

## 10. Sächsischer Ärztetag/ 22. Kammerversammlung

30. Juni 2000/  
1. Juli 2000

Berufspolitischer Höhepunkt des 10. Sächsischen Ärztetages war der Vortrag des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer.

### Aktuelle berufs- und gesundheitspolitische Fragen für die nächste Zukunft

„Hochverehrte Kammerversammlung, liebe Kolleginnen und Kollegen, meine sehr verehrten Damen und Herren, unsere 22. Kammerversammlung findet in einer Zeit statt, in der alle sozialen Sicherungssysteme von der Rente über die Steuern bis zur Gesundheit erneut und intensiv auf dem Prüfstand stehen!

Hier bedarf es seitens der verfassten Ärzteschaft einer wachsam, kritischen, aber auch kreativen Haltung, wie das zum Beispiel auf dem diesjährigen Deutschen Ärztetag beziehungsweise der Vertreterversammlung in Köln oder in den Aktionen des Bündnisses Gesundheit 2000 zum Ausdruck kommt.

Die politischen Parteien haben nach Bekundung des Bundeskanzlers Gerhard Schröder „erst sehr spät“ die tiefgreifenden Probleme der Sozialen Systeme erkannt, die aus dem raschen Wandel von Familienstrukturen, Arbeits-, Sozial- und Lebensverhältnissen sowie demographischer Entwicklungen resultieren.

Bei genauerer Analyse, die seit geraumer Zeit von der Ärzteschaft angemahnt wurde, zeigt sich die fatale Tendenz einer zunehmenden Aushöhlung des über Jahrhunderte funktionierenden Generationenvertrages mit der Folge der



Prof. Dr. Jan Schulze

Erosion auch der solidarischen Krankenversicherungen.

Nur zwei Zahlen mögen dafür als Beleg dienen:

So wird die Zahl der Erwerbspersonen in den nächsten 30 Jahren von heute 33 Millionen auf 29 Millionen absinken, bei gleichzeitigem Anstieg der oft multimorbiden Rentner von heute 13,7 Millionen auf 17,6 Millionen. Darüber hinaus besteht ein erheblicher Reformbedarf auch durch die Verbesserung medizinischer Leistungen im Kontext zu Langlebigkeit und Anspruchshaltung einer aufgeklärten Bevölkerung.

Diese Entwicklung von Kostenanstieg einerseits und gravierender Reduzierung der Finanzzuflüsse ins GKV-System andererseits macht eine umfassende durchgreifende Gesundheitsreform unabdingbar.

Doch es kam – wie bekannt – leider anders. Und so sind wir nun seit Jahresbeginn erneut mit dem Torso eines reinen Kostendämpfungsgesetzes konfrontiert, in dem die Leistungserbringer und Patienten einem unerträglichen Spar- und Interventionsdruck ausgesetzt werden. In seinem Entschließungsantrag zur Ge-

sundheits- und Sozialpolitik lehnte der 103. Deutsche Ärztetag die sogenannte Gesundheitsreform 2000 erneut als inakzeptabel ab und stellte dazu unter anderem fest:

Das vom Deutschen Bundestag Ende letzten Jahres verabschiedete Rumpfgesetz zur GKV-Gesundheitsreform 2000 führt in seiner Konsequenz zu Risikoselektion von Patienten und Rationierung in der medizinischen Versorgung. Sektorale Budgets, willkürliche Kostendämpfung, monopolartige Einkaufsmodelle und staatlicher Dirigismus aber sind untaugliche Rezepte für ein modernes, patientengerechtes Gesundheitswesen.

Die rigide begrenzten sektoralen Budgets für die ambulante und stationäre Versorgung sowie für Arznei- und Heilmittel sind rein ökonomisch festgelegt und verhindern so eine bedarfsgerechte Versorgung. Sie sind unflexibel und führen durch die willkürliche Mittelverknappung zu einer Benachteiligung von vorwiegend chronisch und schwer Kranken. Die gleichzeitige Verlagerung des Rationierungsdruckes auf die Vertragsärzte gehört zu den besonderen Tücken des Reformgesetzes.

Auch die im Gesetz angelegte Struktur einer sogenannten integrierten Versorgung dient nur der Profilierung der im Wettbewerb stehenden Krankenkassen, nicht jedoch einer besseren medizinischen Versorgung; denn sie wird nicht das Versorgungsniveau erhöhen, sondern gute von schlechten Versorgungsrisiken trennen – zu Lasten der Kranken. Verstärkt wird dieser Ansatz noch dadurch, dass die Krankenkassen die Mittel für die Integrationsversorgung nach Gutdünken aus den sektoralen Budgets nehmen können.

Die von der Regierung proklamierte „Stärkung der Selbstverwaltung“ wird damit ad absurdum geführt. Das ärztliche Verhandlungsmandat wird faktisch aufgelöst. Die lediglich fakultative Beteiligung der verfassten Ärzteschaft

## 10. Sächsischer Ärztetag/ 22. Kammerversammlung

30. Juni 2000/  
1. Juli 2000

an der Vertragsgestaltung zur integrierten Versorgung macht den verbleibenden Sicherstellungsauftrag zur Farce.

Im weiteren bekräftigte der Deutsche Ärztetag 2000 seine Forderungen für den Erhalt einer flächendeckenden qualitativ hochstehenden Versorgung der Bevölkerung mit folgenden Essentials:

- keine Risiko-Selektion und Ausgrenzung
- medizinische Orientierung statt unangemessener Budgets
- bedarfsgerechte Arzneimittelversorgung bei freier Arztwahl
- keine Sammlung von Patientendaten bei Krankenkassen

Abschließend fordert der 103. Deutsche Ärztetag unter anderem Regierung und Parlament auf, sich für akzeptable Konditionen und Rahmenbedingungen eines sozialen und solidarisch finanzierten Gesundheitswesens mit folgenden Zielstellungen nachdrücklich einzusetzen:

- Die Verantwortung für die Finanzierung des medizinisch Notwendigen liegt bei der Politik. Das notwendige Finanzvolumen muss epidemiologisch begründet, demographisch bestimmt, am Versorgungsbedarf der Bevölkerung ausgerichtet und dynamisch sein. Über die Definition des medizinisch Notwendigen muss dazu ein kontinuierlicher gesellschaftlicher Diskurs geführt werden.
- Zwischen Eigenverantwortung und solidarischer Absicherung muss eine deutliche Grenze gezogen werden.
- Die Einnahmehasis für die solidarische Aufbringung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung muss verbreitert werden. Die Beitragsbemessung muss grundsätzlich so gestaltet werden, dass sie die tatsächliche Leistungsfähigkeit des einzelnen Mitgliedes zugrunde legt, um auch künftig den solidarischen Charakter der GKV zu erhalten.
- Versicherungsfremde Leistungen müssen aus der GKV herausgenommen werden. Etliche Ausgaben der Gesetzlichen

Krankenversicherung haben nichts mit der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung zu tun, sondern sind allgemeine Sozialleistungen.

■ Der Wettbewerb ist qualitätsorientiert zu gestalten. Wenn Wettbewerb zum Maßstab der Verteilung im Gesundheitswesen werden soll, brauchen wir eine qualitätsorientierte Wettbewerbsordnung. Nicht, wer den Patienten am billigsten behandelt, sondern wer bei hoher Qualität angemessen behandelt, sollte die bessere Bezahlung erhalten.

■ Die Finanzierung der Leistungen der Psychotherapeuten darf nicht zu Lasten der ambulanten ärztlichen Versorgung gehen.

■ Die Anpassung der vertragsärztlichen Gesamtvergütungen in den neuen Bundesländern an das Niveau in den alten Bundesländern bis zum Jahre 2004 und die umgehende Anpassung der GOÄ müssen erfolgen.

Zusammenfassend gilt, dass eine solidarische Absicherung des Krankheitsrisikos durch eine gesetzliche Krankenversicherung auch in Zukunft Kernbestandteil der sozialen Marktwirtschaft sein wird. Die angemessene und qualitativ hochwertige Behandlung und Betreuung unserer Patienten muss das Ziel aller ärztlichen und gesundheitspolitischen Bemühungen sein und bleiben.

Meine Damen und Herren Delegierte, ob es nun die Ärztetagsbeschlüsse waren oder die zum gleichen Zeitpunkt vorliegenden wohl-durchdachten „Eckpunkte für ein patientengerechtes Gesundheitswesen“ des Bündnisses Gesundheit 2000 – es scheint Bewegung in die starren Fronten bei den Mitgestaltern von Gesundheits- und Sozialpolitik gekommen zu sein! Die SPD führte einen Kongress zur „Generationengerechtigkeit“ durch, auf dem der Bundeskanzler eine für die SPD neue Richtung wies.

In einem Grundsatzpapier wird festgestellt, dass in einer Bürgergesellschaft Subsidiarität und Eigenvorsorge gestärkt werden müssen.

„Im Gesundheitswesen steht die Gesellschaft vor der Frage, welche Medizin sie zu welchen Kosten vorhalten kann und wie der Beitrag der Versicherten zur Erhaltung der eigenen Gesundheit und zur Pflege anderer aussehen kann. Für den SPD-Vorsitzenden ist ein Gesundheitswesen ohne finanzielle, geistige und buchstäblich körperliche Selbstbeteiligung der Versicherten nicht mehr vorstellbar“.

Hier deutet sich ein Paradigmenwechsel an, und man darf auch auf die Nachfolge von R. Dreßler, dem scheidenden Sozialexperten der SPD, gespannt sein.

Auch die CDU-Opposition hat am 20. 6. 2000 ein umfangreiches Diskussionspapier zur Reform des Sozialstaates mit dem Titel „Der faire Sozialstaat – eine neue Politik für eine neue Zeit“ vorgelegt. Frau Merkel und Herr Wulff zeigten sich überzeugt, dass mit Beitragseinnahmen aus Löhnen und Gehältern allein der medizinische Fortschritt und die demographischen Herausforderungen nicht finanziert werden können. Es müssen andere Finanzierungsformen tabufrei diskutiert werden und zum Beispiel über die Heranziehung sonstiger Einkommen zur Beitragsbemessung nachgedacht werden.

Weitere Stichworte dieser am 24. 6. 2000 in Berlin diskutierten Reformvorstellungen sind:

- mehr Wettbewerb in der GKV
- mehr vertragliche Steuerung durch die Selbstverwaltung und weniger staatlichen Dirigismus
- mehr Eigenverantwortung und mehr Kostentransparenz
- mehr Wahlmöglichkeiten und die Neudefinition des GKV-Katalogs in Kernleistungen versus Wahlleistungen
- Durch Ausgliederung von Wahlleistungen (Eigenfinanzierung) und sog. versicherungsfremder Leistungen (Steuerfinanzierung) könnte eine Beitragsabsenkung um 1,33 Prozentpunkte erreicht

werden. Das entspricht etwa 10 % des bisher solidarisch aufgebrauchten Leistungsvolumens.

Bereits am 14. 7. 1999 hat sich unter Führung der Sächsischen Landesärztekammer in Dresden ein Sächsisches Aktionsbündnis von mittlerweile 30 ärztlichen und nichtärztlichen Verbänden, Organisationen und Körperschaften gegründet. Ziel war es zunächst, eine Ablehnungsfront gegen die strukturverändernde Gesundheitsreform zu schaffen und in einem zweiten Schritt Vorschläge der Leistungserbringer für eine echte Gesundheitsreform zu erarbeiten. Mehrfach wurde zu Anliegen und Zwischenergebnissen des Aktionsbündnisses im Sächsischen Ärzteblatt berichtet. Ich kann Ihnen heute mitteilen, dass nach substanzieller interdisziplinärer Arbeit in 6 Kleingruppen aussagekräftige zum Teil unkonventionelle Thesenpapiere erarbeitet wurden, die nach Konsentierung am 14. Oktober 2000 in einer Podiumsdiskussion mit Pressekonferenz der Öffentlichkeit, den Kassen und der Politik präsentiert werden.

Wir werden dafür sorgen, dass diese Ideen und Konzepte in eine künftige möglichst parteienübergreifende Gesundheitsreform einfließen und dass Sie darüber rechtzeitig und umfassend informiert werden.

Wenn auch derzeit – aus verständlichen Gründen – wohl nicht an eine erneute Gesundheitsreform gedacht wird, so ist es gut, dass als Pendant zu politischen Parteien und den Krankenkassen die Gesundheitsbündnisse ihre Stimme kräftig und kompetent erheben.

Gegenwärtig gibt es mehrere schwierige Problemfelder, die Politik, Krankenkassen aber auch die sogenannte Leistungserbringer tangieren, von denen ich wenigstens drei nennen möchte:

1. Organisationsreform der GKV mit Wettbewerbsverzerrung durch sogenannte virtuelle Betriebskrankenkassen,

die mit „Dumping“-Beitragsätzen unter 12 % Risikoselektion zu Lasten der sogenannten „Versorgungskassen“ betreiben. Hier soll durch ein vom BMG gegebenes Gutachten eine Neukonzipierung des RSA dahingehend erfolgen, dass künftige Risikoselektion verhindert wird. Das Gutachten soll 2001 vorliegen!

2. Vergütung psychotherapeutischer Leistungen führt zum Finanzierungsengpass, weil statt 7.000 bis 9.000 Psychotherapeuten – aktuell fast 16.000 Psychotherapeuten – im Wege bedarfsunabhängiger Zulassungen in die Kassenärztlichen Vereinigungen drängen – und dieser finanzielle Mehrbedarf aus dem fachärztlichen Vergütungsanteil bestritten werden muss. Darüber hinaus „verordnet“ das Bundessozialgericht einen Punktwert von 10 Pfennigen! Hier muss meines Erachtens der Leistung auch das Geld folgen. Anderenfalls ist auch hier ein jahrelanger Rechtsstreit vorprogrammiert.

3. Gegen Budgetierung und Kollektivregress liegen parlamentarische Initiativen seitens der Opposition im Bundestag und seitens mehrerer Länder im Bundesrat vor. Wenn hier noch ein Fünkchen Hoffnung besteht, so kündigt sich mit einem möglichen Zulassungsboom von 8.000 Ärzten und einem drohenden sozialen „Verschiebeparkplatz“ in Höhe von 2,5 Milliarden DM zu Lasten der GKV neues Ungemach an.

Wir brauchen starke geeinte Selbstverwaltungskörperschaften, die klare Positionen vertreten und – wenn erforderlich – harte Kritik gegen Budgetierung und Rationierung unter anderem vortragen – jedoch zugleich Dialogbereitschaft zu Kassen und Politik erkennen lassen. Diese Doppelstrategie war erfolgreich und ließ zum Ärztetag in Köln ein Ende des harten Konfrontationskurses mit der Politik erreichen.

Erlauben Sie mir, noch vier praktisch wichtige Beschlüsse des diesjährigen

Ärztetages in Köln kurz anzusprechen:

1. Mit der Novellierung der Musterberufsordnung hat dieser Ärztetag das ärztliche Werbeverbot gelockert. Um mehr Transparenz für Patienten zu schaffen, dürfen Ärzte nun auf dem Praxisschild, in Anzeigen, Verzeichnissen und Patienteninformationen auf ihre Qualifikation hinweisen – etwa mit Hinweisen wie „Hausärztliche Versorgung“, „Dialysepraxis“ oder „Praxisverbund“. Rechtswirksam wird diese Novellierung erst in den neuen Berufsordnungen der Länder nach Änderung der Heilberufsgesetze.

2. Mit der Vereinfachung der Musterweiterbildungsordnung soll auch hier mehr Transparenz und Bildungsinhalt realisiert werden. Der Tendenzbeschluss einer Novellierung wurde mit großer Mehrheit gefasst. Die wesentlichen Neuerungen sind:

- Abschaffung von „Fachkunden“ und „Fakultativen Weiterbildungen“, die künftig inhaltlich dem jeweiligen Fachgebiet zugeordnet werden;
- Auf Wunsch – vor allem der Chirurgen – wird eine gemeinsame Basisweiterbildung als sogenannte „Common trunk“ eingeführt werden.
- Berufsbegleitend können sogenannte „Befähigungsnachweise“ erworben werden.

Die Ausgestaltung der Weiterbildungsneovellierung soll auf einem weiteren Ärztetag eingehend beraten werden, bevor sie in Landesrecht umgesetzt werden kann.

3. Die europäische Dimension ärztlicher Standes- und Berufspolitik wurde vom Präsidenten des Ständigen Ausschusses der Ärzte bei der EU, dem Finnen Dr. M. Aarimaa, formuliert: Nachdem in der Vergangenheit der freie Waren-, Dienstleistungs- und Kapitalverkehr realisiert wurde, müsse nun der europäische Bürger auch grenzüberschreitend eine gute Gesundheitsversorgung bekommen! Dies ist allerdings noch nicht selbstverständlich und bisher einvernehmlich geregelt! Beim europäischen Gerichtshof sind zu

## 10. Sächsischer Ärztetag/ 22. Kammerversammlung

30. Juni 2000/  
1. Juli 2000

grenzüberschreitenden medizinischen Leistungen mehrere Präzedenzfälle anhängig.

4. Die Spitzenorganisationen Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) mit einhelligem Votum der Vertreterversammlung und die Bundesärztekammer (BÄK) mit überragendem Votum des Deutschen Ärztetages werden etwa in drei Jahren mit weiteren ärztlichen Berufsverbänden und Organisationen in ein gemeinsames *Domus medicae* von Köln nach Berlin umziehen. Mit diesem symbolträchtigen Umzugsbeschluss endete der diesjährige äußerst erfolgreiche Ärztetag in Köln.

*Liebe Kolleginnen und Kollegen,*  
lassen Sie mich zum Schluss noch einmal die 10jährige erfolgreiche Aufbauarbeit unserer Kammer würdigen. Als Ausdruck dieses Gestaltungswillens entstand eines der schönsten Kammergebäude in Deutschland, auf das wir alle sehr stolz sein können. Der uns vorliegende Tätigkeitsbericht der Sächsischen Landesärztekammer 1999 legt ein beredtes Zeugnis für eine lebendige, kreative und streitbare berufspolitische Arbeit unserer Kammer und ihrer Gliederungen ab, die sich mit ärztlichen und nichtärztlichen Bündnispartnern um eine Gesundheitsreform bemüht, die diesen Anspruch erfüllt.

Zu danken ist erneut denjenigen Kolleginnen und Kollegen der ersten Stunde, denen das Wollen und Werden dieser Kammer am Herzen lag und auch denen heute, die mit großem Einsatz die aktuelle Berufs- und Standespolitik voran bringen.

*Zum guten künftigen Gelingen wünsche ich uns einen allzeit harmonischen „Kammerton“!*

Vielen Dank!“

Nach diesem interessanten und tiefgründigen Festvortrag des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer überbrachte Herr Ministerialdirigent Diplom-Mediziner Albrecht Einbock, Leiter der Abteilung Gesundheitswesen im Sächsischen Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie, auch im Namen des Staatsministers Herrn Dr. Hans Geisler Grußworte an die verfasste Ärzteschaft Sachsens.

Er bedankte sich für den konstruktiven Dialog beim Aufbau und der Umgestaltung des Gesundheitssystems in Sachsen in den vergangenen zehn Jahren, für den beständigen Meinungs-austausch zwischen der Sächsischen Landesärztekammer und dem Staatsministerium und für die Gespräche im Rahmen der Diskussion um die Gesundheitsreform 2000.

„Der 10. Sächsische Ärztetag symbolisiert auch zehn Jahre freiheitliche Gesundheitspolitik in Sachsen. Ein Ausdruck einer freien Gesellschaftsordnung ist das Prinzip der Subsidiarität“. Das Subsidiaritätsprinzip „beinhaltet auch, dass Aufgaben, die von Selbstverwal-

tungskörperschaften wahrgenommen werden können, von diesen erfüllt werden sollen“. Der 10. Sächsische Ärztetag markiert zehn Jahre Verwirklichung des Subsidiaritätsprinzip im ärztlichen Bereich. Aus Anlass des zehnjährigen Jubiläums der „DM“ wies Herr Ministerialdirigent Einbock auf das in der Geschichte Sachsens einmalige Krankenhausbauprogramm hin, „für das bis heute bereits 5 Milliarden und 565 Millionen von dieser berühmten DM ausgegeben wurden“.

Ein heiterer **musikalischer Ausklang** rundete die Abendveranstaltung im Kammergebäude würdevoll ab. Das Thomser-Trio der Hochschule für Musik Dresden: Sandra Reuter – Flöte, Daniel Thomser – Klarinette, Robert-Christian Schuster – Fagott musizierte brillant Wolfgang Amadeus Mozart Divertimento Nr. 4 KV Anh. Nr. 229.



Plenum