukunft
- Nr. 7 Priorisierung in der Medizin
- Nr. 8 Sprachkenntnisse verbessern
- Nr. 9 Chefarztverträge – Bedenkliche finanzielle Anreize vermeiden
- Nr. 10 Grundstruktur der Weiterbildungsordnung erhalten
- Nr. 11 Evaluation der Weiterbildung – Ergebnisse und Konsequenzen
- Nr. 12 Ergänzung des § 7 Abs. 1 der Muster-Weiterbildungsordnung (MWBO) 2003 in der Fassung vom 25. Juni 2010
- Nr. 13 Weiterbildung in Teilzeit
- Nr. 14 Weiterentwicklung der (Muster-)Weiterbildungsordnung – Nicht nur Module diskutieren
- Nr. 15 Modul-Diskussion in der Weiterbildungsordnung
- Nr. 16 Pflichtweiterbildungszeit im ambulanten Sektor
- Nr. 17 Einsätze im Rettungsdienst für die Weiterbildung während der Arbeitszeit ermöglichen
- Nr. 18 Keine Verdichtung der ärztlichen Grundausbildung

- Nr. 19 Verkürzung der Mindestdauer einer Famulatur
- Nr. 20 Kommunikation im Social Web unterliegt berufsrechtlichen Grenzen
- Nr. 21 Kurative und präventive/rehabilitative ärztliche Tätigkeit als gleichwertig anerkennen
- Nr. 22 Gleiche Dienstvergütung für Sanitätsoffiziere wie für Ärzte an zivilen Kliniken
- Nr. 23 Verbesserung der Arbeits- und Entgeltbedingungen für Ärztinnen und Ärzte im Rettungsdienst
- Nr. 24 (Rahmen-)Tarifvertrag für ärztliche Angestellte im ambulanten Bereich
- Nr. 25 Gleiche Arbeitsbedingungen für Ärzte in Weiterbildung aus Drittstaaten
- Nr. 26 Rettungsdienstträger in der Verantwortung für Nachwuchsgewinnung und Weiterbildung
- Nr. 27 Unterstützungsadresse an streikwillige britische Ärzte und Ärztinnen – Letter of Solidarity to british doctors considering strike action over pensions

Beschluss Nr. 1 Resolution zur Änderung der Approbationsordnung

Die 121. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

1. Der Marburger Bund begrüßt die Abschaffung des Hammerexamens und die Verlegung des schriftlichen Teils vor das Praktische Jahr.
2. Der Marburger Bund begrüßt den Erhalt der Wahlfreiheit im Praktischen Jahr und die Ablehnung des Pflichtabschnitts „Allgemeinmedizin“.
3. Der Marburger Bund unterstützt die Ablehnung der Quartalisierung des Praktischen Jahres.
4. Der Marburger Bund begrüßt die Erhöhung der Fehltage im Praktischen Jahr sowie die Einführung der Möglichkeit, das Praktische Jahr auf Teilzeitbasis absolvieren zu können.
5. Der Marburger Bund unterstützt die Erhöhung der Mobilität im Praktischen Jahr.
6. Der Marburger Bund lehnt jede weitere Einschränkung der Wahlfreiheiten bei den Famulaturen ab.
7. Der Marburger Bund lehnt die Begrenzung der Ausbildungsvergütung im Praktischen Jahr ab.

Beschluss Nr. 2 Orientierungswert

Die 121. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert die vollständige Refinanzierung von Tarifierhöhungen und die bindende Einführung des durch das Statistische Bundesamt ermittelten vollständigen Orientierungswertes ab 2013. Er fordert die Bundesregierung auf, an den ursprünglich mit dem Orientierungswert verfolgten Zielen festzuhalten und diesen so zu gestalten, dass im Ergebnis eine verlässliche und ausreichende Finanzierung der steigenden Personal- und Sachkosten im Krankenhaus möglich ist.

Soweit der Orientierungswert nur eine andere Begrifflichkeit und Methodik für das gleiche unzureichende Ergebnis darstellen soll, wird dies abgelehnt.

Beschluss Nr. 3 Krankenhausfinanzierung dringend bundeseinheitlich anpassen

Die 121. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Landesbasisfallwert (LBFW), also die Berechnungsgrundlage für Krankenhausleistungen, die von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich ist, muss umgehend bundesweit vereinheitlicht und „von unten nach oben“ auf das gegenwärtig höchste Niveau angehoben werden.

Beschluss Nr. 4 Bessere finanzielle Ausstattung der Krankenhäuser

Die 121. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Angesichts der Ergebnisse der Mitgliederumfrage des Marburger Bundes 2007 und 2010

- 52 bzw. 41 schlecht oder sehr schlechte Arbeitsbedingungen, im Durchschnitt 1,5 unbesetzte Arztstellen pro Abteilung,

angesichts der Verletzungen des Arbeitszeitgesetzes die in der Evaluation der Weiterbildung 2011 dokumentiert wurden

- *Circa 80 % der Ärztinnen und Ärzte üben Bereitschaftsdienste aus, davon halten fast 30 % nie oder sehr selten die Ruhezeiten gemäß Arbeitszeitgesetz ein, lediglich bei ca. 8 % der Ärztinnen und Ärzte immer, 66 % arbeiten nach Beendigung ihres Bereitschaftsdienstes weiter und 82 % davon müssen einer regulären Tätigkeit nachgehen.*

angesichts der Bestätigung von Arbeitszeitverletzungen im Krankenhaus in Landtag NRW durch kleine Anfragen

- *Im ersten Halbjahr 2010 wurden in 37 der 40 überprüften Krankenhäuser insgesamt 101 Verstöße festgestellt. (Drucksache 15/263).*
- *Obgleich die Aufsichtsbehörden seit 2010 nur fünfzehn Prozent der Kliniken in NRW stichprobenartig untersucht haben, wurden rund 200 Arbeitszeitverstöße festgestellt, geahndet wurden nicht mal zehn (Drucksache 15/1256).*

angesichts der Schäden für Patienten und der strafrechtlichen Folgen für Ärzte und Pflegepersonal durch Übermüdung und Verletzung des Arbeitszeitgesetzes

- *Behandlungsfehler, von denen nach Ansicht der Bundesärztekammer viele durch Übermüdung und „durch erhebliches Maß an Organisationsverschulden“, so die Begründung des Urteils, der Ärzte passieren.*
- *Ärztin verwechselt Blutkonserven nach 24 Stundenschicht (Bild 115/20 Freitag, 18.5.2012).*

fordert der Marburger Bund, die Unterfinanzierung der Krankenhäuser, die nur durch Personaleinsparungen und zu hoher Arbeitsverdichtung auf Kosten von Patienten und Krankenhauspersonal aufgefangen wurde, zu beenden. Die Krankenhäuser müssen endlich finanziell ausreichend ausgestattet werden.

Defizite durch Investitionskosten, Tarifsteigerungen und Fortschritt in der Medizin dürfen nicht weiter auf dem Rücken der Patienten und Beschäftigten ausgetragen werden.

Beschluss Nr. 5 Fusionen kontrollieren, Trägerpluralität bewahren

Die 121. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Zu den Kennzeichen der Krankenhausversorgung in Deutschland gehören die Vielfalt und das gleichberechtigte Nebeneinander verschiedener Trägerorganisationen. In Verbindung mit dem Sicherstellungsauftrag der Länder und Kommunen für die Krankenhausversorgung hat diese Trägerpluralität zu einem flächendeckenden, leistungsstarken stationären Versorgungssystem geführt. Nur dort, wo sich Patienten im Rahmen ihrer freien Krankenhauswahl zwischen unterschiedlichen Trägern entscheiden können, bleibt die Qualität der Versorgung auch langfristig gewahrt.

Deshalb müssen größere Fusionen von Krankenhausunternehmen immer auch Anlass sein, die sich daraus ergebenden Konsequenzen für die stationäre Versorgung zu analysieren. Notwendig ist vor allem eine strenge wettbewerbsrechtliche Prüfung der Fusionsabsicht. Dabei muss insbesondere geprüft werden, ob in einzelnen Regionen und für einzelne Fachdisziplinen eine marktbeherrschende Stellung entsteht. Wo dies der Fall ist, muss das Bundeskartellamt konsequent von der Möglichkeit zu Auflagen Gebrauch machen. Darüber hinaus muss verhindert werden, dass die Kosten der Fusionen/Käufe von den Mitarbeitern der Häuser refinanziert werden müssen.

Beschluss Nr. 6 Norm- und Orientierungsrahmen für die Bewertung der Krankenversicherung der Zukunft

Die 121. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Deutsche Ärztetag 2012 wird aufgefordert, die Prüfkriterien des 111. Deutschen Ärztetages als Norm- und Orientierungsrahmen für die Bewertung der Krankenversicherung der Zukunft zu nehmen.

Anlage: Auszug Ulmer Papier (Teil B – Finanzierung)

Beschluss Nr. 7 Priorisierung in der Medizin

Die 121. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Deutsche Ärztetag 2012 und die Bundesärztekammer werden aufgefordert:

Der Auftrag des 112. Deutschen Ärztetages 2009, in Mainz die öffentliche Diskussion um eine Priorisierung in der Medizin weiterzuführen, muss umgesetzt werden.

Der Marburger Bund begrüßt, dass die Bundesärztekammer eine AG „Priorisierung“ eingesetzt hat. Zu jeder Diskussion um „die Krankenversicherung der Zukunft“ gehört zwingend auch die öffentliche und transparente Auseinandersetzung mit der Priorisierung im Gesundheitswesen.

Es ist zu prüfen, ob ein eigenes Ressort der Bundesärztekammer eingerichtet werden soll, dessen Aufgabe die Gestaltung einer Rahmenkonzeption für die Priorisierung zur Vorlage in den politischen Gremien sein soll.

Beschluss Nr. 8 Sprachkenntnisse verbessern

Die 121. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Zur Erteilung einer Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufes nach § 10 der Bundesärzteordnung (BÄO) und zur Erteilung einer Approbation nach den §§ 3 oder 14 b der Bundesärzteordnung (BÄO) ist u.a. die Vorlage einer Bescheinigung eines anerkannten Sprachinstitutes über Sprachkenntnisse auf B2-Niveau (entsprechend europäischem Referenzrahmen) erforderlich.

Diese Sprachkenntnisse sind für den klinischen Alltag nicht hinreichend. Die Erfordernisse an die Qualität ärztlicher Arbeit sind derart, dass Kolleginnen und Kollegen, die lediglich Basiskenntnisse der deutschen Sprache aufweisen, erkennbar überfordert sind. Es kommt zu gefährlichen Missverständnissen zu Lasten von Patienten, es kommt zu erheblichen zusätzlichen Belastungen in den Kliniken.

Nach den derzeitigen Erfahrungen des Klinikalltags muss das Niveau B2 (GER) als im Alltag nicht ausreichend angesehen werden.

Im Hinblick auf die demnächst im Patientenrechtegesetz kodifizierte Dokumentationspflicht regt der Marburger Bund an, zusätzlich zu einem Test, der allein die mündliche Sprachkompetenz prüft, die Sprachkenntnis in Wort und Schrift in Anlehnung an die Juristenausbildung durch einen Kurzvortrag eines Falles zu prüfen.

Anzufertigen ist in dem Zusammenhang auch ein Arztbrief an einen weiter behandelnden Arzt unter Nennung der Anamnese, Epikrise und der wesentlichen Untersuchungsergebnisse sowie Therapieempfehlungen. Als bestanden ist der schriftliche Teil erst dann zu werten, wenn dieser Brief lediglich einiger orthografischer Korrekturen bedarf und ansonsten so an einen auswärtigen Arzt im Geschäftsverkehr gesendet werden könnte.

Die Fälle, die als Prüfungsfall durch Kliniken an die Approbationsbehörden eingereicht werden könnten, können in Zusammenarbeit mit den Ärztekammern erstellt und geprüft werden. Die Finanzierung könnte über die Gebühren des Approbationsverfahrens erfolgen. Der Nachweis durch Prüfung aus einem immer gleichen Fallpool wird der Bedeutung der Sache nicht gerecht und würde nur dazu führen, dass die bekannten Fälle auswendig gelernt werden.

Das Sprachniveau muss mindestens dem Level C1 entsprechen.

Wir sehen zusehende Probleme für die erfolgreiche Integration der betroffenen Kolleginnen und Kollegen.

Wir sehen Belastungen im kollegialen Miteinander innerhalb der Ärzteschaft aber auch der berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit im Krankenhaus.

Insbesondere sehen wir die Patientensicherheit gefährdet. Dies gilt insbesondere wenn in Abteilungen gleich mehrere Kolleginnen und Kollegen mit unzureichenden Sprachkenntnissen und unterschiedlicher Herkunft arbeiten.

Hier besteht dringender Handlungsbedarf.

Wir fordern eine bessere Unterstützung der Kolleginnen und Kollegen, die aus dem Ausland zu uns kommen.

Wir beauftragen den Bundesverband des Marburger Bundes, sich dieses Themas anzunehmen.

Beschluss Nr. 9 Chefarztverträge – Bedenkliche finanzielle Anreize vermeiden

Die 121. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Mit Sorge sieht der Marburger Bund, dass immer mehr Chefarztverträge variable Einkommensbestandteile vorsehen, die primär an das Erreichen ökonomisch orientierter Ziele (Fallzahlen/Deckungsbeiträge/Personalkosten etc.) gekoppelt sind.

Abgesehen davon, dass damit den Chefärztinnen/Chefärzten als Arbeitnehmern ein Teil des Betriebs- und Wirtschaftsrisikos des Arbeitgebers übertragen wird, sind derartige Regelungen auch aus ärztlich ethischer Sicht nicht akzeptabel.

Der Marburger Bund fordert die Krankenhausträger deshalb auf, rein ökonomisch orientierte Anreizmechanismen zu vermeiden und die berufsrechtlich gebotene ärztliche Unabhängigkeit von medizinischen Entscheidungen nicht zu gefährden.

Bonuszahlungen sollten sich deshalb vor allem an medizinisch-qualitativen Kriterien (z. B. Einführung von Qualitätskennzahlen bzw. Patientensicherheitssystemen/Aufgaben der Aus- und Weiterbildung/Mitarbeiterzufriedenheit etc.) orientieren.

Auch in Zielvereinbarungen für Krankenhausgeschäftsführungen müssen derartige Kriterien konsequenterweise breiten Raum einnehmen.

Beschluss Nr. 10 Grundstruktur der Weiterbildungsordnung erhalten

Die 121. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund spricht sich dafür aus, die Grundstruktur der Weiterbildungsordnung (WBO) mit Facharztkompetenzen und Zusatzbezeichnungen beizubehalten. Er fordert, die Bedeutung der WBO für die lebenslange ärztliche Tätigkeit nicht nur uneingeschränkt aufrecht zu erhalten, sondern weiter auszubauen.

Die Struktur der WBO demonstriert die für die fachärztliche Identität notwendige Einheit aus schwer standardisierbaren und nur persönlich zu vermittelnden Kenntnissen und Fähigkeiten und den zusätzlich zu erwerbenden (mess- und standardisierbaren) praktischen Kompetenzen.

Die WBO ist eine wesentliche Determinante für die Tätigkeit der in den Kliniken in Weiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzten.

Je geringer die Bedeutung der WBO, desto größer ist die Gefahr, dass nach der Weiterbildungszeit zusätzliche Qualifikationsanforderungen eingeführt werden, auf die der Marburger Bund und die verfasste Ärzteschaft weniger Einfluss hat als auf die WBO.

Die WBO darf jedoch nicht überfrachtet werden:

Der Marburger Bund fordert praktikable Möglichkeiten zur Nachqualifizierung, insbesondere bei der Einführung neuer Methoden und Verfahren. Der Marburger Bund unterstützt daher den systematischen Ansatz ergänzender „curricularer Fortbildungen“ und fordert, weitere noch niederschwelligere, bei den Kammern angesiedelte Möglichkeiten zur Dokumentation fachärztlicher Qualifikationen. Dies gilt insbesondere in den Fällen, in denen heute Bedeutung und Bedarf noch nicht endgültig eingeschätzt werden können (z.B. Logbücher/Register).

Die Ärztekammern werden aufgefordert, alle ihnen zur Verfügung stehenden Mittel zur adäquaten Berücksichtigung der persönlichen Eignung des/der Weiterbildungsbefugten bei der Erteilung der Weiterbildungsbefugnis auszuschöpfen. Die vom Marburger Bund hierzu bereits beschlossenen Kriterien sind unerlässliche Grundlage dieses Bewertungsprozesses.

Der Marburger Bund fordert die Analyse von Arbeitsabläufen unter Teilzeitbedingungen, um zu einer realistischen Einschätzung der Weiterbildungsbedingungen unter Teilzeit und der tatsächliche Auswirkungen auf Länge und Inhalt der Weiterbildung zu gelangen.

Beschluss Nr. 11 Evaluation der Weiterbildung – Ergebnisse und Konsequenzen

Die 121. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund begrüßt die nun zum zweiten Mal vorgenommene Veröffentlichung der - damit erstmals im Verlauf vorliegenden - Ergebnisse der Evaluation der Weiterbildung. Er fordert ausdrücklich, die Evaluation in verbesserter Form fortzusetzen.

Der Marburger Bund fordert Bundesärztekammer und Landesärztekammern auf, die aus den Ergebnissen zu ziehenden Schlussfolgerungen konsequent umzusetzen.

1. Die von vielen Landesärztekammern bereits begonnene Veröffentlichung von individuellen Ergebnissen der einzelnen Weiterbildungsstätten ist zu begrüßen, aber nur ein erster Schritt. Geeignete Weiterbilder und geeignete Weiterzubildende könnten so besser zueinander finden.
2. Der Marburger Bund fordert die Landesärztekammern auf, Weiterbildungsstätten mit Problemen zu identifizieren, damit sie von den Landesärztekammern die dringend notwendige Unterstützung vor Ort bekommen. Hierzu sollten die Beteiligten vor Ort die Ergebnisse in einem strukturierten Dialog mit den Landesärztekammern besprechen. Einige Landesärztekammern haben schon mit einer Umsetzung begonnen. Patenschaften für Weiterbildungsstätten, Tutorien, Beratungen der Ergebnisse in Fachgruppen, Schulungen, Visitationen durch die Ärztekammern sind dabei sinnvolle Instrumente.

Die Bundesärztekammer wird aufgefordert, in ihren Gremien einen Austausch über die Umsetzung in den Landesärztekammern herbeizuführen und auf dem nächsten Deutschen Ärztetag darüber zu berichten.

3. Die unzureichende Umsetzung fest geregelter Bestandteile der Weiterbildungsordnung (strukturierter Weiterbildungsplan, Vereinbarung von Weiterbildungszielen, jährliches Weiterbildungsgespräch) muss überprüft und mit Konsequenzen belegt werden. Förderprogramme für die persönliche Eignung des Weiterbilders und Weiterbildungsverträge mit verabredeter Zeit, Struktur und Inhalt könnten die Situation vor Ort verbessern.

Die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern werden aufgefordert, hierzu zum nächsten Deutschen Ärztetag ein verbindliches Verfahren vorzubereiten.

4. Wie die Ergebnisse der Weiterbildungsbefragung zeigen, wird die direkte Weiterbildung in der Regel durch die Oberärzte und Fachärzte einer Weiterbildungsstätte durchgeführt. Weiterzubildende aus kleineren Weiterbildungsstätten beurteilen ihre Weiterbildung positiver.

Die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern werden daher aufgefordert, die Möglichkeit einer Befugnis im Team zu überprüfen und dem nächsten Deutschen Ärztetag darüber zu berichten.

5. Trotz hoher Beteiligung der Weiterbilder in einigen Ländern war ein direkter Zugang zu den Weiterzubildenden schwierig.

Daher werden die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern aufgefordert, eine bundeseinheitliche Meldepflicht der sich in Weiterbildung befindlichen Assistenzärztinnen und -ärzte mit Erhebung der vier „W“ (wer, welche, wie viele Jahre, wo - wie schon auf dem Deutschen Ärztetag in Mainz 2009 beschlossen) einzuführen.

6. Die Situation nicht nur der Weiterzubildenden sondern auch der Weiterbildungsbefugten wird immer schwieriger.

Daher wird die Bundesärztekammer aufgefordert, die Situation der Weiterbildungsbefugten bei der nächsten Evaluation gesondert auszuwerten.

Beschluss Nr. 12 **Ergänzung des § 7 Abs. 1 der
(Muster-) Weiterbildungsordnung (MWBO)
2003 in der Fassung vom 25. Juni 2010**

Die 121. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der § 7 Abs. 1 der Muster-Weiterbildungsordnung ist um folgenden Passus zu ergänzen und damit die entsprechende Beschlusslage des Deutschen Ärztetages endlich zeitnah umzusetzen:

Insbesondere fehlt die persönliche Eignung, wenn der Weiterbilder seinen Pflichten nach § 5 Abs. 3 bis 6, § 8 Abs. 2 und § 9 wiederholt nicht nachgekommen ist. Gleiches gilt bei wiederholten Verstößen gegen die ärztliche Berufsordnung, die eine Rüge oder berufsrechtliche Maßnahmen nach sich gezogen haben sowie bei der Veranlassung und/oder Duldung von Verstößen gegen das Arbeitszeitgesetz.

Beschluss Nr. 13 **Weiterbildung in Teilzeit**

Die 121. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund spricht sich ausdrücklich für die Möglichkeit der Weiterbildung in Teilzeit aus. Dabei ist es – nicht zuletzt aufgrund des wachsenden Anteils von Ärztinnen in der Ärzteschaft – unabdingbar, auch über die Anerkennung von Teilzeittätigkeit unter 50 Prozent der Regelarbeitszeit sowie über die Anerkennung von Inhalten, Kenntnissen und Fertigkeiten, die in kürzeren Abschnitten als 6 Monaten erworben werden können, nachzudenken.

Der Marburger Bund fordert die Gremien der Bundesärztekammer und der Landesärztekammern auf, über entsprechende Regelungen zielführend und zeitnah zu diskutieren, entsprechende Regelungen zu erarbeiten und auf die Änderung gesetzlicher Regelungen, die diesem Ziel entgegenstehen, hinzuwirken.

Beschluss Nr. 14 **Weiterentwicklung der
(Muster-) Weiterbildungsordnung –
Nicht nur Module diskutieren**

Die 121. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der 112. DÄT 2009 in Mainz (Drucksache V – 09 und V – 14) hat die Bundesärztekammer (BÄK) beauftragt, eine Weiterentwicklung/Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) vorzubereiten. Um die MWBO der sich stetig geänderten Versorgungsrealität anzupassen wird die BÄK aufgefordert, nicht nur über die Einführung neuer Elemente (z.B. Module) nachzudenken, sondern eine umfassende Novellierung anzustreben.

Um eine zukunftssichere Neuausrichtung der MWBO zu gestalten, wird die Bundesärztekammer aufgefordert, einen detaillierten Fragenkatalog zu erarbeiten und die Ergebnisse dieser Befragung im Rahmen des nächsten Deutschen Ärztetages darzustellen.

Der Marburger Bund bietet dazu seine Unterstützung auch in Zusammenarbeit mit den Landesärztekammern an.

Beschluss Nr. 15 Modul-Diskussion in der Weiterbildungsordnung

Die 121. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Grundlage der Weiterbildungsordnung (WBO) ist der Anspruch, Strukturen für eine qualifizierte medizinische Versorgung der Bevölkerung zu schaffen.

Mit dem kontinuierlichen Fortschritt in der Medizin verändern sich auch die Anforderungen an die Versorgung und damit an die Ordnung der Weiterbildung.

Neue Elemente und Regularien machen nur dann einen Sinn, wenn die notwendigen Änderungen der WBO nicht im Rahmen der vorhandenen Regularien gelöst werden können und das neu einzuführende Element (z. B. Modul) die beste mögliche Lösung ist.

Gleichzeitig ist die klare fachärztliche Identität Voraussetzung für jede qualifizierte Versorgungsstruktur und muss erhalten bleiben.

Daher fordert der Marburger Bund die Bundesärztekammer auf, bei der Diskussion um die Einführung neuer Elemente in die WBO Folgendes zu berücksichtigen.

1. Evidenz – Neue Elemente sollen nur eingeführt werden, wenn klar ist, welches Problem damit gelöst werden soll. Vor ihrer Einführung müssen diese klar definiert und von anderen Bestandteilen der WBO abzugrenzen sein.
2. Kohärenz – Neue Elemente sollen nur aufgenommen werden, wenn sie die Facharztidentität stärken und keine neuen Qualifikationsanforderungen außerhalb der Weiterbildung schaffen.
3. Flexibilität – Neue Elemente sollen das Gesamtregelwerk flexibel für die Integration von Neuerungen machen und die Orientierung an Inhalten statt an starren Zeiten stärken. Die Übertragung erbrachter Weiterbildungsinhalte, ohne die Fachgebietsgrenzen aufzulösen, muss möglich sein.
4. Modalität – Neue Elemente sollen im Rahmen vergüteter Tätigkeit zu erwerben sein, die Möglichkeit der Teilzeitqualifikation bieten und nebenberufliche Nachqualifikation ermöglichen.

Eine Weiterbildung, die im Wesentlichen nur aus Modulen besteht, ist nach Auffassung des Marburger Bund nicht möglich.

Beschluss Nr. 16 Pflichtweiterbildungszeit im ambulanten Sektor

Die 121. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund lehnt jede generelle Pflichtweiterbildungszeit im ambulanten Sektor - abgesehen vom Gebiet der Allgemeinmedizin - ab.

Beschluss Nr. 17 Einsätze im Rettungsdienst für die Weiterbildung während der Arbeitszeit ermöglichen

Die 121. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert die Klinikarbeitgeber auf, Ärztinnen und Ärzten mit der Dienstaufgabe Notfall- und/oder Rettungsdienst, die Möglichkeit einzuräumen, die für die Erlangung der Zusatzweiterbildung Notfallmedizin erforderlichen 50 Notarzteinsätze während der Arbeitszeit zu absolvieren.

Vielfach müssen Ärztinnen und Ärzte neben ihrer Tätigkeit in ihrer Klinik die für die Erlangung der Zusatzweiterbildung Notfallmedizin erforderlichen 50 Notarzteinsätze bei anderen Trägern absolvieren. Hierfür muss der notwendige Freiraum und eine ausreichende Anzahl von Möglichkeiten geschaffen bzw., wo bereits vorhanden, auch klinikübergreifend angeboten werden.

Beschluss Nr. 18 Keine Verdichtung der ärztlichen Grundausbildung

Die 121. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund lehnt eine weitere Verdichtung des Medizinstudiums durch eine Verkürzung der Studiendauer ab.

Der Richtlinienvorschlag der Kommission zur Revision der Richtlinie 2005/36/EG sieht vor, die Mindestdauer des Medizinstudiums von sechs auf fünf Jahre bei gleichbleibender Mindeststundenzahl (5500 Stunden) zu verkürzen. Eine weitere Verdichtung des Medizinstudiums ist aus Sicht des Marburger Bundes weder umsetzbar noch wünschenswert. Der wöchentliche Lernaufwand für die Studierenden würde deutlich steigen und wäre nicht mehr zu bewältigen. Die Ausbildungsqualität würde sich zwangsläufig verschlechtern, ebenso wie die Flexibilität der Studierenden z. B. bei der Famulaturplanung. Das Gleiche gilt für Forderungen nach neu in das Curriculum aufzunehmenden Fächern. Das Curriculum sollte selbstverständlich den Entwicklungen der Wissenschaft und der Versorgungslandschaft angepasst werden, allerdings muss dann im gleichen Schritt auch überlegt werden, welche Fächer oder Teilaspekte der ärztlichen Grundausbildung nicht mehr benötigt werden. Um die hohe Qualität der Ausbildung zu erhalten, muss einer Verdichtung des Studiums entgegen gewirkt werden.

Beschluss Nr. 19 Verkürzung der Mindestdauer einer Famulatur

Die 121. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert die Landesprüfungsämter auf, die Mindestdauer eines Famulaturabschnittes bei unveränderter Gesamtdauer von 120 Tagen von 30 auf 15 Tage zu verkürzen.

Beschluss Nr. 20 Kommunikation im Social Web unterliegt berufsrechtlichen Grenzen

Die 121. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Soziale Netzwerke sind ein öffentlicher Raum. Was in ihnen veröffentlicht wird, ist potentiell für alle Nutzer sichtbar. Selbst wenn Inhalte für den allgemeinen Zugriff gesperrt werden, können Online-„Freunde“ diese Informationen, sei es absichtlich oder unabsichtlich, an andere weiterleiten.

Das Internet hat sich in den vergangenen Jahren in großen Entwicklungssprüngen zum interaktiven, gemeinschaftlichen „Web 2.0“ bzw. Social Web gewandelt. Inzwischen nutzen Millionen Menschen die Möglichkeiten der Kommunikation über Social Media. Auch Patienten können durch den Austausch mit anderen Nutzern sozialer Netzwerke im Internet profitieren. Patienten sollten sich aber darüber im Klaren sein, dass der Schutz der Privatsphäre durch den öffentlichen Charakter der Kommunikation in sozialen Netzwerken stark beeinträchtigt sein kann. Auch Ärzte müssen bei der Nutzung von Social Media scharf zwischen privaten und beruflichen Informationen trennen. Bestimmte Informationen aus dem beruflichen Kontext dürfen grundsätzlich nicht veröffentlicht werden, insbesondere dann, wenn dadurch Patientendaten an die Öffentlichkeit gelangen könnten. Auch sogenannte Online-„Freundschaften“ mit Patienten können eine Belastung des Arzt-Patienten-Verhältnisses darstellen, wenn in der Kommunikation miteinander sensible Informationen ausgetauscht werden, die über das soziale Netzwerk auch Dritten zugänglich werden können.

Bei der Nutzung von Social Media durch Ärztinnen und Ärzte müssen die in der ärztlichen Berufsordnung enthaltenen Bestimmungen zum Schutz der Patienten strikt eingehalten werden. Die ärztliche Schweigepflicht gilt uneingeschränkt auch im Social Web.

Beschluss Nr. 21 Kurative und präventive/rehabilitative ärztliche Tätigkeit als gleichwertig anerkennen

Die 121. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Im Mittelpunkt der ärztlichen Tätigkeit, kurativ wie präventiv/rehabilitativ, steht der Mensch, dessen Gesundheit, damit auch Leistungsfähigkeit, zu erhalten beziehungsweise wieder herzustellen vornehmste ärztliche Aufgabe ist. Präventive/rehabilitative Medizin unterscheidet sich von der kurativen Medizin nicht im Wert, sondern allein durch die Zielrichtung. In Zeiten des demographischen Wandels – auch und gerade in der Arbeitswelt – verlängerter Lebensarbeitszeit und des zunehmend lauter werdenden Rufs nach besserer Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben, wächst die Bedeutung der Erhaltung der Leistungsfähigkeit des Menschen und somit die Bedeutung der präventiven/rehabilitativen Medizin.

Dass die arzt-spezifischen Tarifverträge des Marburger Bundes ihren Geltungsbereich zu einem großen Teil noch immer auf vorwiegend kurativ tätige Ärztinnen und Ärzte beschränken, ist der fehlenden Bereitschaft der Arbeitgeber geschuldet, die qualitative Gleichwertigkeit präventiver/rehabilitativer ärztlicher Tätigkeit anzuerkennen. In den zurückliegenden Verhandlungen mit der Tarifgemeinschaft deutscher Länder haben die öffentlichen Arbeitgeber durch die strikte Weigerung, die Betriebsärzte an den Universitätskliniken in den TV-Ärzte einzubeziehen, einmal mehr unter Beweis gestellt, wie eng gefasst und beschränkt ihr Verständnis von präventiver/rehabilitativer Medizin im Vergleich zu kurativer ärztlicher Tätigkeit ist.

Tarifpolitisches Ziel des Marburger Bundes ist es auch weiterhin, für Ärztinnen und Ärzte, die nicht in der direkten Krankenversorgung tätig sind, attraktive Entgelt- und Arbeitsbe-

dingungen auf Basis der bislang erreichten Tarifverträge zu schaffen. Gegebenenfalls auftretende Unterschiede in der Art oder Intensität der Beanspruchung sollten über Zulagen und Entgelte für spezifische Arten der ärztlichen Tätigkeit (Bereitschaftsdienst, Rufbereitschaft, Schicht- und Wechselschichtarbeit) ausgeglichen werden, das Tabellenentgelt sollte demgegenüber keine Unterschiede aufweisen.

Beschluss Nr. 22 Gleiche Dienstvergütung für Sanitätsoffiziere wie für Ärzte an zivilen Kliniken

Die 121. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert das Bundesministerium des Inneren auf, die Vergütung der Sanitätsoffiziere in Bundeswehrkrankenhäusern für Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft entsprechend der von Ärzten in zivilen Krankenhäusern zu gestalten.

Beschluss Nr. 23 Verbesserung der Arbeits- und Entgeltbedingungen für Ärztinnen und Ärzte im Rettungsdienst

Die 121. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund setzt sich nachdrücklich für eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen und die Einführung adäquater Entgeltbedingungen für Ärztinnen und Ärzte im Rettungsdienst ein. Die Versorgung der Bevölkerung in Notfällen kann nur durch eine ausreichende Anzahl qualifizierter Notfallmediziner gewährleistet und auch zukünftig sichergestellt werden. Nur wenn die Arbeitsbedingungen der besonderen Belastung im Rettungsdienst Rechnung tragen und der Einsatz im Rettungsdienst angemessen honoriert wird, werden auch zukünftig ausreichend viele in der Notfallmedizin qualifizierte Ärztinnen und Ärzte bereit sein, eine Tätigkeit als Notärztin/Notarzt tatsächlich auszuüben.

Beschluss Nr. 24 (Rahmen-)Tarifvertrag für ärztliche Angestellte im ambulanten Bereich

Die 121. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Es wird eine Kommission eingesetzt, um einen (Rahmen-)Tarifvertrag für ärztliche Angestellte im ambulanten Bereich in Anlehnung an die geltenden Tarifverträge für Ärztinnen und Ärzte auszuarbeiten.

Beschluss Nr. 25 Gleiche Arbeitsbedingungen für Ärzte in Weiterbildung aus Drittstaaten

Die 121. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Seit einiger Zeit ist zu beobachten, dass einige Klinikträger verstärkt ausländische Ärzte, insbesondere aus dem arabischen Raum und anderen Drittstaaten, zum Zwecke der Facharztweiterbildung beschäftigen, ohne eine adäquate Vergütung zu zahlen. Auch die übrigen Arbeitsbedingungen bestimmen die Arbeitgeber einseitig und es findet keine Anwendung der Tarifverträge für Ärzte statt.

Die Krankenhausträger sehen diese Praxis dadurch gerechtfertigt, dass die betroffenen Ärzte Stipendien in unterschiedlicher Höhe von ihren Herkunftsländern erhalten. Teilweise

werden sogar Rahmenabkommen mit den Drittstaaten geschlossen, nach denen diese Länder eine Finanzierung der gesamten Weiterbildung durch Auszahlung eines monatlichen Stipendiums an den Arzt in Weiterbildung sowie darüber hinaus Zahlungen an den Krankenhausträger garantieren. Die Kliniken profitieren hierdurch zweifach, indem sie kein Arbeitsentgelt zahlen und zusätzlich eine Vergütung für die Weiterbildung der ausländischen Ärzte erhalten.

Dieses Vorgehen lehnt der Marburger Bund strikt ab. Jeder Arzt, der mit Approbation oder Berufserlaubnis an einer Klinik im Geltungsbereich eines arzt spezifischen Tarifvertrages tätig ist, erwirbt einen Anspruch auf die tariflichen Arbeits- und Entgeltbedingungen. Werden hier von Arbeitgeberseite Unterschiede gemacht, ist dieses Vorgehen rechtswidrig und sorgt auch in diesem ohnehin sensiblen Bereich für Unfrieden beim Personal, zumal die Stipendien der Höhe nach sehr unterschiedlich ausgestaltet sind und zum Teil nicht einmal einen auskömmlichen Lebensunterhalt gewährleisten.

Der Marburger Bund fordert die Krankenhausträger auf, ausländische Ärzte in Weiterbildung hinsichtlich der Arbeitsbedingungen gleichzustellen mit deutschen Ärzten in Weiterbildung sowie die Tarifverträge des Marburger Bundes auf sie anzuwenden.

Die Ärztekammern werden aufgefordert, die Einhaltung der ärztlichen Weiterbildungsordnung strikt zu kontrollieren und das Vorliegen eines ordnungsgemäßen Arbeitsvertrages einzufordern und zu prüfen.

Beschluss Nr. 26 Rettungsdienstträger in der Verantwortung für Nachwuchsgewinnung

Die 121. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert, dass jene Institutionen, bei denen der rettungsdienstliche Sicherstellungsauftrag liegt, mit in die Verantwortung für die Nachwuchsgewinnung genommen werden. Hierfür müssen klare Regelungen geschaffen werden.

Beschluss Nr. 27 Unterstützungsadresse an streikwillige britische Ärztinnen und Ärzte – Letter of Solidarity to british doctors considering strike action over pensions

Die 121. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund als Europas größte Ärztegewerkschaft unterstützt die Streikaufrufe und -forderungen der britischen Ärztinnen und Ärzte in der British Medical Association (BMA). Die massiven geplanten Einschnitte bei den Renten haben die britischen Ärztinnen und Ärzte zum ersten Streikaufruf seit 1975 veranlasst. Daher fühlen sich etliche britische Ärztinnen und Ärzte noch unsicher in der Durchführung der geplanten Streiks. Die Mitglieder des Marburger Bundes haben im Verlauf der Geschichte erkannt, dass manchmal Streik ein nicht abwendbares Instrument im Rahmen der Verhandlungen darstellt. Die erfolgreiche Durchsetzung von arzt spezifischen Interessen ist dem Marburger Bund durch die deutlichen Streiks seit 2005/06 gelungen. Deswegen unterstützt der Marburger Bund diesen Streik der britischen Ärztinnen und Ärzte und sendet hiermit seine Solidaritätsadresse.

Anlage zum Beschluss 6 : Auszug Ulmer Papier (Teil B – Finanzierung)

Teil B - Finanzierung

8. Finanzierung einer patientengerechten Gesundheitsversorgung

8.1 Prüfkriterien

- **Patienteninteresse und ärztlicher Auftrag**

Es ist Aufgabe der Ärzteschaft, Maßstäbe für die notwendige ärztliche Versorgung zu entwickeln, an denen sich ein sozialstaatlich organisiertes Versicherungssystem messen lassen muss. Zugleich ist die Stellung des Patienten ein Mittelpunkt des zu bildenden Kreises solcher Kriterien. Dies bedeutet, dass das Selbstbestimmungsrecht des Patienten für die Wahl seiner Gesundheitsversorgung ebenso wie seine Eigenverantwortung Ausgangspunkt der Zielsetzungen sein müssen.

Der Behandlungsauftrag des Arztes und sein Berufsethos sind die Schnittstellen zum System des sozialen Schutzes. Die Regeln, die die Deckung des Bedarfs an gesundheitlicher Versorgung individuell, strukturell und qualitativ steuern, beeinflussen den Behandlungsauftrag des Arztes und die Heilungschancen des Patienten. Behandlungsbedarf des Patienten und Chancengleichheit in der Gesundheitsversorgung sind nach den Grundsätzen der Modelle des Sozialschutzes und seines Umfangs zu prüfen.

Die Politik drückt sich vor der Verantwortung, eine langfristige Sicherung der Finanzierung des deutschen Gesundheitswesens anzugehen. Aus der Sicht der Ärzteschaft kann die Finanzierungstechnik indessen nur ein Mittel zum Zweck sein:

- Sicherung einer im Zugang chancengleichen und qualitativ hochstehenden Patientenversorgung.

Dies ist der Maßstab, an dem die Ärzteschaft die Finanzierungskonzepte in ihrer „Versorgungsadäquanz“ messen muss.

- **Kriterien im Einzelnen**

Die nachfolgenden Maßstäbe gehen von einem Rahmen aus, der mindestens folgende Gestaltungsprinzipien erfordert:

- Eigenverantwortung des Patienten
- Subsidiarität des notwendigen sozialen Schutzes
- Pflichtversicherung oder Versicherungspflicht zur Abdeckung mindestens der Grundbedürfnisse an sozialem Schutz
- Konzentration auf das Versicherungsprinzip (Abdeckung des Krankheitsrisikos) und Ausschluss insoweit versicherungsfremder sozialpolitisch motivierter Transferleistungen

- Garantie der Berufsfreiheit der „Leistungserbringer“ für den für die Patientenversorgung notwendigen professionellen Handlungsspielraum.

In diesem Rahmen ist Folgendes zu fordern:

a) Individualebene – Selbstbestimmung und Berufsfreiheit

- Arztwahlfreiheit für den Patienten
- Therapiefreiheit für den Arzt in Verantwortung für den Patienten
- Erhalt der Entscheidungsfreiheit des Patienten bei ärztlichen Therapieoptionen
- Transparenz unvermeidlicher Rationierung
- „Zuwahl“-Rechte des Patienten über den geregelten Versicherungsschutz hinaus zur autonomen Bestimmung seiner Gesundheitsversorgung.

b) Strukturelle Ebene (Zugang zu den Gesundheitsleistungen)

- Chancengleichheit zur Heilbehandlung (gleicher Zugang zu Gesundheitsleistungen)
- Diskriminierungsfreie Zuzahlungen und Selbstbeteiligungen
- Räumlich nahe hausärztliche Versorgung
- Fachärztliche Versorgung in zumutbarer Entfernung
- Bedarfsgerechte Krankenhausversorgung
- Optionen des Patienten für personale oder institutionelle Versorgungsweisen unter Berücksichtigung des Primats "ambulant vor stationär"!

Im Übrigen ist zu fordern:

- Die solidarisch getragene medizinische Versorgung muss auch in Zukunft für jedermann erreichbar sein, dem aktuellen medizinischen Standard entsprechen und mit ausreichenden Ressourcen flächendeckend, auch für den Notfall ausgestattet sein.
- Versorgungsstrukturen müssen primär am medizinischen Bedarf des Patienten ausgerichtet sein und dürfen nicht von ökonomischen Einsparzielen dominiert werden. Dies gilt insbesondere für die integrierte Versorgung.

c) Versorgungsebene – Qualität und Professionalität

- Definitionskompetenz der Ärzte für die notwendige medizinische Versorgung (u. a. durch Versorgungsleitlinien)
- Maßgebliche und verantwortliche Rolle der Ärzteschaft bei Weiterentwicklung von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement
- Wahrung der Professionalität durch Ausschluss von Fremdbestimmung.

d) Vertragsebene

- Wettbewerbsgleichheit der Ärzte und Krankenhäuser im Zugang zu Versorgungsaufträgen zur Versorgung Versicherter
- Kompensatorische Instrumente zum Ausschluss von Marktmacht der Krankenkassen.

e) Flexibilität und Reaktionsfähigkeit des Versorgungssystems

- Modellhaftes Vorgehen muss ermöglicht werden.
- Evaluation und Folgenabschätzung müssen systemimmanent werden.
- Die Steuerungsfähigkeit des Systems muss die Teilhabe der Versicherten am medizinisch-technischen Fortschritt nachhaltig ermöglichen und auf die demographischen Herausforderungen reagieren.

• **Kritische Bewertung**

Werden die genannten Kriterien für ein chancengleiches und bedarfsgerechtes Versorgungssystem als Maßstab genommen, muss ernsthaft die Frage diskutiert werden, ob nicht eine Weiterentwicklung des bestehenden Systems der gesetzlichen Krankenversicherung unter Rückbesinnung auf die Aufgabe als Versicherungssystem ohne gesellschaftspolitische Aufgaben (Stichwort: versicherungsfremde Leistungen) und unter Berücksichtigung eines Lösungsprinzips, welches davon ausgeht, dass nicht jedes Gesundheitsrisiko solidarisch versichert sein muss, ein möglicher Weg ist.

Entscheidend ist dabei indessen, dass die bürokratisierte Versorgungsstruktur in der Beziehung von Krankenkassen und Ärzten in dem heutigen Vertragsarztrecht aufgelöst und wieder auf ihren Ursprung zurückgeführt wird: Es ging darum, eine freiheitliche Integration der Ärzteschaft unter Übernahme der Verantwortung für die Sicherstellung der ambulanten Versorgung in der Beziehung zum GKV-System zu wählen. Die weithin anerkannte Lösung war ein echtes Verhandlungsmodell der Gleichberechtigten mit dem Ausschluss vertragloser Zustände. Die genossenschaftliche Verantwortung der Vertragsärzte in der kassenärztlichen Versorgung garantiert die flächendeckende, qualitätsorientierte, aber auch wirtschaftliche Versorgung der Versicherten. Der Umbau dieses Modells in ein Versorgungsmodell mit Behördencharakter, welches von der ursprünglichen Selbstverwaltung nur noch die Hülse übrig lässt, war ein falscher Weg.

• **Folgerungen**

Werden die hier niedergelegten Kriterien der Ärzteschaft beachtet, muss die künftige Finanzierung gesundheitlicher Versorgung der Bevölkerung so gestaltet sein, dass sie einen verlässlichen und chancengleichen Zugang zur gesundheitlichen Versorgung auf dem medizinisch angemessenen Niveau für den jeweiligen individuellen Zustand des Patienten ermöglicht. Die Beschaffung der finanziellen Mittel muss auf die Eigenverantwortung der Bürger und die Subsidiarität sozialen Schutzes Rücksicht nehmen.

Dies schließt daher ein, dass es über den durch das soziale Versicherungssystem abgedeckten notwendigen Schutz eine selbstbestimmte Option der Bürger als Patienten und Verbraucher für ärztliche Gesundheitsleistungen unterschiedlicher Art nach eigener Wahl geben muss. Dafür ist Informiertheit Voraussetzung. Dazu wird die Ärzteschaft ihren Beitrag leisten.

Wenn die gesellschaftspolitische und gesetzgeberische Entscheidung einer Niveaubestimmung des sozialen Schutzes diejenige einer „Grundversorgung“ sein soll, ist es unausweichlich, dass die Bürgerinnen und Bürger auf der Grundlage ihres Rechts zur Selbstbestimmung ihrer Gesundheit ärztliche Leistungen in Anspruch nehmen können oder auch

müssen, die über den sozialen Schutz hinausgehen. Ob eine sogenannte Basisversorgung noch dem Verfassungsauftrag eines sozialen Krankenversicherungsschutzes entspricht, muss hier ausdrücklich bezweifelt werden. Je flexibler das Finanzierungsmodell im Hinblick auf diese Möglichkeit ist, umso eher wird es den individuellen Bedürfnissen der Bürger gerecht. Ein mit impliziter Rationierung verbundenes Versicherungssystem, welches den Versicherten vor die Wahl stellt, als Sachleistung die medizinische Versorgung des Versicherungssystems in Anspruch nehmen zu müssen oder ihrer verlustig zu gehen, wird der notwendigen Selbstbestimmung und der notwendigen Subsidiarität des sozialen Schutzes nicht gerecht.

Aus der Sicht der Ärzteschaft ist es deshalb – ohne dass sie die Finanzierungstechnik und das versicherungsrechtliche Niveau der Gesundheitsversorgung vorgeben will, weil dies Aufgabe des Gesetzgebers ist – im Interesse der individuell bedarfsgerechten Versorgung der Patienten erforderlich, dass

- Flexibilität in der Inanspruchnahme der Versorgungsmöglichkeiten,
- Freiheit in der Wahl des Arztes und
- vor allem auch Freiheit der Berufsangehörigen im Zugang zur Behandlung von Versicherten bestehen.

Die Besinnung auf freiheitlich ausbalancierte Lösungen ist mehr Erfolg versprechend; patientenorientierte und qualitätsgesicherte Sonderstrukturen wären damit nicht verbaut.

8.2 Kurzfristige und systemimmanente Weiterentwicklung der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung

Eine verantwortungsbewusste Gesundheitspolitik muss Lösungen für die drängenden Finanzierungsprobleme finden. Nur so können Innovationen und medizinischer Fortschritt auf Dauer gewährleistet werden.

- **Verbreiterung der Einnahmehasis der GKV**

Ausschließlich lohnbezogene Einnahmen werden nicht mehr ausreichen, um zu einer soliden Finanzierung der GKV beizutragen. Die Einnahmehasis muss entsprechend der tatsächlichen finanziellen Leistungsfähigkeit der Versicherten auf sämtliche Einkommensarten ausgedehnt werden. Dadurch ließe sich der durchschnittliche Beitragssatz spürbar senken. Zur Verbreiterung der Einnahmehasis müssen dann sämtliche Einkünfte gemäß dem Einkommensteuerrecht herangezogen werden.

- **Missbrauch der GKV durch die Politik beenden**

Seit Jahrzehnten destabilisiert die Politik selbst durch Ausweitung versicherungsfremder Leistungen sowie durch Quersubventionierung anderer Sozialversicherungszweige ("Verschiebebahnhöfe") die GKV in jährlich zweistelliger Milliardenhöhe. Allein die sogenannten Hartz-Gesetze belasten die GKV seit diesem Jahr mit 3,6 Milliarden Euro. Durch die Rücknahme des Bundeszuschusses zur Finanzierung versicherungsfremder Leistungen entzieht der Bundesfinanzminister dem GKV-System weitere 4,2 Milliarden Euro. Darüber hinaus werden der GKV durch die Erhöhung der Mehrwertsteuer auch auf Arzneimittel über 2 Milli-

arden Euro entzogen. Die GKV muss endlich auf ihre originären Aufgaben zurückgeführt werden.

- **Sozialverträgliche Erweiterung der Eigenbeteiligungsformen**

Die Eigenverantwortung der Versicherten und die Inanspruchnahme solidarisch finanzierter Leistungen müssen in einem ausgewogenen Verhältnis zueinanderstehen. Große Risiken müssen selbstverständlich umfassend abgesichert sein. Aber Versicherte müssen ihrer Verantwortung für die Solidargemeinschaft entsprechen, indem sie z. B. durch Prävention und Gesundheitsvorsorge aktiv zur Risikominderung beitragen. Auch Eigenbeteiligung und eine der Patientensouveränität angemessene Weiterentwicklung der Gestaltungsfreiheit bei Leistungen und Tarifen, so beispielsweise eine Beitragsminderung des Versichertenbeitrags durch individuellen Leistungsausschluss für selbstverantwortlich finanzierbare Leistungen oder Beitragsminderung bei nicht chronisch Kranken für selbst gewählte Leistungsbegrenzung durch Festzuschüsse, stärken die Eigenverantwortung.

- **Familienversicherung nur noch für erziehende Elternteile**

Die generell beitragsfreie Ehegattenmitversicherung ist angesichts der demografischen Entwicklung nicht mehr zeitgemäß. Allerdings sollte diese Form der Versicherung angesichts der für die Gesellschaft bedeutsamen Erziehungsarbeit für diejenigen Elternteile aufrechterhalten bleiben, die sich ausschließlich der Kindererziehung widmen.

- **Stabile Steuerfinanzierung der Beiträge für die Versicherung von Kindern**

Eine vollständige Finanzierung der Krankenversicherungsbeiträge für Kinder aus Steuermitteln könnte zu einer Entlastung allein in der GKV von weit über 10 Milliarden Euro führen. Die Krankenversicherung der Kinder ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Es ist allerdings sicherzustellen, dass die Steuerfinanzierung nicht haushaltspolitischer Kurzsichtigkeit oder Beliebigkeit anheim fällt, sondern in ihrem Umfang verlässlich bleibt. Damit wäre den Versicherten und Patienten wie auch der nachwachsenden Generation gleichermaßen gedient.

- **Alterungsrückstellungen durch Gesundheitssoli und demographiebezogener Ausgleichsfaktor für die Krankenversicherung der Rentner**

Der Anteil der beitragszahlenden Rentner unter den gesetzlich Krankenversicherten hat in den letzten Jahren stetig zugenommen. Im Jahr 2005 waren knapp 17 Millionen Rentner Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung, fast zehn Prozent mehr als 1998. Dieser zahlenmäßige Anstieg der Rentner hat zu erheblichen Mindereinnahmen der GKV geführt, weil Rentner im Durchschnitt weniger als Arbeitnehmer in die GKV einzahlen. Die Schere zwischen Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) geht immer weiter auseinander. Betrug die Differenz zwischen Einnahmen und Ausgaben im Jahr 1993 noch 24,9 Mrd. Euro, so klappt inzwischen eine Lücke von 35 Mrd. Euro (2005). Die stetig steigende Quersubventionierung der KVdR durch die GKV muss durch einen demografiebezogenen Ausgleichsfaktor sowie durch den Aufbau eines Systems zur Alterungsrückstellung durch einen "Gesundheitssoli" sukzessive reduziert werden.

- **Echter Wettbewerb zwischen GKV und PKV**

Wettbewerb im Gesundheitswesen muss auch und vor allem ein Wettbewerb der Versicherungs- und Finanzierungsmodelle sein. Ein System der Krankenversicherung, das auf den Prinzipien der risikoäquivalenten Beiträge, der Kostenerstattung und Kapitaldeckung für den notwendigen demographischen Faktor basiert, darf nicht den Finanzierungsnöten der gesetzlichen Krankenversicherung geopfert werden. Deshalb ist die jetzt geplante Angleichung der privaten Krankenversicherung an das GKV-System der falsche Weg. Ziel muss es sein, einen Wettbewerb der Systeme durch Modernisierung der GKV und Stärkung der PKV zu eröffnen.

