

**Dr. Wolf Unterberg**

Aufsichtsratsvorsitzender der PVS holding GmbH und Stellvertretender Vorsitzender PVS/Verband

In der Politik machte sich im vergangenen Jahr eine schleichende inhaltliche und formale Nivellierung breit. Ihre Akteure werden immer gleichförmiger und austauschbarer. Es manifestiert sich ein beklagenswerter Mangel an Führungsqualität und markanten Leitfiguren.

Im Gesundheitswesen schienen die Kosten und das Überleben der vielen Krankenkassen im Vordergrund zu stehen. Hier machte die Diskussion um die Einführung der Öffnungsklausel sehr deutlich, dass man meint, das duale System sei nicht mehr zukunftsfähig. Offenbar sieht die private Krankenversicherung (PKV) selbst das Gesundheitssystem auf dem Weg zur Einheitsversicherung und will bei einer bevorstehenden Zwangsehe von gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und PKV die Bedingungen noch mitbestimmen.

Schon jetzt bereiten die privaten Versicherer den Ausstieg aus der Kranken-Vollversicherung vor. Das Modell der Zukunft sieht vor, dass sie nur noch lukrative Zusatzversicherungen anbieten, während die schweren Krankheiten bei den gesetzlichen Krankenkassen versichert sind.

Auch 2012 wird das System der dualen Versicherung weiter unter Druck stehen, und die Politik wird zu geeigneter Zeit die Bürgerversicherung wieder ins Spiel bringen, wie von der SPD bereits durchgeplant und von der CDU offenbar von manchen toleriert. Die Bürgerversicherung verlagert zwar die Kosten auf eine breitere Basis und verteilt sie auf alle Schultern. Doch führt uns das zu einer Nivellierung im Gesundheitssystem mit der Frage der Basisversorgung, die große ethische Probleme aufwerfen würde. Denn dann müssen wir uns die Frage stellen, welche Leistung deckt die Basisversorgung ab? Bekommen alle alles zum Einheitstarif angeboten? Werden Altersstruktur und Risikosportarten berücksichtigt?

Ohne Mengenbegrenzung wäre auch die Bürgerversicherung schon in wenigen Jahren nicht mehr bezahlbar, so dass die jetzigen Probleme schon bald in neuem Gewand wieder da wären. Aus meiner Sicht kann die Lösung nur darin bestehen, dass der Arzt als Leistungserbringer durch den Patienten einer gewissen Kontrolle unterliegt und auch der Patient an den Kosten, die er verursacht, sozialverträglich beteiligt wird.

Das „Versorgungsmodell Gesundheitskonto mit Solidargutschrift“ (VGS), das der PVS/Verband mit entwickelt hat, nimmt die politischen Forderungen nach einem gerechteren und einfacheren Vergütungssystem für Ärzte auf. Gleichzeitig garantiert es einen uneingeschränkten Zugang zu allen medizinischen Leistungen der GKV. Aus

unserer Sicht ist eine sozialverträgliche Eigenbeteiligung ein geeignetes und unabdingbares Mittel, um die Eigenverantwortung und das Kostenbewusstsein der Versicherten zu stärken. Das VGS gewährleistet die Finanzierung einer hochwertigen Patientenversorgung und setzt gleichzeitig Anreize für eine bewusste Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen.

Das Gesundheitswesen braucht wieder eine klare Linie mit dem Ziel besserer Leistungs- und Kosteneffizienz, verbunden mit mehr Transparenz und mehr Wettbewerb. Eigenverantwortung und ein durchdachtes System der Kostentransparenz sowie die Reduktion der Vielzahl der Krankenkassen sollten an oberster Stelle stehen.

Das zum 1. Januar 2012 in Kraft getretene GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKVStG) mit dem Ziel, die flächendeckende Versorgung nachhaltig zu sichern und die sektorübergreifende spezialfachärztliche Versorgung sind wichtige Schritte in die richtige Richtung. Sie müssen die Grundlage für eine strukturierte, kompetenzgewichtete und wirtschaftliche Versorgung mit definierter kooperativer Verzahnung der ärztlichen Leistungserbringer sowie der ambulanten und stationären Versorgungsebenen bieten, Unterversorgung ausgleichen und die Versorgungsqualität insgesamt verbessern.

Deshalb müssen klare Vorgaben für das Verständnis der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV), d.h. zu Fallbezug, Finanzierung und Qualitätssicherung, folgen. Aber hat die Politik wirklich die Kraft, eine derart weitreichende Reform bis 2013 zu realisieren? Es fehlt bis heute ein klares Konzept. Ständige Restriktionen lösen unsere Probleme nicht.

Was wir für die Zukunft brauchen, ist ein Abbau der Bürokratie, eine nachhaltige Finanzierung der steigenden Pflegekosten und eine Reform der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) auf Basis transparenter betriebswirtschaftlicher Kostendaten. Die amtliche und einheitlich geltende Gebührenordnung soll das Ziel verfolgen, zum Schutz der Patienten die Informationsasymmetrie zwischen Arzt und Patient auszugleichen, was gerade in einem sich stärker am Markt orientierenden Gesundheitswesen für die Patienten von hohem Wert ist.

Das Liquidationsrecht des frei praktizierenden Arztes muss unabhängig von der Versicherung des Patienten bleiben, um Einheitlichkeit und Transparenz, aber auch die Freiheit in Diagnostik und Therapie für den Patienten zu gewährleisten. Sonst besteht die Gefahr der ungesunden Ökonomisierung der Medizin, die zulasten der Qualität und ethischen Verantwortung gegenüber dem Patienten geht.

Wir Ärzte müssen uns gegen eine rein ökonomische Sicht auf die Patienten wehren, denn der Patient ist nicht nur ein Kostenfaktor. Meiner Meinung nach könnte man mit mehr Wettbewerb, mehr Markt und dezentralen Strukturen den Schwächen im Gesundheitssystem wirksam zu Leibe rücken. Eine nachhaltige Gesundheitspolitik für ein „gesundes Gesundheitssystem“ darf sich aber nicht nur in einer reinen Kostendiskussion erschöpfen. Vielmehr muss es darum gehen, den Patienten und die ärztliche Behandlung wieder in den Mittelpunkt der Gesundheitspolitik zu stellen.