

Zukunftsforum Politik

Broschürenreihe
herausgegeben von der
Konrad-Adenauer-Stiftung e.V.

Nr. 76

Bessere Medizin zu bezahlbaren Preisen Mehr Qualität und Effizienz durch Wettbewerb. Plädoyer für die Stärkung des Bürgers im Gesundheitswesen

Positionen des Gesprächskreises „Innovationen im Gesundheitswesen“
der Konrad-Adenauer-Stiftung

Sankt Augustin/Berlin, August 2006

ISBN 3-939826-00-6

Redaktionelle Betreuung: Norbert Arnold

Download-Publikation

Der Text dieser Datei ist identisch mit der Druckversion der Veröffentlichung. Die Titelseite der Printausgabe beträgt 4 Seiten und wurde in der digitalen Version auf einer Seite zusammengefasst.

Inhalt

Vorwort	7
Bessere Medizin zu bezahlbaren Preisen Mehr Qualität und Effizienz durch Wettbewerb. Plädoyer für die Stärkung des Bürgers im Gesundheitswesen	9
These 1 Vertragsprinzip statt Budgetierung	11
These 2 Pflicht zur Transparenz	13
These 3 Wettbewerbsverzerrungen beseitigen	14
These 4 Wettbewerbsvorteile durch gute und preisgünstige Angebote	15
These 5 Neue Leistungsangebote	16
These 6 Sektorengrenzen überwinden	18
These 7 Gesundheitliche Versorgung durch gesellschaftliche Verantwortung sichern	19
These 8 Soziale Gerechtigkeit und qualitativ hochwertige medizinische Versorgung	20
These 9 Organisationsethik und Unternehmenskultur	22
These 10 Medizinische Ausbildung verbessern	24
Die Autoren	27

Vorwort

Die gesundheitliche Versorgung in Deutschland erfolgt auf einem qualitativ hohen Niveau. Dieses zu stabilisieren und weiter zu verbessern ist das zentrale Anliegen einer verantwortungsvollen Gesundheitspolitik, die sich an den besonderen Bedürfnissen kranker Menschen orientiert.

Im Hinblick auf die zunehmenden finanziellen Engpässe im Gesundheitssystem ist ein neuer Ordnungsrahmen notwendig, damit Qualität und Effizienz dauerhaft verbessert werden können. Ziel ist es, auch künftig für alle Menschen den Zugang zu einer guten medizinischen Versorgung zu sichern.

Gesundheit ist ein wichtiger Fundamentalwert und ein hohes Gut. Am Umgang mit Kranken lässt sich sehr deutlich die menschliche und soziale Wärme einer Gesellschaft erkennen. Die Gesundheitspolitik muss sich daran orientieren.

Das vorliegende Thesenpapier skizziert Eckpunkte für ein künftiges Gesundheitssystem, es definiert ein am kranken Menschen und seinen Bedürfnissen orientiertes Ziel und beschreibt einen ökonomisch und politisch gangbaren Weg, um dieses Ziel zu erreichen.

Wir hoffen, dass es einen fruchtbaren Beitrag in den anhaltenden Gesundheitsreformdebatten leisten kann.

Bessere Medizin zu bezahlbaren Preisen

Mehr Qualität und Effizienz durch Wettbewerb. Plädoyer für die Stärkung des Bürgers im Gesundheitswesen

Wie können wir in Deutschland auch in Zukunft den Zugang zu moderner Medizin für alle Menschen gewährleisten? Die Antwort auf diese Frage ist eine der zentralen Herausforderungen für unsere Gesellschaft am Beginn des 21. Jahrhunderts. Die zunehmende Lebenserwartung, das erreichte hohe Niveau gesundheitlicher Versorgung und der medizinisch und medizintechnische Fortschritt sind überaus positiv zu bewerten. Angesichts des steigenden Bedarfs an Gesundheitsleistungen und steigender Gesundheitsausgaben bei begrenzten Finanzmitteln sind grundlegende Veränderungen des Gesundheitssystems notwendig. Die finanzielle und gesundheitliche Absicherung im Krankheitsfall ist eine soziale Errungenschaft, die es zu erhalten gilt. Sie bedarf eines neuen Rahmens. In einer Zeit hoher Arbeitslosigkeit, geringen Wirtschaftswachstums und einer maroden Finanzlage vieler Länder und Gemeinden muss die Finanzierung der Gesundheit nachhaltig und generationengerecht gesichert und von Löhnen und Gehältern entkoppelt werden. Darüber hinaus sind Reformen auf der Ausgabenseite notwendig.

Nur ein konsequent ausgestaltetes Wettbewerbssystem im Gesundheitswesen wird auch künftig gute Medizin zu bezahlbaren Preisen für alle ermöglichen. Deshalb muss das bisherige starre und überregulierte System durch eine dynamische, gleichwohl gesellschaftlich verantwortete Wettbewerbsordnung ersetzt werden. Dies gilt für die Neuordnung der Systeme der Kranken- und Pflegeversicherung genauso wie für die Erbringung von Gesundheits- und Pflegeleistungen.

Bereits heute lässt der rechtliche Rahmen eine am Wettbewerb orientierte Gestaltung des Gesundheitssystems zu. Diese Freiräume müssen stärker genutzt werden. Die Reformbemühungen der letzten Jahre, insbesondere auch das GKV-Modernisierungsgesetz, das Anfang 2004 in Kraft getreten ist, enthalten Schritte in die richtige Richtung. Damit jedoch das Gesundheitswesen zukunftsfest gemacht werden kann, müssen dringend notwendige Reformen zielstrebig vorangetrieben und umgesetzt werden.

Humanität und Ökonomie stehen in diesem Kontext nicht im Widerspruch zueinander. Die Stärkung marktwirtschaftlicher Elemente im Gesundheitssektor führt nicht zu Nachteilen für die Patienten, sondern sichert im Gegenteil die gesundheitliche Versorgung der Menschen dauerhaft auf hohem qualitativen Niveau. Der demographische Wandel, der medizinische Fortschritt und die steigenden Erwartungen an die medizinische Versorgung stellen das Gesundheitssystem auch aus ethischer Sicht vor neue Herausforderungen. Ein neuer Ordnungsrahmen wird notwendig, um diesen Herausforderungen zum Wohle kranker und hilfsbedürftiger Menschen wirkungsvoll begegnen zu können. Heilung und Leidminderung sind ethisch legitimierte Ziele der Medizin. Der Umgang mit kranken Menschen ist ein sensibler Indikator für das Humane einer Gesellschaft. An diesen Wert-Konstanten muss sich die Gesundheitspolitik auch in Zukunft orientieren.

Die folgenden Thesen enthalten konkrete Maßnahmen, wie ein wettbewerbsorientiertes, patientengerechtes, kostengünstiges und solidarisches Gesundheitssystem umgesetzt werden kann.

These 1

Die Steuerung des Gesundheitssystems über Budgets muss durch ein Vertragsprinzip ersetzt werden, um Qualität und Effizienz zu verbessern und dauerhaft zu sichern.

Durch den derzeit immer noch wirksamen Leitsatz des „einheitlich und gemeinsamen“ Vertragshandelns zwischen Leistungsanbietern und gesetzlichen Krankenkassen verliert sich die Verantwortung für die Folgen des Handelns in den kollektiven Regelungen. Der derzeitige Ordnungsrahmen bietet nur sehr ungenügende Sparanreize; Effizienz und Qualität werden nicht genügend gefördert. Die Kreativität der einzelnen Akteure wird durch die gängelnde Regelungsdichte häufig schon im Keim erstickt. Um Leistung, Qualität und Preis gleichzeitig zur Herausforderung zu machen, muss unternehmerisches Handeln auf allen Ebenen der Gesundheitswirtschaft gefördert werden.

Im Gesundheitssektor muss sich der Staat von einem „Versorgungsstaat“ zu einem „Gewährleistungsstaat“ entwickeln. Künftig ist es Aufgabe des (Gewährleistungs-)Staates, für das Gesundheitswesen einen wettbewerblichen Ordnungsrahmen zu schaffen sowie Qualität und Versorgungssicherheit zu gewährleisten und zu kontrollieren.

Er regelt im Gesundheitssystem der Zukunft mit den gesetzlich garantierten Standardleistungen, *was*, aber nicht *wie* es gemacht werden muss. Die Erbringung der Gesundheitsleistungen erfolgt im Wettbewerb der verschiedenen Gesundheitsanbieter. Dabei ist es unerheblich, ob die Gesundheitsanbieter in privater oder öffentlicher Trägerschaft sind. Aufgabe des Staates als Gewährleistungs- und nicht als Versorgungsstaat ist es, den Rahmen für einen fairen und patientenorientierten Wettbewerb zu gestalten.

Der Staat steuert das Gesundheitssystem der Zukunft über das Erreichen qualitativer Gesundheitsziele und nicht über das Administrieren technologischer Angebote.

These 2

Alle Anbieter von Gesundheitsleistungen werden durch eine gesetzlich vorgeschriebene Veröffentlichung der Ergebnisqualität zur Transparenz verpflichtet, die es den Patienten ermöglicht, stärker selbstbestimmt und eigenverantwortlich zwischen verschiedenen Leistungsangeboten zu wählen.

Die Gesundheitsleistungen müssen sich künftig gezielter an den Bedürfnissen und Interessen der Patienten orientieren. Dafür bedarf es einer größeren Transparenz von Qualität und Preisen der angebotenen Leistungen, so dass die Patienten besser zwischen guten und schlechten Angeboten bzw. Anbietern unterscheiden und auswählen können. Notwendig ist eine schrittweise und sachverständige Annäherung an ein freiheitliches und qualitätsorientiertes System.

Die Anwendung von evidence-based medicine, klinischen Behandlungspfaden und Behandlungsrichtlinien verbessert die Qualität der Medizin und steigert die Effizienz. Der Staat regelt künftig im Rahmen der Marktordnung die Chancengleichheit der Anbieter von Gesundheitsleistungen und den Patientenschutz durch regelmäßige Veröffentlichungen der erbrachten Gesundheitsleistungen. Der Wettbewerb sorgt für die wünschenswerte Management- und Programmeffizienz.

Die gesetzlichen Möglichkeiten für diese Entwicklung sind bereits heute gegeben. Es liegt in der Verantwortung der Akteure, sie auch umzusetzen.

These 3

Die heute bestehenden Wettbewerbsverzerrungen in Form von direkten und indirekten Subventionen für die verschiedenen Anbieter von ambulanten, stationären und rehabilitativen Leistungen müssen ebenso beseitigt werden wie die bürokratischen Vergabevorschriften für öffentliche Fördermittel. Nur so entsteht ein fairer Wettbewerb und damit die Voraussetzungen für einen vermehrten Einsatz von privatem Kapital im Gesundheitssektor.

Die derzeitige duale Krankenhausfinanzierung führt ebenso zu Wettbewerbsverzerrungen wie staatliche Subventionen in Form von Verlustübernahmen oder Gewährträgerhaftungen für Universitätskliniken. Ebenso behindern die bürokratischen Vergabevorschriften für öffentliche Förder- bzw. Investitionsmittel Qualität und Effizienz in der Versorgung.

Der Staat muss sich deshalb künftig aus der institutionellen Förderung zurückziehen und eine monistische Finanzierung der Gesundheitsleistungen über die Preise, d. h. Versicherungsbeiträge, zur Regel machen. Letztere müssen durch diese Neuregelung nicht automatisch steigen, da die Finanzierung „aus einer Hand“ Wirtschaftlichkeitsgewinne mit sich bringt.

These 4

Effizienz und Qualität müssen sich lohnen: Anbieter guter und preisgünstiger Medizin haben Wettbewerbsvorteile und wachsen zu Lasten von Anbietern weniger guter und überteuerter Medizin.

Gute Medizin zu bezahlbaren Preisen muss Priorität haben und entsteht in einem modernen System durch Integration und Vernetzung der Leistungen. Die immer stärker interdisziplinär und interprofessionell ausgerichtete Medizin erfordert neue, zukunftsweisende integrative Arbeitsformen.

Dabei ist es insbesondere wichtig, die Medizin in der Fläche über „Portale“, d. h. über dezentrale Gesundheitszentren, mit den Kompetenzzentren in den Metropolen zu verbinden. Da die Qualität komplexer Leistungen mit der Fallzahl korrespondiert, liegt die Zukunft des Gesundheitssystems nicht im Erhalt kleiner und kleinster Einrichtungen „vor Ort“ um jeden Preis.

Es geht vielmehr darum, die Vorteile moderner Technologie, wie z. B. die Telemedizin, zu nutzen, um dezentrale Zentren mit zentralen Hochleistungseinrichtungen zusammenzuführen. Dies gilt in erster Linie für die „technische“ und nicht für die „begleitende“ Medizin.

Der Staat hat künftig nicht die Aufgabe, den Bestand aller Gesundheitsinstitutionen zu sichern, sondern die Interessen des Patienten zu wahren und seine Versorgung im Rahmen einer neuen Versicherungsaufsicht zu gewährleisten.

These 5

Das zu etablierende Vertragssystem muss die Möglichkeiten weiter eröffnen, Leistungskomplexe in der Behandlung zu Komplexpreisen oder zu Fallpauschalen zwischen einzelnen Krankenkassen oder Gruppen von Krankenkassen als Nachfrager einerseits und Gesundheitsanbietern (Ärzten, Ärzteguppen, Krankenhäuser) andererseits zu kontrahieren.

Präventive, ambulante, stationäre, rehabilitative und pflegerische medizinische Hilfen sowie Medikamente und die Versorgung mit sonstigen Heilleistungen und Medizinprodukten werden in einem Vertragssystem als Behandlungs- bzw. Leistungspakete zusammengefasst. Die bisherige Trennung der verschiedenen Versorgungssektoren ist durch Optimierung der Behandlungsabläufe vom Beginn der Erkrankung bis zu ihrem Ende, bzw. über eine festzulegende Zeitspanne, zu überwinden. Eine große Zahl von Leistungs- und Behandlungspaketen soll in so genannten „Containern“ gebündelt werden können, um die Vertragsbeziehungen zu rationalisieren und die Markttransparenz zu verbessern. Auch muss es möglich sein, dass sich Anbieter und Anbietergruppen überregional zu „Markenmedizinringen“ zusammenschließen, um auf diesem Wege Partner von bundesweit aktiven Krankenkassen oder Gruppen von Krankenkassen werden zu können.

Der Staat sollte zu diesen Zwecken die bestehenden Regelungen zur Integrierten Versorgung (u. a. nach § 140a-e SGB V) weiter erleichtern und damit die Voraussetzungen für ein differenziertes Angebot in Form von „Markenmedizin“ schaffen.

Die Entlohnung der verschiedenen Leistungsanbieter mit ihren unterschiedlichen Leistungen würde in diesem System im Rahmen des Wettbewerbs in der Leistungserbringung durchaus unterschiedlich erfolgen, z. B. über Netzbudgets bzw. kombinierte

Budgets. Dabei ist auch vorstellbar, dass sich Versicherte für ein Paket mit zertifizierten Ärzten und Krankenhäusern entscheiden und ihre Arztwahlfreiheit gezielt aufgeben, um nur noch „von den Besten“ und preiswerter behandelt zu werden.

In jedem Fall ist über die Kontrahierungspflicht sicherzustellen, dass die Versicherungen niemanden in der Grundversicherung ausschließen und dass die Versicherten Wahlmöglichkeiten wahrnehmen können.

These 6

Die überholte Trennung der ambulanten, stationären und rehabilitativen Medizin muss durch wechselseitige Öffnung der bisher durch unterschiedliche Finanzierung und Vergütung abgeschotteten Strukturen überwunden werden.

In vielen Industrieländern wird die Medizin entsprechend dem Bedarf der Patienten in unterschiedlichen Versorgungseinrichtungen angeboten. In Deutschland sind die Sektoren traditionell noch immer strikt getrennt. Die Struktur mit ihren verschiedenen Formen der Sicherstellung von Gesundheitsleistungen, die sich im Wettbewerb ergeben, passt künftig nicht mehr zu einem Vertragssystem. Deshalb muss es auch den Krankenhäusern möglich sein, Patienten uneingeschränkt ambulant zu behandeln, und niedergelassenen Ärzten im Gegenzug, mehr als in der Vergangenheit, in Krankenhäusern zu wirken.

Der Staat hat dabei die Aufgabe, die Vergütungssysteme in der Weise anzugleichen, dass Wettbewerbsverzerrungen bei der Finanzierung, der Vergütung und der Besteuerung künftig überwunden werden. Dies schließt eine grundlegende Reform des Risikostrukturausgleichs ein.

These 7

Die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung im Krankheitsfalle für alle Menschen muss auch in Zukunft gesellschaftlich verantwortet werden, ohne allerdings die Akteure im Wettbewerb unangemessen zu behindern.

Für Nachfragekartelle und Anbietermonopole sowie staatlich geschützte „Reservate“ ist in einem Wettbewerbssystem der Zukunft kein Raum mehr. Deshalb müssen kassenärztliche Bedarfsplanung und staatliche Krankenhausplanung schrittweise abgeschafft und in eine zu etablierende Aufsicht überführt werden. Hierzu ist eine Regulierungsbehörde notwendig. Dies könnte in Zukunft das Bundesversicherungsamt sein. Damit verbunden wäre eine Auflösung der Kassenärztlichen Vereinigung. Die Anbieter von Gesundheitsleistungen müssen sich am Gesundheitsmarkt mit ihrer Medizin bewähren. Gesundheitsanbieter, die gegen die gesetzten Qualitätsregeln verstoßen, dürfen nicht weiter tätig sein.

Der Staat muss durch einen geeigneten Ordnungsrahmen und den damit verbundenen Anreizen für den Krankenversicherungsmarkt eine flächendeckende Versorgung garantieren. Beispielsweise indem er Krankenversicherungen auferlegt, Verträge mit Leistungsanbietern abzuschließen oder entsprechende Kooperationen mit anderen Versicherern einzugehen, die dazu in der Lage sind. Durch geeignete Rahmenbedingungen wird ein fairer Wettbewerb gesichert, der ruinöse und verzerrende Bedingungen für alle Beteiligten verhindert. Mit ihren Wahlentscheidungen nehmen die Versicherten und Patienten wesentlichen Einfluss auf die zukünftige Entwicklung von Prävention, kurativer Behandlung, Rehabilitation, Pflege und palliativer Medizin.

These 8

Die notwendigen Reformen im Gesundheitswesen sind mit ethischen und Wertfragen verbunden. Durch einen neuen, am Wettbewerb orientierten Ordnungsrahmen werden soziale Gerechtigkeit und das Recht der Patienten auf eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung, die dem aktuellen Kenntnisstand entspricht, auch in Zukunft gesichert.

Wenngleich es im deutschen Gesundheitswesen hervorragende Leistungen in der medizinischen Versorgung mit hoher Qualität und Effizienz gibt, sind an verschiedenen Stellen Verbesserungen möglich und notwendig. Mangelnde Qualität und andauernde Unwirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen sind gleichbedeutend mit einer Verschwendung knapper Ressourcen, die für die gesundheitliche Versorgung der Menschen verloren gehen. Sie sind daher weder ökonomisch noch ethisch zu rechtfertigen. Durch einen verbesserten Ordnungsrahmen muss für eine dauerhafte Qualitäts- und Effizienzsteigerung Sorge getragen werden.

Leitlinien und Orientierungspunkte sind das Wohl des Patienten und die soziale Gerechtigkeit im Gesundheitssystem. Heilung und Leidminderung als ethisch hohe Ziele der Medizin und als Leitbilder für das Humane einer Gesellschaft müssen durch entsprechende gesundheitspolitische Weichenstellungen unterstützt werden.

Wettbewerbliche Marktstrukturen haben sich in vielen Bereichen bewährt und entsprechen im Zusammenwirken mit staatlichen Aufsichts- und sozialen Ausgleichsfunktionen dem christlichen-humanistischen Menschenbild, zu dem Verantwortung und Mitbestimmung wesentlich gehören. Ein stärkerer wettbewerbsorientierter Rahmen könnte auch im Gesundheitssystem für Anreize

sorgen, die zu mehr Effizienz und Qualität und damit zu einer besseren Versorgung der Patienten führen.

Die Stärkung verantwortlichen Handelns aller Akteure im Gesundheitswesen – Patienten, Ärzte, Krankenkassen, Träger von Einrichtungen, Gesetzgeber u. a. – steht als ethisch begründete Forderung an prioritärer Stelle. Eine besondere ethische und soziale Herausforderung ist es, geeignete Rahmenbedingungen zu setzen, die den spezifischen Bedürfnissen chronisch Kranker, terminal Kranker und Sterbender gerecht werden. Eine Ausgrenzung der Schwachen und damit besonders Schutzbedürftigen muss ausgeschlossen werden; der Wettbewerb im Gesundheitswesen muss daher entsprechend reguliert werden.

These 9

In einem wettbewerblich organisierten Gesundheitssystem kommt der Organisationsethik besondere Bedeutung zu. In Gesundheitsunternehmen muss ein notwendiger Wandel der Unternehmenskultur gefördert werden.

Eine Ökonomisierung des Gesundheitssektors ist für die beteiligten Unternehmen mit großen Chancen verbunden – nicht ohne Grund gilt der personalintensive Gesundheitssektor als Wachstumsmarkt. Sie verlangt jedoch auch ein besonderes gesellschaftliches Verantwortungsbewusstsein. Ethik muss daher zu einem integralen Bestandteil der Unternehmens- und Kommunikationskultur werden. Viele Menschen erleben den gegenwärtigen dramatischen Wandel des Gesundheitssystems als Bedrohung der Humanität. Dies ist bei zunehmendem Wettbewerb für aktiv unternehmerisch tätige Gesundheitsanbieter eine Herausforderung. Wer in der Gesundheitsbranche dauerhaft erfolgreich sein will, muss das Vertrauen der Menschen gewinnen. Der Patient ist darauf angewiesen, Kriterien an die Hand zu bekommen, aus denen er möglichst die Leistungsfähigkeit der Angebote und die Seriosität der Anbieter ableiten kann. Gesundheitswirtschaft ist Vertrauenswirtschaft.

Innovative Medizin erzwingt immer auch eine Reflexion der medizinischen und pflegerischen Ethik im klinischen Praxisfeld. Die Gesellschaft erwartet zu Recht, dass die diagnostisch, therapeutisch und pflegerisch Tätigen auch in Dilemmasituationen zu ethisch vertretbaren und humanen Entscheidungen zum Wohle der Patienten finden. Die Lösung von ethischen Problemen setzt die Kenntnis von grundlegenden ethischen Prinzipien, Regeln und Normen voraus, die im konkreten Fall zur Anwendung kommen. Dieses erfordert nicht nur eine geschulte ethische, sondern vor allem auch eine kommunikative Kompetenz des ärztlichen und

pflegerischen Personals. Die bisherige Medizinethik von Ärzten und Pflegepersonal muss zu einer Organisationsethik aller in der Gesundheitswirtschaft Wirkenden erweitert werden.

These 10

Der Fortschritt in Forschung und Entwicklung führt alle fünf Jahre zu einer Verdopplung des medizinischen Wissens. Die derzeitigen Organisationsstrukturen für Aus-, Weiter- und Fortbildung in der Medizin werden den damit verbundenen Herausforderungen nicht gerecht. Die Struktur von Aus-, Weiter- und Fortbildung muss flexibilisiert und den medizinischen Realitäten angepasst werden.

Die medizinische Ausbildung erfolgt in Deutschland in mehr als 30 Universitätsklinika. Trotz zahlreicher Versuche gelang es bisher nicht, grundlegende Defizite, besonders in der praktischen Ausbildung, zu beheben. Die gerade erfolgte Novelle der Approbationsordnung enthält zahlreiche positive Aspekte, deren Realisierung wissenschaftlich begleitet werden sollte. Dringend zu unterstützen ist die praktische Mediziner Ausbildung unter verstärkter Einbindung des ambulanten Sektors mit Modellprojekten zur „integrierten Versorgung“.

Auch die Weiterbildung der Assistenzärzte in Deutschland leidet unter dem Mangel an Struktur und Verlässlichkeit. Einsatzorte von Assistenzärzten reflektieren Versorgungsengpässe weit häufiger als Weiterbildungsziele. Leistungsnachweise in der Weiterbildung entsprechen häufig nicht dem wirklichen Erfahrungsstand, und eine echte Kontrolle über die Erreichung von Weiterbildungszielen findet nur bedingt statt. Eine Weiterbildung zum Facharzt muss das gesamte Spektrum eines Weiterbildungsfaches umfassen. In Anbetracht der zunehmenden Spezialisierung der medizinischen Dienstleister decken immer weniger Einzelinstitutionen das zur Weiterbildung benötigte Krankheitsspektrum ab. Die Lösung liegt in interinstitutionellen Weiterbildungsprogrammen mit zeitlich definierten Rotationen und strukturierten Lerninhalten, an denen Praxen, Krankenhäuser der Regelversorgung,

Kliniken der Maximalversorgung, aber auch die Palliativmedizin partizipieren. Organisatorische Voraussetzung sind standardisierte Einstellungsdaten. Darüber hinaus muss durch ein standardisiertes Facharztprüfungssystem sichergestellt werden, dass eine tatsächliche Überprüfung des Erreichens der Weiterbildungsziele gewährleistet ist.

Aufgrund der dynamischen Veränderungen des medizinischen Wissens ist eine stete Fortbildung der Ärzte unerlässlich. Durch die Einführung einer verpflichtenden Fortbildung (Continuous Medical Education – CME) ist ein erster, lange überfälliger Schritt in die richtige Richtung getan. Die vorgeschriebenen Fortbildungen müssen allerdings durch sinnvolle Instrumente zur Überprüfung des Erreichens der Fortbildungsziele ergänzt werden. Es geht weniger um die Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen als vielmehr um Kompetenzerhalt und -erweiterung (Continuous Professional Development – CPD). Mit dieser Aufgabe könnte das neu gegründete Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen betraut werden.

Mit den vorliegenden Thesen soll die Dringlichkeit einer grundlegenden Gesundheitsreform betont und ein gangbarer Weg für eine nachhaltige Gestaltung skizziert werden.

Dabei knüpfen die Thesen vielfach an bereits Bekanntes und rechtlich Mögliches auf der Grundlage des SGB V an. Dort, wo bereits heute Wettbewerbselemente im Gesundheitswesen stärker verwirklicht werden könnten, sollten alle Akteure den Mut zur Realisierung unter Beweis stellen.

Für den Gesetzgeber stellt sich die Herausforderung, durch gesetzliche Weichenstellungen den Wettbewerb im Gesundheitswesen weiter zu stärken.

Dafür sprechen viele Gründe, zum Beispiel: Gesundheit als Dienstleistungsbranche zu begreifen, die Wachstum und Arbeitsplätze schafft, aber vor allem ein zukunftsfestes Gesundheitssystem zu generieren – zum Wohle kranker Menschen.

Die Autoren

Das vorliegende Thesenpapier enthält die Positionen des Gesprächskreises „Innovationen im Gesundheitswesen“ der Konrad-Adenauer-Stiftung. Diesem Kreis gehören an:

Dr. Norbert Arnold

Leiter der AG Gesellschaftspolitik, Konrad-Adenauer-Stiftung,
Berlin

Dr. Michael Borchard

Leiter der Hauptabteilung Politik und Beratung, Konrad-Adenauer-Stiftung, Berlin

Dr. Bernard gr. Broermann

Gesellschafter, Asklepios Kliniken, Königstein / Falkenstein

Prof. Dr. Jörg Debatin

Vorsitzender des Vorstandes, Universitätsklinikum Eppendorf,
Hamburg

Prof. Dr. Axel Ekkernkamp

Geschäftsführer des Unfallkrankenhauses Berlin

PD Dr. Rudolf Giertler

Präsident der Katholischen Ärztarbeit Deutschlands, Erfurt

Wolfgang Glahn

Vorsitzender des Aufsichtsrates, AHG Allgemeine Hospitalgesellschaft AG, Düsseldorf

Dr. Maria-Elisabeth Heckmann

Strahleninstitut CDT, Köln

Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke

Lehrstuhl für Finanzwissenschaft und Gesundheitsökonomie,
Technische Universität Berlin

Christoph Kannengießer (Co-Leitung des Kreises)
Stellvertretender Generalsekretär der Konrad-Adenauer-Stiftung,
Berlin

Prof. Heinz Lohmann
LOHMANN konzept, Hamburg

Dr. Dorothea Ludewig-Thaut (Initiatorin, Leiterin des Kreises)
European Association for Supervision, Supervisorin/Coach,
Alfter

Dr. Andrea Schneider
Leiterin der AG Wirtschaftspolitik, Konrad-Adenauer-Stiftung,
Berlin

Dr. Christoph Straub
Stellvertretender Vorsitzender des Vorstands der Techniker Kran-
kenkasse, Hamburg