

Mitgliedervollversammlung der Kreisärztekammer Leipziger Land am 29. Juli 1998

„Wie wehren wir uns gegen die Demontage des ärztlichen Berufsstandes? Möglichkeiten und Grenzen der beiden Körperschaften des öffentlichen Rechts. Einigkeit macht stark!“

Unter diesem Motto fand am 29. 7. 1998 die diesjährige Mitgliederversammlung der Kreisärztekammer Leipziger Land auf der romantisch gelegenen Burg Gndenstein im Kohrener Land statt. Wie in der Einladung versprochen, sollten der Inhalt der Veranstaltung sowie ausgewählte Freuden für Gaumen und Ohr für die Mühen der Burgbesteigung entschädigen. Im Nachgang kann man es als eine überaus bedeutsame Zusammenkunft der ärztlichen Kolleginnen und Kollegen bezeichnen, denn es war den Initiatoren gelungen, die beiden Körperschaften des öffentlichen Rechts in ihrem Bemühen um eine ausgewogene Interessenvertretung ihrer Zuständigkeiten an einen Tisch zu bringen und die Notwendigkeit einer gemeinsamen Strategie in dem berechtigten Kampf gegen die inhaltliche Demontage des ärztlichen Berufsstandes zu formulieren. Die hervorragenden Referate des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, Herrn Prof. Dr. Diettrich, und des Vorsitzenden der Bezirksstelle Leipzig der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, Herrn Dipl.-Med. Schmidt, haben in der Sache so viele Gemeinsamkeiten enthalten, daß der Funke zum gemeinsamen Handeln regelrecht übersprungen ist.

Mit gespanntem Interesse und unterstützenden Beiträgen hat die anwesende Kollegenschaft diesen Schritt im Umgang miteinander honoriert und ist dem Vorschlag des Vorsitzenden der Kreisärztekammer, Dr. Gert Rothenberg, gefolgt, eine Arbeitsgruppe zu bilden, die auf der Basis von Sachkompetenz über alle Interessengrenzen hinweg, der gesundheitspolitischen Entscheidungsebene Vorschläge für die Konfliktbewältigung zwischen Leistungsanspruch der Patienten und deren Bezahlbarkeit durch die Solidargemeinschaft unterbreitet.

Ein weiteres Anliegen der Mitgliedervollversammlung war es, aktuelle Probleme der Kolleginnen und Kollegen in Weiterbildung unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen zu besprechen und Lösungswege aufzuzeigen, die besonders im Hinblick auf die Schaffung der Europäischen Union von weitreichender Bedeutung sind. Der Referent, Herr Dr. Siegfried Herzig, Ärztlicher Geschäftsführer der Sächsischen Landesärztekammer, konnte den Anwesenden die gute Mitteilung machen, daß die Probleme des ärztlichen Berufsnachwuchses auch das Interesse der Kostenträger und Gesundheitspolitiker gefunden haben und dazu konkrete Ent-

scheidungen einschließlich einer finanziellen Verantwortung bereits getroffen wurden.

Der Vorschlag, die Referate der beiden Vertreter der jeweiligen Körperschaft des öffentlichen Rechts wegen ihrer grundsätzlichen, gegenwärtigen und zukünftigen Bedeutung in den Publikationsorganen der Sächsischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen gleichlautend zu veröffentlichen, wurde mit Beifall begrüßt.

Ein aufrichtiges Wort des Dankes an die Gastgeber, die Verwalter der Burg Gndenstein, die Mitglieder der Westsächsischen Philharmonie, die in solch angenehmer Weise unsere Herzen und Sinne mit ihren Darbietungen erfreut haben und die Mitarbeiter der Burggaststätte, die uns aufmerksam und liebevoll ausgewählte Gaumenfreuden bereitgestellt haben, spricht allen Besuchern dieser Mitgliederversammlung aus dem Herzen. Inhalt und erlebtes Ambiente waren nachhaltig.

Dr. Gert Rothenberg
Vorsitzender der Kreisärztekammer
Leipziger Land

Aus der Sicht der Sächsischen Landesärztekammer, ihr Präsident, Herr Prof. Dr. med. Heinz Diettrich:

Zunächst möchte ich Ihnen, Herr Kollege Rothenberg, sehr herzlich danken für die Möglichkeit, zu Ihnen sprechen zu dürfen, wenn ich auch zugeben muß, daß das Thema trotz aller Brisanz eine „harte Nuß“ ist, mit der ich mich versuchen werde, auseinanderzusetzen.

„Wie wehren wir uns gegen die Demontage des ärztlichen Berufsstandes? -

Möglichkeiten und Grenzen der beiden Körperschaften des öffentlichen Rechts. Einigkeit macht stark!“

In einer an politischer Konfrontation gewiß nicht armen Zeit gerät humanistische Grundhaltung leider mehr und mehr in den Hintergrund. Die neue, weil heutige Wertordnung präferiert den persönlichen Erfolg und den Anspruch auf individuelle

Zufriedenheit. Erfolg, Schönheit und lange Lebensdauer in Gesundheit sind machbar geworden und sie werden zunehmend mehr zu Kriterien für ein selbst diktiertes Wohlbefinden. Die rücksichtsvolle Zwischenmenschlichkeit und das ab und an geprobte Selbstbescheiden zum Vorteil des anderen werden allenfalls belächelt. Und trotzdem, meine Damen und Herren,

sind wir dazu verpflichtet, unseren Berufsstand hochzuhalten und nicht in das dissoziierende Dilemma der Gesamtgesellschaft zu verfallen.

Ärztliche Selbstverwaltung an der Schwelle zum 21. Jahrhundert läßt uns nicht ohne Grund immer wieder nachdenklich werden und dem entspricht auch das Thema des heutigen Abends. Wenn wir uns gegen die Demontage des ärztlichen Berufsstandes wehren wollen, dann ist damit der Begriff der ärztlichen Selbstverwaltung eng verknüpft. Begriffe wie „Vorfahrt für die Selbstverwaltung“ und das Wissen um die ermächtigten Institutionen und Körperschaften öffentlichen Rechts sollten uns schon zur Sorge um unsere Existenz Anlaß geben. Es wird

nämlich darauf ankommen, was zukünftig unser Berufsstand der Ärzte selbst aus seiner Selbstverwaltung macht. Von Ärzteschaft, wie es die Worte Gemeinschaft, Freundschaft etc. ausdrücken, kann derzeit wohl kaum noch die Rede sein.

Selbstverwaltung aber ist, um mit den Worten von Taupitz zu sprechen, kein Selbstlauf, schon gar keine Selbstverständlichkeit, sondern Wahrnehmung von Verantwortung und letztlich engagierte, persönliche, harte Basisarbeit.

Die Gesellschaft überträgt einem ganzen Berufsstand Autonomie, aufbauend auf hoher Fachkompetenz und Integrität. Wir sollten also, wie in den letzten Jahren in Deutschland üblich, als Körperschaft gerade eben sensibel reagieren, wenn Miß-

stände im eigenen Berufsstand sichtbar werden oder auch nur der mindeste Verdacht besteht, die ärztliche Selbstverwaltung, wie sie vom Gesetzgeber definiert ist, sei nicht funktionsfähig zu halten. Deshalb sollten wir auch journalistische Vorwürfe von außen sehr ernst nehmen und als Berufsstand peinlich darauf achten, daß das, was man vom Krähenvogel weiß, auf keinen Fall auf uns zutreffend ist.

Außendarstellung gelingt nicht nur durch schillernde Bilder vom Arztberuf. Fremddarstellung erleben wir viel öfter durch Medienkritik, ja sogar Medienschelte und um so wichtiger scheint mir der Hinweis, individuellem Fehlverhalten durch gemeinsame Anstrengungen einen Riegel

vorzuschieben, und an Hand der mir bekannten Beispiele einer Kammer habe ich den Eindruck, daß nicht immer Verantwortung in genügender Weise wahrgenommen wird.

Ein hundertjähriger Kollege schrieb kürzlich in der „Ärztlichen Praxis“ den Satz: „Ich habe meinen Beruf zum Dienen verstanden und nicht zum Verdienen“. Nun sind wir gewiß nicht weltfremd, wenn wir in der heutigen Zeit nicht nur dienen, sondern auch angemessen verdienen wollen. Ethische Grundhaltungen bleiben aber dennoch bestehen.

Wenn wir die Selbstverwaltung erhalten wollen, dann müssen wir uns alle auch persönlich um diese Dinge kümmern, allerdings werden die Leistungen der Kammer nicht immer registriert, trotz eines monatlich erscheinenden Ärzteblattes und trotz ausführlicher Geschäftsberichte. Die Landesärztekammer nimmt als Körperschaft des öffentlichen Rechts nach gesetzlicher Vorschrift (Heilberufekammergesetz) vielfältige Aufgaben wahr.

In einer erst letztlich veröffentlichten Studie aus Baden-Württemberg wird deutlich, daß die Aufgaben der Kammer tatsächlich zu wenig bekannt sind und auch ihre Möglichkeiten in vielerlei Hinsicht unterschätzt werden. Und es ist nach dieser Studie interessant, es fällt den Mitgliedern schwer, die Aufgaben und Zuständigkeiten der Kammer, Kassenärztlichen Vereinigung und der Berufsverbände zu unterscheiden. Die Kammer wird häufig als eine Art Gewerkschaft der Ärzte angesehen. Dafür aber gibt es den Marburger Bund.

Wir sollten aber an dieser Stelle deutlich aussprechen, daß auch die Honorarpolitik für unsere Vertragsärzte allein Sache der Kassenärztlichen Vereinigungen ist. Sie haben diese originäre Pflicht von Anfang an wahrgenommen. Wir sollten aber zukünftig noch mehr darauf achten, daß die Zuständigkeiten der Kammer für eine Reihe bisher nicht definierter Aufgaben auch weiterhin im gesetzlichen Umfang wahrgenommen werden kann und daß der Gesetzgeber, wenn er uns schon die Selbstverwaltung überträgt, auch die nötigen Rahmenbedingungen schafft. So wäre

es dringend erforderlich und auch denkbar, die Übertragung des Approbationsrechtes an die Kammern zu delegieren. Das aber setzt voraus, daß die Bundesärztekammer geändert wird, und ich habe in der letzten Vorstandssitzung der Bundesärztekammer den Antrag eingebracht, demnächst zur einheitlichen Übertragung der Approbationsrechte an die Kammern Deutschlands die Diskussion zu eröffnen und den Antrag an den Bundesgesundheitsminister zu stellen. Dies wäre im Sinne einer Verschlankung des Staates, und erst kürzlich haben als Beispiel die Rechtsanwälte von der Übertragung des Zulassungsverfahrens auf ihre Kammern Gebrauch gemacht. Zur Zeit gibt es in Sachsen drei Approbationsstellen entsprechend der drei Regierungsbezirke.

Ich komme zurück auf das Thema: Wie wehren wir uns gegen die Demontage des ärztlichen Berufsstandes?

1. Ein Berufsstand ist nur so stark wie er auch von seinen Mitgliedern tatkräftig unterstützt wird.

Ich nenne als Beispiel die Wahl zu den Gremien der Sächsischen Landesärztekammer, die noch in diesem Winter ansteht.

Es ist von ungeheurer Wichtigkeit, daß Sie als praktisch tätige Ärzte diesen Gremien beitreten, den Kreisärztekammern und der Kammerversammlung auf Landesebene.

2. Die Zahl derer, die in den kommunalen und Landesparlamenten mitarbeiten, ist verschwindend gering. Mitspracherecht kann man sich aber nur dann schaffen, wenn man in den entsprechenden Gremien vertreten ist.

3. Die Wiederherstellung einer Mindestbürokratie mit radikaler Minimierung von Verordnungen und Gesetzen wird von allen höheren Gremien der Ärzteschaft massiv angemahnt und ist zu Deutschen Ärztetagen vom Bundesgesundheitsminister zugesagt worden.

4. Leider führt die Ungleichheit in der finanziellen Vergütung ärztlicher Leistungen zu ständigen inneren und leider auch äußeren Kontroversen, wie man sie auch im Kindergarten bei der Ver-

teilung von Bonbons beobachten könnte. Wer zu wenig bekommen hat, schreit; wer etwas abgeben muß, schreit auch und wer das richtige Maß erhalten hat, schreit, weil er mehr haben will (Ärztezeitung vom 17./18. 7. 1998).

Eine sinnvolle Angleichung der Verdienstmöglichkeiten ist dringend geboten, denn wie will man erklären, daß die gleiche Operation ambulant durchgeführt, schlechter vergütet wird als im Krankenhaus? Das hat aber nichts mit Gleichmacherei gegenüber ehemaligen DDR-Ärzten zu tun.

Es schadet unserem Berufsstand sehr, sich immer wieder vor den Medien zu Verteilungsfragen der Einkommen der Ärzteschaft zu äußern. Wir alle wissen, daß sogar die Patienten direkt mit diesen Dingen mit Plakaten oder Schriftwerken konfrontiert werden.

Der Gesetzgeber hat das Verteilungsproblem nicht lösen können und daher der Selbstverwaltung übertragen. Auch aus diesem Grunde ist eine Besinnung auf die gemeinsamen Aufgaben und Ziele der Selbstverwaltung beider ärztlicher Körperschaften angezeigt.

Es kann doch wohl nicht sein, daß vier Wochen vor Jahresende einzelne Krankenhäuser keine Patienten mehr aufnehmen wollen, weil sie sonst in die Gefahr der Rückzahlung an die Kassen hineingeraten könnten.

Mit anderen Worten, es gilt in den nächsten Jahren, die innerärztlichen Konflikte ernsthaft zu beseitigen, wenn wir nicht zunehmend einer äußeren und inneren Demontage unseres Berufsstandes ausgesetzt sein wollen.

Einigkeit macht stark. Es nützt uns aber nichts, wenn wir nur davon sprechen. Wir sollten gemeinsam alles dafür tun, diese Gemeinsamkeit bis hin zu Honorarfragen zu erkämpfen. Vieles, was derzeit zu Kontroversen Anlaß gibt, ist durch die finanziellen Probleme begründet. Kassenärztliche Vereinigung und Ärztekammer tragen hierbei gemeinsam Verantwortung.

Prof. Dr. med. Heinz Dietrich
Präsident der Sächsischen Landesärztekammer

Aus der Sicht der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, ihr 1. Vorsitzender der Bezirksstelle Leipzig, Herr Dipl.-Med. Ralf-Rainer Schmidt

Die Einladung zu Ihrer heutigen Kreisärztekammerversammlung Leipziger Land habe ich mit Freude angenommen. Ist es doch ein Forum, auf welchem sich die beiden für Sie so wichtigen berufsständischen Vertretungen gemeinsam präsentieren. Herr Prof. Diettrich hat eben die Aufgaben der Ärztekammer in umfassender Weise dargestellt. Schon allein daran können Sie erkennen, in welchem Spannungsfeld wir Ärzte uns gegenwärtig bewegen. Ich glaube, wenn man hier noch die Stellung der Kassenärztlichen Vereinigung betrachtet, wird dies um so deutlicher.

Der Kassenärztlichen Vereinigung ist vom Gesetzgeber der Sicherstellungsauftrag übertragen. Die Kassenärztliche Vereinigung hat die umfassende ambulante Betreuung der Bevölkerung im Territorium des Freistaates Sachsen zu gewährleisten. Ein wesentliches Instrument hierzu ist die Bedarfsplanung. Sie wurde in Deutschland eingeführt, um eine flächendeckende ärztliche Versorgung der Bevölkerung zu erreichen. Mittlerweile ist diese Aufgabe gegenstandslos geworden. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist die Bedarfsplanung ein Instrument zur Begrenzung der Zulassung von Ärzten in freier Niederlassung. Gerade für junge Ärzte ein sehr mißliebige Instrument, wird doch die Niederlassungsfreiheit erheblich eingeschränkt. Diese Bedarfsplanung ist ebenfalls die Grundlage für die Entscheidung hinsichtlich der Ermächtigung stationär tätiger Ärzte für die ambulante Versorgung der Bevölkerung.

Im Zusammenhang mit dem Sicherstellungsauftrag wäre auch die Organisation des Notfalldienstes zu nennen.

An dieser Stelle möchte ich mich recht herzlich bei den Kolleginnen und Kollegen bedanken, die hier aktiv an der Organisation mitwirken. Natürlich möchte ich hier auch alle Ärzte mit einschließen, die im unermüdlichen Einsatz für die rund um die Uhr Betreuung ihrer Patienten wirken.

Eine wesentliche Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung ist in der Gestaltung der Verträge mit den Krankenkassen zu sehen. Hier wird im wesentlichen durch die Vereinbarung der Gesamtvergütung das Niveau der Honorierung unserer ärztlichen Tätigkeit bestimmt.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist die Ho-

norarverteilung sicherlich die schwierigste Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung. Wir haben alle teilweise bitter erfahren müssen, welche Probleme unter den Bedingungen begrenzter Mittel der Krankenkassen hierbei auftreten. An dieser Stelle möchte ich Sie bitten, in der Zukunft noch aktiver über die Vertretung Ihrer Berufsverbände an der Gestaltung des Honorarsystems mitzuwirken.

Sehr enge Berührungspunkte zur Sächsischen Ärztekammer gibt es in der Frage der Qualitätssicherung. Die Kassenärztliche Vereinigung hat den Krankenkassen die medizinische Leistungserbringung zu einem bestimmten Standard zu garantieren. Hier sehe ich ein wesentliches Betätigungsfeld sowohl der Kammer als auch der Kassenärztlichen Vereinigung. Ich bin der Auffassung, daß in diesem Punkt in der Vergangenheit die bestehenden Möglichkeiten der Zusammenarbeit nicht im umfassenden Sinne genutzt worden sind.

Als weitere vom Gesetzgeber beschriebene Aufgabe möchte ich die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Ärzte nennen. Im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeitsprüfung der Behandlungsweise hat die Bedeutung abgenommen. Dies ist auf das gegenwärtige Honorierungssystem zurückzuführen, welches ja letztendlich auf einer weitgehenden Pauschalierung der Honorierung basiert. Um so mehr hat die Prüfung der Verordnungstätigkeit der Ärzte an Schwergewicht gewonnen. Uns allen sind die Auseinandersetzungen mit den Krankenkassen um das mißliebige Arzneimittelbudget gegenwärtig. Bedingt durch den Druck des Faktischen war der Vorstand genötigt, auf diesem Sektor die sogenannte Richtgrößenvereinbarung mit den Krankenkassen abzuschließen. Wenn der Vorstand auch mit dem Erreichten nicht vollends zufrieden ist, muß festgestellt werden, daß ein Zugriff der Krankenkassen auf die Gesamtvergütung der niedergelassenen Ärzteschaft in Höhe von 500 Mio DM verhindert werden konnte.

Ich möchte an dieser Stelle noch einmal betonen, daß die Richtgröße ein individuelles Budget für jede Arztpraxis in Abhängigkeit von der Anzahl und der Struktur der zu behandelnden Patienten darstellt. Die Richtgröße ist kein Limit für die Behandlung des einzelnen Patienten. Auch hier sehe ich ein breites Tätigkeitsfeld für

Kammer und Kassenärztliche Vereinigung. Wir müssen gemeinsam unsere Anstrengungen auf eine pharmakotherapeutische Beratung unserer Kollegen, bezogen auf eine ökonomische, den Patienten aber trotzdem heilende Verordnungsweise richten.

Bei der Betrachtung der Probleme der Honorierung der ärztlichen Leistung und der Arzneimittelverordnung wird deutlich, daß die moderne Heilkunde in mehrfacher Weise immer mehr zum Opfer ihres eigenen Fortschrittes wird. Durch die Erfolge der modernen Medizin in ihrer Rolle als biologischer Reparaturbetrieb droht eine Rationierung eben dieser Reparaturen. Auf uns kommt nicht nur eine Rationalisierung, sondern auch eine Rationierung zu. Gestatten Sie mir, einige beispielhafte Schlaglichter dieses Erfolges zu nennen:

- das Medikament gegen Alzheimer,
- Hörtest schon bei Ungeborenen möglich,
- bald künstliches Lebersystem,
- auch Teilstücke der Leber erfolgreich übertragen,
- im Mutterleib am Herz operiert,
- Herztransplantationen auch bei kleinen Kindern.

Diese Aufzählung ließe sich noch lange fortsetzen. Als Konsequenz dieser Explosion des Machbaren ist es aber heute nicht mehr möglich, jedem kranken Patienten eine Versorgung nach dem letzten Stand der Technik anzubieten. Es ist bedauerlich, daß sich Politiker um diese klare Aussage unabhängig von ihrer parteipolitischen Ausrichtung drücken. Der erste Trugschluß ist das Schlagwort von der Kostenexplosion. Denn diese Kostenexplosion ist doch in Wahrheit keine Kosten-, sondern allen unbestreitbaren Problemen zum Trotz vor allem eine Effizienz- und Leistungsexplosion.

Zum Beispiel Arzneimittel: Vielleicht sind die Medikamente tatsächlich übersteuert. Betrachtet man aber allein die Preise im Zeitverlauf, d. h. die Änderungsraten und nicht das Niveau, kann von Inflation der Preise keine Rede sein. Die reinen Preise der Arzneimittel sind in den vergangenen Jahrzehnten fast durchweg langsamer gestiegen als der allgemeine Preisindex. Die Effizienz in der Therapie hat sich aber um ein mehrfaches potenziert.

Beispiel Krankenhaus: Obwohl hier ein moderner Pfllegetag dreißig bis vierzig mal teurer ist als eine Pfllegetag vor 40 Jahren, kann man das nicht eine Explosion der Preise nennen. Denn ein Pfllegetag 1996 ist doch etwas ganz anderes als ein Pfllegetag 1956. Und zwar etwas sehr viel besseres. Die Krankenkassen würden bei einer stationären Betreuung auf dem Preisniveau der Vergangenheit zufrieden sein, ihre Versicherten auf keinen Fall.

Um die Situation zu verdeutlichen, sollte man sich die Entwicklung auf dem Gebiet der EDV anschauen. Auch hier hat in den letzten Jahrzehnten ein Fortschritt stattgefunden, der die Datenverarbeitung nicht verteuert, sondern ganz enorm verbilligt hat. Der Grund ist, daß der Fortschritt in der EDV sogenannte Ersatztechnologien produziert. Also Verfahren, mit denen eine gegebene Leistung effizienter und damit auch billiger herzustellen ist. In der Medizin dominieren ganz eindeutig die sogenannten Zusatztechnologien, also Verfahren, die etwa bis dato prinzipiell Unmögliches nun möglich machen. Der große Kostentreiber des modernen Gesundheitswesens sind also nicht die Gesundheitsberufe oder die Pharmaindustrie, auch nicht die Patienten oder die Krankenkassen. Der große Kostentreiber ist der medizinische Fortschritt selbst. Auf die vielfältigen Probleme, die sich aus dem Präventionsgedanken ableiten, möchte ich nur ganz kurz eingehen.

Die Prävention spart kein Geld. Im Gegenteil, Krankheiten werden früher erkannt, werden früher behandelt, verursachen früher Kosten. Die Menschen leben länger, um Krankheiten zu bekommen, die sie vor hundert Jahren aufgrund ihres frühzeitigen Todes gar nicht erlangen konnten. Auch hierin ist ein wesentlicher Faktor für die nicht mehr faßbaren Kosten im Gesundheitswesen zu sehen. Wie soll man nun diesem Problem gegenüber treten?

Hier nur einmal ein paar Varianten aufgezählt:

1. Die Inanspruchnahmemöglichkeiten werden unter monetären Gesichtspunkten eingeräumt. In den USA zum Beispiel hat man ohne ein entsprechendes Bankkonto kaum eine Chance auf ein neues Herz.
2. Der soziale Wert bestimmt, wer leben darf und wer sterben muß. Ein arbeitslo-

ser Junggeselle zieht dann gegen einen seriösen Familienvater mit mehreren Kindern klar den kürzeren.

3. Keine Herzverpflanzung oder andere teure Therapien für Patienten ab einem bestimmten Lebensalter, wie dies heute schon in durchaus zivilisierten Ländern wie Großbritannien oder Schweden praktiziert wird.

Ausgehend von unserem ärztlichen Berufsethos ist für meine Begriffe keiner der drei Wege zu beschreiten. Um eine Rationierung kommen wir sicherlich nicht herum. Diese Einschränkung der Mittel darf aber nicht am einzelnen Individuum festgemacht werden. Für meine Begriffe ist hier ein Sparen einerseits auf der Planungsebene erforderlich, andererseits müssen medizinische Leistungen, die nicht unmittelbar auf die Abwendung einer Gesundheitsgefahr für den Einzelnen gerichtet sind, von der Finanzierung durch die Solidargemeinschaft ausgeschlossen werden.

Beispielhaft möchte ich hier folgende Problemkreise benennen:

- Überkapazitäten im Kur- und Rehabilitationsbereich,
- teilweise noch vorhandene Überhänge von Krankenhausbetten,
- Finanzierung der Behandlung von Unfällen aus dem Extremsportbereich,
- Anwendung des IGEK-Kataloges,
- Beschränkung des Einsatzes medizinischer Großgeräte auf das absolut Notwendige.

Ich bin der Auffassung, daß sich unsere beiden berufsständischen Organisationen, Ärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung, in den nächsten Jahren dieser Probleme annehmen müssen, die, bezogen auf die einzelnen Menschen, höchste Priorität haben. Hierauf müssen wir unser gesamtes ärztliches Wirken richten. Uns muß es gelingen, ein Umfeld zu schaffen, die vorhandenen und die immer größer werden den Möglichkeiten so rationell wie möglich zum Einsatz zu bringen. Nur so sind wir in der Lage, das Gut Gesundheit weiterhin für alle finanzierbar zu halten und auch die Existenz unseres Berufsstandes auf einem vernünftigen Niveau zu sichern.

Dipl.-Med. Ralf-Rainer Schmidt
Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Bezirksstelle Leipzig - 1. Vorsitzender