



wahlweise gesund

Hartmannbund-Kampagne zur Wahl '09

Zentrale Positionen des Hartmannbundes

- **Ärztmangel**
- **Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern und Kliniken**
- **Finanzierung des Gesundheitswesens**
- **Freiberuflichkeit**
- **Hausarztzentrierte Versorgung / Hausarztmodell**
- **Kollektivvertrag**
- **Kostenverantwortung**
- **Krankenhausfinanzierung**
- **Nivellierung des GKV-Leistungskatalogs**
- **Patientenautonomie**
- **Praxisgebühr**
- **Therapiefreiheit**
- **Vereinbarkeit von Beruf und Familie**
- **Vergütung ärztlicher Leistungen**
- **Versicherungspflicht**
- **Vertragswettbewerb**
- **Wahltarife**
- **Wohnortnahe Versorgung**

Ärztemangel

Der Ärztemangel ist ein generelles Phänomen, das sich sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor niederschlägt und auch in westlichen Bundesländern bereits Realität ist. Einem stetig steigenden Durchschnittsalter der Ärzte steht eine sinkende Anzahl von Absolventen der Humanmedizin gegenüber. Gleichzeitig steigt die Zahl deutscher Ärzte, die aufgrund unzumutbarer Arbeitsbedingungen und zunehmender Reglementierung des Arztberufs ins Ausland oder andere Berufe abwandern. Im Jahr 2007 sind insgesamt 2.439 deutsche Ärzte ins Ausland gegangen. Die Zahl ausländischer Ärzte, die in Deutschland praktizieren, ist dagegen nur um 921 gestiegen.

Stationärer Sektor: Zwei Drittel der deutschen Krankenhäuser können freie Stellen derzeit nicht besetzen. Die Anzahl der bundesweit offenen Stellen belief sich 2008 auf etwa 4.000. Gründe sind fehlender Nachwuchs und die wirtschaftlich schwierige Situation vieler Kliniken. Als Folge kommt es zu Schwierigkeiten bei der Arbeitszeitorganisation, langen Wartezeiten und Beeinträchtigungen in der Patientenversorgung.

Ambulanter Sektor: Strukturschwache (meist ländliche) Regionen sind derzeit mit einem Versorgungsgrad von bis zu 68 Prozent konfrontiert. Damit kann die wohnortnahe Versorgung nicht mehr sichergestellt werden. Aufgrund des zu erwartenden geringen Monatsverdiensts, mangelnden Schul- und Betreuungsangeboten für Kinder und Jugendliche und der hohen Anzahl von Bereitschaftsdiensten ist eine Praxis „auf dem Land“ extrem unattraktiv.

Um auf Dauer eine wohnortnahe und spezialisierte Versorgung der Versicherten auch in strukturschwachen Regionen gewährleisten zu können, sind neben einer Beendigung der strukturellen Unterfinanzierung des Gesundheitswesens folgende Maßnahmen erforderlich:

- Erhöhung der Attraktivität des Arztberufs
- gezielte Förderung und Verbesserung der Aus- und Weiterbildung
- leistungsgerechte Honorierung ärztlicher Tätigkeit in Klinik und Praxis
- Verbesserung der Arbeitsbedingungen im stationären Sektor (unter anderem Rückführung von Überstunden auf ein Maß, das eine Patientengefährdung durch übermüdete Ärzte ausschließt)
- mehr Anreize zur Niederlassung in strukturschwachen Regionen, die auch sogenannte „weiche Faktoren“ berücksichtigen

Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern und Kliniken

Die Krankenhäuser kämpfen derzeit mit einem hohen Kostendruck und fehlenden Investitionsmitteln seitens der Länder. Trotz steigender Fallzahl, verkürzter Liegedauer und einer immer personalintensiveren Versorgung im Rahmen der Hochleistungsmedizin sind Einstellungsstopps und Stellenabbau an der Tagesordnung. Mit den Arbeitsbedingungen im Krankenhaus konfrontiert, entscheiden sich Medizinstudenten und junge Ärzte immer häufiger für eine berufliche Tätigkeit außerhalb der kurativen Versorgung oder wandern aus.

Der Hartmannbund dringt daher auf eine ausreichende Finanzierung des stationären Sektors, damit die Arbeitsbedingungen verbessert und neue Stellen geschaffen werden können. Darüber hinaus fordert der Hartmannbund die Aufsichtsbehörden auf, die Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes besser zu kontrollieren. Seit Jahren sind die Stellenpläne an den Krankenhäusern der medizinischen Entwicklung nicht angepasst worden. Dies kann nicht weiter hingenommen werden.

Finanzierung des Gesundheitswesens

Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland basiert auf einer lohnabhängigen Umlagefinanzierung. Angesichts der demografischen und arbeitsmarktpolitischen Entwicklung in Deutschland stößt die lohngekoppelte Finanzierung an ihre Grenzen. Das betrifft den ambulanten und stationären Sektor gleichermaßen. Die bisherigen Gesundheitsreformen haben keine zukunftssichere Umgestaltung der Finanzierung des Systems erreicht. Stattdessen dienen die immer neuen Regelwerke vor allem dazu, die Kosten der Gesundheitsversorgung zu dämpfen oder umzuverteilen. Das Ergebnis ist ein Gesundheitssystem, das mit Budgets, einem komplizierten Verteilungssystem und einer immer rigider werdenden Regelungsdichte verzweifelt am Leben erhalten wird.

Die Honorare der Vertragsärzte stagnieren seit 20 Jahren bei steigenden Kosten und zunehmender Morbidität der Patienten. In strukturschwachen Regionen zeichnet sich ein dramatischer Ärztemangel ab. In Krankenhäusern sind bundesweit tausende Stellen unbesetzt, der Gesundheitsfonds deckt die Krankenhauskosten nicht einmal zur Hälfte. Patienten werden über Zuzahlungen und Praxisgebühren zusätzlich zu ihren Beiträgen belastet.

Eine Versorgung auf hohem medizinischen Niveau ist unter den jetzigen Bedingungen in Zukunft nicht mehr kostendeckend zu gewährleisten. Die aktuelle Gesundheitspolitik gefährdet auf Dauer die Patientenversorgung und wird den Anforderungen an eine künftige Versorgung nicht gerecht. Weitere Beitragserhöhungen oder eine Ausweitung der Beitragspflicht stellen keine zukunftssicheren Alternativen dar.

Der Hartmannbund fordert daher einen fundamentalen strukturellen Umbau der Finanzierung des Gesundheitswesens. Statt einer Staats- und Einheitsmedizin strebt der Hartmannbund ein liberales Gesundheitssystem mit folgenden Komponenten an:

- Entkopplung der GKV-Einnahmen von der Lohnentwicklung
- Kostenerstattung mit sozialverträglicher Selbstbeteiligung
- Versicherungspflicht statt Pflichtversicherung
- Einführung kapitalgedeckter Elemente statt reine Umlagefinanzierung
- Nivellierung des GKV-Leistungskatalogs

Eine Finanzierung, die nicht auf lohnabhängige Beiträge setzt, hat folgende Vorteile:

- Ende der Unterfinanzierung
- freie Arztwahl für die Versicherten
- Transparenz im Kosten- und Leistungsgeschehen
- Qualitäts- und Leistungswettbewerb der Versicherer und Leistungserbringer
- leistungsgerechte Vergütung der Ärzte
- Erhalt der Freiberuflichkeit des Arztes und seiner Therapiefreiheit
- Stärkung der Patientenautonomie und der bewussten Einstellung der Versicherten zum Thema Gesundheit

Freiberuflichkeit

Die ärztliche Freiberuflichkeit ist der Garant für die Entscheidungsfreiheit und die Qualität der ärztlichen Berufsausübung. Dazu gehört vor allem die ärztliche Therapiefreiheit.

Allein die Freiberuflichkeit und Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung garantieren, dass Patienten ihren Ärzten vertrauen. Nur so können sie sicher sein, dass Ärzte in ihren Handlungsweisen nicht durch ökonomische oder staatliche Zwänge eingeengt sind, sondern einzig dem Wohle des Patienten verantwortlich sind.

Im aktuellen Gesundheitssystem ist die Freiberuflichkeit des Arztes durch eine Reihe von Reglementierungen (Arznei- und Heilmittelbudget, Zweitmeinungsverfahren, Rabattverträge) stark eingeschränkt. Dies ist eine direkte Folge der seit Jahren bestehenden Unterfinanzierung.

Der Hartmannbund macht sich daher für einen Umbau der Finanzierung des Gesundheitswesens stark. Das Verhältnis zwischen Patient und Arzt darf nicht immer mehr durch Institutionalisierung und Reglementierung seiner Individualität beraubt werden.

Hausarztzentrierte Versorgung / Hausarztmodell

Die hausarztzentrierte Versorgung nach Paragraph 73b des Fünften Sozialgesetzbuchs setzt auf die Lotsenfunktion des Hausarztes. Er soll für den Patienten im Falle einer Erkrankung der erste Ansprechpartner sein und die Behandlungen des Patienten fach- und sektorenübergreifend koordinieren. Die hausarztzentrierte Versorgung soll somit die Abläufe im Gesundheitswesen optimieren und die Kosten der Gesundheitsversorgung dämpfen. Die hausarztzentrierte Versorgung wird über Selektivverträge zwischen Krankenkassen und Berufsverbänden vereinbart.

Nach Meinung des Hartmannbundes sollte der Haus- oder Allgemeinarzt grundsätzlich durchaus erster Ansprechpartner der Patienten sein. Eine zwangsweise Bindung an einen Allgemeinarzt über Selektivverträge wird jedoch abgelehnt, weil jeglicher Zwang das Vertrauen des Patienten zu seinem Arzt beeinträchtigt. Zudem ist der freie Zugang der Versicherten zur Gesundheitsversorgung – konkret: die freie Arzt- und Behandlungswahl der Patienten – erheblich eingeschränkt. Das ist vor dem Hintergrund der Kostendämpfung auch gewollt und wird vom Gesetzgeber politisch massiv befördert. Eine derartige Einschränkung der Patientenautonomie kann der Hartmannbund jedoch nicht akzeptieren.

Der Hartmannbund spricht sich dagegen generell für eine Verbesserung der fach- und sektorenübergreifenden Kommunikation und für den Ausbau der Zusammenarbeit unter den Ärzten – unabhängig von vertraglichen Zwängen für Ärzte und Versicherte – und für die freie Arzt- und Behandlungswahl der Patienten aus.

Kollektivvertrag

Der Kollektivvertrag zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen gewährleistet die flächendeckende wohnortnahe ambulante Versorgung für alle Versicherten in Deutschland und hat sie zu einem der besten Gesundheitssysteme weltweit gemacht. Er garantiert die freie Arztwahl sowie einen einfachen und schnellen Zugang zur Versorgung. Aus diesen Gründen bekennt sich der Hartmannbund im gegenwärtig bestehenden System klar zu kollektiven Verträgen.

Kritisch bewertet der Verband jedoch das Sachleistungsprinzip, das ein zentrales Element der derzeitigen kollektivvertraglichen Regelung ist. Das Sachleistungsprinzip verhindert in der aktuellen Situation der Unterfinanzierung eine leistungsgerechte und transparente

Vergütung der Ärzte. Perspektivisch strebt der Hartmannbund daher die Einführung eines sozial verträglichen Kostenerstattungssystems an.

Kostenverantwortung

Derzeit existiert eine Vielzahl verschiedener Instrumente zur Preisregulierung von Arzneimitteln. Davon kann der Arzt nur die wenigsten selbst beeinflussen. Das heißt, der Arzt hat kaum Eingriffsmöglichkeiten bei der Ausgabensteuerung. Gleichzeitig trägt der Arzt die volle Kostenverantwortung und haftet mit seiner wirtschaftlichen Existenz, wenn er sein Arzneimittelbudget überzieht. Die Therapie- und Verordnungsfreiheit ist dadurch extrem eingeschränkt.

Der Hartmannbund fordert daher, die Kostenverantwortung den Kassen und Herstellern zu übertragen, da diese auch den größten Einfluss auf die Ausgabenentwicklung haben. Nur so ist die Therapiefreiheit des Arztes gewährleistet und nur so kann die vertrauensvolle Beziehung zwischen Arzt und Patient gewahrt bleiben.

Krankenhausfinanzierung

Der stationäre Sektor leidet seit Jahren unter einer mangelnden Finanzierung. Das betrifft sowohl die Kosten für den laufenden Betrieb, die über die gesetzliche Krankenversicherung finanziert werden, als auch die Investitionskosten, die die Länder zu übernehmen haben. Der inzwischen nötige Bedarf an Investitionen wird bundesweit mit 30 Milliarden Euro beziffert. Seit 2004 gilt bei der Leistungsvergütung das DRG-System (DRG = diagnosis related groups). Dahinter verbirgt sich ein Pauschalensystem auf der Basis von diagnosebezogenen Fallgruppen: Ein Fall wird entsprechend der gestellten Diagnose pauschal nach dem Branchendurchschnitt vergütet und nicht nach dem tatsächlichen Aufwand. Die Krankenhäuser stehen damit unter einem hohen Kostendruck. Sie sind zu Einsparungen gezwungen, um den Betrieb aufrecht erhalten und vor allem um dringend nötige Investitionen tätigen zu können. Dabei sparen sie vor allem an Personal. Finanzmittel aus der gesetzlichen Krankenversicherung werden so zweckentfremdet für notwendige Investitionen genutzt. Die Folgen sind unzumutbare Arbeitsbedingungen für Ärzte und Pflegepersonal, eine Gefährdung der Patientenversorgung und eine völlig intransparente Finanzierungssituation.

Der Hartmannbund fordert daher die Länder auf, ihren Investitionsverpflichtungen nachzukommen. Zugleich muss das DRG-System umgestaltet und angepasst sowie eine transparente Finanzierung der Krankenhäuser gewährleistet werden.

Nivellierung des GKV-Leistungskatalogs

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung müssen auf die originären Aufgaben einer Krankenversicherung beschränkt werden, um das derzeitige Finanzierungssystem und die Beitragszahler spürbar zu entlasten. Leistungen wie zum Beispiel die Zahlung von Mutterschaftsgeld oder die kostenlose Mitversicherung von Kindern und Familienmitgliedern tragen zur Intransparenz der Finanzierung bei und müssen ausgegliedert werden. Solche Leistungen gehören in den Aufgabenbereich des Staates.

Patientenautonomie

Der Hartmannbund unterstützt die Einführung eines liberalen Gesundheitssystems, in dem jeder frei seinen Arzt und die für ihn beste Versorgungsform wählen kann. Beides ist im jetzigen Gesundheitssystem wesentlich eingeschränkt.

In der gesetzlichen Krankenversicherung sollte der sozialpolitische Grundsatz der Subsidiarität gelten. Eigenverantwortung geht vor Kollektivverantwortung. Das heißt die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich. Ein Gesundheitswesen, in dem die Eigenverantwortung der Versicherten an oberster Stelle steht, ist nicht nur leistungsfähiger, sondern auch gerechter. Jeder trägt entsprechend seiner Mittel eigenverantwortlich zur Erhaltung seiner Gesundheit bei. Die Unterstützung der Solidargemeinschaft kommt dann zum Tragen, wenn die Mittel des Einzelnen dazu nicht ausreichen.

Praxisgebühr

Seit 2004 müssen Ärzte beim ersten Arzt-Patienten-Kontakt in einem Quartal von den gesetzlich Versicherten eine Praxisgebühr in Höhe von zehn Euro einziehen. Die Gebühr wird quartalsweise fällig, ausgenommen sind Kontrollbesuche beim Zahnarzt, Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen sowie Schutzimpfungen. Dieses Geld wird dem Arzt direkt von seinem Honorar abgezogen. Das heißt, die Ärzte haben durch die Praxisgebühr keine zusätzlichen Einnahmen. Stattdessen haben sie zusätzlichen bürokratischen Aufwand zu bewältigen.

Die Praxisgebühr ist als Maßnahme zur Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten ungeeignet und dient lediglich der Kostendämpfung. Der Hartmannbund fordert daher die Abschaffung der Praxisgebühr.

Therapiefreiheit

Die Therapiefreiheit des Arztes meint vor allem Methoden- und Verordnungsfreiheit, das heißt die Freiheit des Therapeuten zu entscheiden, welche Methode der Diagnostik und Therapie angezeigt ist. Diese wird jedoch durch zahlreiche Reglementierungen in der gesetzlichen Krankenversicherung derzeit stark eingeschränkt.

Grund ist die Unterfinanzierung des Systems und zunehmende Rationierungstendenzen. So hat der Arzt ein Arzneimittelbudget, das er nur unter bestimmten Bedingungen überschreiten darf. Besonders teure und risikoreiche Präparate bedürfen vor ihrer Verschreibung neuerdings der Zweitmeinung eines „besonders qualifizierten“ Kollegen. Auch kann die Kasse des Versicherten mit einem Arzneimittelhersteller für einen bestimmten Wirkstoff einen Rabattvertrag geschlossen haben, so dass der Arzt nur ein bestimmtes Präparat verschreiben kann.

Der Arzt ist also zu einer Verordnung nach Kassenlage gezwungen. Dies ist nicht im Geringsten akzeptabel, denn der Arzt kann damit nicht immer frei und das heißt primär im Interesse des Patienten entscheiden. Das widerspricht den ethischen Grundsätzen des Arztes und schadet dem Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient.

Vor diesem Hintergrund fordert der Hartmannbund einen Umbau der Finanzierung des Gesundheitswesens, der die Therapiefreiheit des Arztes zum Wohle der Patienten unbedingt und ohne Einschränkung gewährleistet.

Vereinbarkeit von Beruf und Familie

Um der zunehmenden Zahl von Ärztinnen gerecht zu werden und die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu verbessern, befürwortet der Hartmannbund die Einrichtung von Kinderbetreuungsstätten an Universitäten und Großkliniken sowie die Möglichkeit der Teilzeitarbeit während der Weiterbildung und der anschließenden beruflichen Tätigkeit in Klinik und Praxis.

Vergütung ärztlicher Leistungen

Der Geldfluss in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist intransparent und die Verteilungssystematik so kompliziert, dass sie selbst Eingeweihten kaum noch vermittelbar ist. In der GKV gilt derzeit das Sachleistungsprinzip. Der Patient erhält gegen Vorlage seiner Krankenversicherungskarte im Erkrankungsfall alle notwendigen im GKV-Leistungskatalog enthaltenen Leistungen. Der Arzt rechnet bei der für seine Region zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) ab. Grundlage der Abrechnung ist der Erweiterte Bewertungsmaßstab (EBM). Das Geld, das die KVen an die Ärzte nach einem komplizierten Verfahren verteilen, stammt von den Kassen. Die Kassen erhalten ihre finanziellen Zuweisungen ebenfalls nach einem komplizierten Verteilungsschlüssel aus dem Gesundheitsfonds, in den die Beitragszahler monatlich einzahlen. Die für die ambulante Versorgung zur Verfügung stehende Geldmenge handelt jede der 17 KVen mit den Kassen für ein Jahr im Voraus aus. Gleichzeitig ist die Höhe der Beiträge an die Höhe der Löhne gekoppelt. Dadurch ist die für die Versorgung zur Verfügung stehende Geldmenge generell begrenzt und das gesamte System strukturell unterfinanziert. Dies führt zu einer bürokratischen überregulierten Budget- und Verteilungspolitik, die die Patientenversorgung gefährdet, die Therapiefreiheit des Arztes stark einschränkt und – im Falle von Regressforderungen aufgrund überzogener Arzneimittelbudgets – dessen berufliche Existenz bedroht.

Im Bereich der Privaten Krankenversicherung (PKV), in der das Kostenerstattungsprinzip gilt, ist eine transparente und leistungsgerechte Vergütung ärztlicher Leistungen gewährleistet. Kostenerstattung heißt, dass der Arzt dem Patienten auf der Basis einer bundesweit einheitlichen Gebührenordnung eine Rechnung über die erbrachten Leistungen ausstellt, die dieser dann bei seiner Krankenkasse einreicht und erstattet bekommt. Grundlage der Abrechnung ist die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Der Hartmannbund fordert daher in der GKV die Einführung einer Kostenerstattung mit sozial verträglicher Selbstbeteiligung, damit:

- die Patientenautonomie und die bewusste Einstellung der Versicherten zum Thema Gesundheit gestärkt wird,
- eine transparente und leistungsgerechte Vergütung möglich wird,
- die Freiberuflichkeit und Therapiefreiheit des Arztes gewahrt bleibt,
- der Verwaltungsaufwand auf ein Minimum reduziert wird und der Arzt sich auf die Versorgung seiner Patienten konzentrieren kann.

Dabei muss gewährleistet bleiben, dass jeder Bürger jederzeit freien Zugang zur medizinischen Versorgung besitzt. Dies ist jedoch originäre Aufgabe des Staates (zum Beispiel über Unterstützungsleistungen aus Steuermitteln) und gehört nicht zum Leistungsportfolio einer Krankenversicherung.

Versicherungspflicht

In einem leistungsfähigen liberalen Gesundheitssystem genießt die Eigenverantwortung des Versicherten Priorität. Das schließt die freie Wahl der für ihn besten Versorgungsform ein. Dem widerspricht die derzeitige Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung für alle, deren Jahreseinkommen unter 48.600 Euro liegt (vom Gesetzgeber festgelegte Pflichtversicherungsgrenze, Angabe gültig für das Jahr 2009).

Der Hartmannbund setzt sich daher für eine Versicherungspflicht ein, die den Versicherten die Wahl ihrer Versicherungsform belässt.

Vertragswettbewerb

Mit den Selektivverträgen in ihrer aktuellen Form hat der Gesetzgeber 2007 den Krankenkassen die Möglichkeit gegeben, mit Ärzten und Ärzteverbänden die haus- und fachärztliche Versorgung unabhängig von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zu regeln. Gleichzeitig ist damit der stationäre Sektor gegenüber dem ambulanten geöffnet worden: Krankenhäuser und Kliniken dürfen im Rahmen solcher Verträge auch ambulante Versorgungsleistungen erbringen. Ziel dieser Direktverträge zwischen Kassen und Leistungserbringern unter Ausschluss der KVen war es, über einen Vertragswettbewerb außerhalb des Kollektivvertrags Effizienzreserven im Gesundheitswesen auszuschöpfen.

Der Hartmannbund befürwortet den Vertragswettbewerb, wenn es sich dabei um einen tatsächlich freien Leistungs- und Qualitätswettbewerb handelt. Dazu müssen die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt sein: ein liberal organisiertes und kostendeckend finanziertes Gesundheitssystem, eine Begrenzung staatlicher Einflussnahme auf das Nötigste sowie klare und für alle Beteiligten in gleichem Maße geltende Wettbewerbsregeln.

Dies ist jedoch nicht der Fall. Stattdessen handelt es sich hierbei um einen staatlich geführten Wettbewerb in einem unterfinanzierten Gesundheitswesen. Dem erteilt der Hartmannbund eine klare Absage. Das ist Etikettenschwindel. Ein derartiger Verteilungskampf um begrenzte finanzielle Ressourcen

- höhlt den Kollektivvertrag aus,
- verbessert nicht die Patientenversorgung,
- täuscht über die strukturelle Unterfinanzierung hinweg,
- schadet der Gesundheitsbranche als Wachstumssektor der deutschen Volkswirtschaft,
- fördert die Zersplitterung der Ärzteschaft und schwächt nachhaltig deren künftige Verhandlungsposition gegenüber den Kassen.

Selektivverträge, die nicht primär der Verbesserung der Patientenversorgung dienen, lehnt der Hartmannbund ab. Der Hartmannbund befürwortet Einzel- und Sonderverträge, die die Patientenversorgung verbessern und durch deren Finanzierung keine Arztgruppe zugunsten einer anderen benachteiligt wird.

Wahltarife

Der Hartmannbund befürwortet Wahltarife für die Versicherten, soweit die Wahl auf einer freiwilligen Entscheidung der Versicherten beruht und nicht mit Bonusregelungen verbunden ist. Ein Bonus – zum Beispiel für die Einschreibung in ein Primärarztssystem – entzieht dem Gesundheitssystem Finanzmittel und verfälscht jegliche Vergleichbarkeit im Hinblick auf die wirtschaftlichen Auswirkungen der verschiedenen Varianten.

Wohnortnahe Versorgung

Die flächendeckende ambulante wohnortnahe Versorgung wird überwiegend durch niedergelassene Ärzte und Zahnärzte gewährleistet, die freiberuflich in eigener Praxis tätig sind. Der Hartmannbund stellt sich daher allen politischen und gesetzgeberischen Versuchen entgegen, die Rolle des niedergelassenen Arztes zu schwächen. Das bedeutet:

- die Freiberuflichkeit und Therapiefreiheit des Arztes müssen gewahrt bleiben,
- die Vergütung der Ärzte muss leistungsgerecht sein,

- es müssen vielfältige Anreizsysteme zur Niederlassung in strukturschwachen und vom Ärztemangel betroffenen Regionen entwickelt und umgesetzt werden,
- die wohnortnahe Versorgung muss Priorität vor der ambulanten Versorgung durch Medizinische Versorgungszentren, Krankenhäuser oder Kliniken haben.

Gleichzeitig sind neue Versorgungsformen denkbar, die der aktuellen Entwicklung sich auflösender Sektorengrenzen gerecht werden. Gleichwohl müssen Freiberuflichkeit und Therapiefreiheit des niedergelassenen Arztes uneingeschränkt oberste Priorität genießen. Denn eine flächendeckende wohnortnahe Versorgung ist nur durch freiberuflich tätige niedergelassene Ärzte und Zahnärzte zu gewährleisten.