

## 33. Kammerversammlung

Dresden  
12. November 2005

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, begrüßte zu Beginn der 33. Kammerversammlung den Ehrenpräsidenten, Herrn Professor Dr. med. habil. Heinz Dietrich, den Alterspräsidenten, Herrn Dr. med. Bernhard Ackermann, die Mandatsträger der Sächsischen Ärzteschaft, die anwesenden Träger der „Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille“ und alle Gäste. Besonders willkommen hieß der Präsident den Vertreter des Sächsischen Staatsministerium für Soziales, Herrn Jürgen Hommel, Leiter des Referates Recht des Gesundheitswesens, Berufsrecht, Friedhofs- und Bestattungswesen sowie Herrn Prof. Dr. med. habil. Michael Laniado, als Vertreter des Lehrkörpers der Medizinischen Fakultät der TU Dresden und Herrn Prof. Dr. med. habil. Christoph Josten als Vertreter der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig.

Zum Zeitpunkt der Eröffnung der 33. Kammerversammlung waren 62 der gewählten 103 ärztlichen Mandatsträger anwesend. Die Kammerversammlung war beschlussfähig.

### Gesundheitspolitik nach der großen Koalition

In seinem Eröffnungsvortrag ging Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze auf die aktuellen Probleme in der Gesundheits- und Berufspolitik ein. Gleichzeitig machte er die berufspolitischen Anstrengungen der Sächsischen Landesärztekammer deutlich, die ärztlichen Interessen im politischen Reformprozess zu wahren. Die Auswirkungen des de facto Stillstandes

auch in der Gesundheitspolitik hätten so manches unausgereiftes Gesetzesvorhaben scheitern lassen. Auch dringende Lösungen in der Patientenversorgung, wie zum Beispiel ein notwendiges Präventionsgesetz, wären auf der Strecke geblieben. Mit der Bildung einer großen Koalition wird die Gesundheitspolitik unter Ulla Schmidt, alte wie neue Bundesgesundheitsministerin, von Kontinuität bestimmt sein. Für die Medizin ist wenig Erfreuliches zu erwarten, denn die Ministerin wird sicher an die gemeinsam von Union und SPD im Jahr 2003 beschlossene Gesundheitsreform anknüpfen.

### Gesundheitsreform vertagt?

Das Koalitionspapier erwähnt wie gehabt nur die Krankenkassen, aber an keiner Stelle die über vier Millionen engagiert helfenden „Heilberufler“. Die Wortwahl verdeutlichte zudem die scheinbar in Politikerkreisen immer noch vorherrschende Meinung von der Über-, Unter- und Fehlversorgung, obwohl diese Behauptungen durch verschiedene Studien bereits in das Land der Märchen und Sagen verwiesen wurden, so Prof. Schulze. Zwei Beispiele dafür sind die Studien des Fritz-Beske-Instituts und des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Mit den Studien wurde nachweislich festgestellt, dass Deutschland zurzeit noch ein effizientes, preiswertes und umfassendes Gesundheitswesen hat.

Einer notwendigen Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung räumte Prof. Schulze keine Chancen ein. Denn die von Union und SPD entwickelten Konzepte zur Gesundheits-



Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze

prämie und Bürgerversicherung gelten unter Fachleuten als nicht miteinander vereinbar. In Verlautbarungen hätten die Koalitionspartner übereinstimmend geäußert, dass sie die inneren Strukturen des Gesundheitssystems verbessern wollten, um die Effizienz weiter zu erhöhen. Vor allem wettbewerbliche Elemente würden ausgebaut.

Die Koalition muss ebenso entscheiden, ob der Risikostrukturausgleich in Richtung auf eine Morbiditätsorientierung weiterentwickelt werden solle. Die Rechtsgrundlage dafür ist bereits vorhanden – eine entsprechende Rechtsverordnung ist aber innerhalb der SPD sowie zwischen SPD und Union strittig und wird erst in einem Jahr erwartet.

Dem Entwurf des Koalitionspapiers ist auch zu entnehmen, dass das ärztliche Vergütungssystem fortentwickelt werden solle. An dieser Stelle scheinen sich die Koalitionsparteien einig zu sein. Zukünftig sollen verstärkt Pauschalvergütungen sowie Einzelvergütungen für spezielle Leistungen geschaffen werden. Außerdem sind für ambulante Leistungen am Krankenhaus und in der Niederlassung vergleichbare Vergütungen vorgesehen. Das bedeutet die Einführung von DRG in der Niederlassung. Die überfällige, immer wieder angemahnte Aktualisierung der GOÄ wird im Koalitionspapier durch Absenkungsabsichten konterkariert. Die Gesetzlichen Krankenkassen können für das Jahr 2006 nur mit geringfügig wachsenden Einnahmen rechnen. Deshalb zeichnet sich tendenziell für 2006 ein Defizit der Kassen ab – es sei denn, sie erhöhen ihre Beiträge. Um dies zu verhindern, ist ein Vorschaltgesetz zur Kostendämpfung für das Jahr 2006 ge-



Ehrengäste und Mandatsträger der Kammerversammlung

plant. Was darin stehen wird, weiß noch niemand. Aber die Krankenkassen plädierten dafür, Ärzte per Gesetz zu verpflichten, preiswerte Medikamente zu verordnen und stärker in Regress zu nehmen.

Es wäre zudem festzustellen, dass der gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) einer Fachaufsicht unterliegt, die so nicht vorgesehen ist. Das Bundesgesundheitsministerium lege seine Rechtsaufsicht teilweise so weit aus, dass es einer Fachaufsicht sehr nahe komme, kritisierte Prof. Schulze. Das hätte in einem Fall zur Folge, dass der G-BA gegen das Ministerium im Präzedenzfall Sondenernährung klagt.

#### **Neue Versorgungsformen**

Der aktuelle politische Stillstand, verursacht durch Wahlen und Koalitionsverhandlungen, müsse auch als Chance von den Ärzten genutzt werden, indem die Meinungen und fachlichen Kritikpunkte der Bevölkerung und auch den Politikern permanent vermittelt werden, so Prof. Schulze. Und von diesen Kritikpunkten gäbe es viele. Ginge man nur einmal von den bisherigen Wirkungen der Gesundheitsreform aus, so stelle sich die Reform in zwei Formen dar: Leistungsbeschränkungen und höhere finanzielle Belastungen bei schleichender Rationierung für Patienten. An dieser Entwicklung werden auch die neuen Versorgungsformen nichts ändern. Im Gegenteil. Es käme zu einer Konkurrenz zwischen alten und neuen Vertragsformen bei gleichzeitiger Behinderung der freiberuflichen fachärztlichen Tätigkeit. So genannte Verträge zur „Integrierten Versorgung“ würden derzeit dem an sich positiven Ansatz einer sektorenübergreifenden Versorgung nicht gerecht. Sie sind entweder nur diagnosebezogen oder gelten nur für eine Fachgebietsebene. Es wurde nur teilweise an Erweiterungsmöglichkeiten gedacht. Oftmals handelt es sich bei den Verträgen um alten Wein in neuen Schläuchen. Die Anschubfinanzierung der Integrationsversorgung in Höhe von ein Prozent soll nach aktuellen Informationen bis zum 1. Januar 2008 fortgeführt werden. Bisher würden Integrationsverträge aufgrund der unklaren Situation der Weiterfinanzierung nur mit kurzen Laufzeiten versehen. Das wird sich mit dieser Entscheidung nicht ändern. Damit bestehe aber kaum Planungs- und Handlungssicherheit für die Beteiligten.

Grundsätzlich zweifelten viele Beteiligte an der Zukunftsfähigkeit von Verträgen zur „Integrierten Versorgung“. Prof. Schulze: „Um so wichtiger ist es, an genau solchen integrativen

Konzepten zu arbeiten. Die Sächsische Landesärztekammer moderiert in diesem Zusammenhang eine Arbeitsgruppe bestehend aus Vertretern der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenhausgesellschaft. Unter Vorsitz vom Vizepräsidenten wird man sich mit eben diesen Fragen zum Pro und Kontra der „Neuen Versorgungsformen“ beschäftigen.

#### **Versorgungsforschung**

Im deutschen Gesundheitswesen besteht nach Einschätzung von Prof. Schulze weiterhin ein Zielkonflikt zwischen Qualitätsverbesserung und Kostensenkung, der auch mit Wettbewerb nicht gelöst werden kann. Denn es ist ein Wettbewerb um Preise und nicht um Qualität, zulasten der Versicherten, der Patienten und der chronisch Kranken. Gleichzeitig hat die Fremdbestimmung der ärztlichen Berufsausübung durch Institute, wie dem Gemeinsamen

Bundesausschuss (G-BA), dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), dem Institut für das Entgeltsystem am Krankenhaus (INEK) und auch Krankenkassen zugenommen. Im Rahmen der von der Bundesärztekammer initiierten Versorgungsforschung wurden 175 Projektskizzen zu den Themen wie der Implementierung von Leitlinien oder dem Einfluss der Ökonomisierung auf die stationär und ambulant erbrachten ärztlichen Leistungen eingereicht. Diese Projekte werden unter Leitung von Prof. Scriba gesichtet und auf Relevanz bewertet. Auch die Sächsische Landesärztekammer ist an dieser Sichtung und Bewertung beteiligt.

#### **Ärztemangel braucht grundsätzliche Lösungen**

Ein Dauerbrenner, mittlerweile nicht nur in Sachsen, sondern in ganz Deutschland, ist das

## 33. Kammerversammlung

Thema Ärztemangel. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung sagt für die kommenden Jahre einen dramatischen Rückgang bei den berufstätigen Ärzten voraus. In Sachsen hat die Sächsische Landesärztekammer auf dieses Szenario bereits seit 1995 hingewiesen und Lösungsvorschläge eingebracht. In den letzten zwei Jahren wurde auf Landesebene einiges bewegt. Zu nennen sind die Anhebung und Förderung der Weiterbildungsstellen Allgemeinmedizin und das Förderkonzept der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und der Krankenkassen für den Bereich Torgau-Oschatz sowie die Gewinnung von Ärzten aus Österreich. Und es wurde vor Studenten in Dresden und Leipzig für eine ärztliche Tätigkeit in Sachsen geworben.

Fakt ist, den Ärztemangel wird man mit den bisherigen Aktivitäten allein nicht beseitigen. Und das Modell Torgau-Oschatz lässt sich aus rein finanziellen Gründen nicht beliebig oft auf andere Regionen übertragen. Aus Sicht des Präsidenten erwiesen sich viele Maßnahmen als unzureichend, weil sie an den Ursachen vorbei gehen. Diese Ansicht wurde von allen Mandatsträgern nachhaltig unterstützt. Öffentliche Proteste der Ärzte im Krankenhaus oder der Niederlassung sind deutliche Zeichen dafür, dass diese am Limit angekommen sind. Prof. Schulze: Deshalb müsse die Ursachenbeseitigung des Ärztemangels auf Bundes- und Landesebene gleichermaßen in Angriff genommen werden. Dazu gehöre, dass Studenten an Sachsen gebunden, die Arbeitsbedingungen an den Kliniken verbessert und die Vergütung neu und zeitgemäß geregelt würden.

Bei der nachwachsenden Generation findet man zudem einen Wertewandel, der nicht mehr den 24-Stunden-Dienst als Lebensmittelpunkt und die Selbstausschöpfung als Normalität betrachtet. Familie und Freizeit genießen einen höheren Stellenwert und müssten entsprechend berücksichtigt werden. Dazu bedürfe es entsprechender Rahmenbedingungen wie Teilzeitstellen, der korrekten Erfassung von Überstunden, neuer Anstellungsmöglichkeiten in der Niederlassung und der Flexibilisierung der Bedarfsplanung.

### Arbeitszeit im Krankenhaus

Zum Thema Ärztemangel gehört unmittelbar das Thema Arbeitszeit im Krankenhaus. Der Europäische Gerichtshof hatte entschieden, Bereitschaftsdienst ist Arbeitszeit. Und die wöchentliche Arbeitszeit darf danach nur maxi-



Präsidium der 33. Kammerversammlung

mal 48 Stunden betragen. In der Ärzteschaft ist die Meinung zu diesem Problem geteilt. Was für die einen mehr Freizeit bedeute, hieße für die anderen sehr viel weniger zusätzlicher Verdienst bei relativ niedrigem Grundeinkommen, so Prof. Schulze. Das neue Arbeitszeitgesetz wird nun nicht zum 1. Januar 2006 umgesetzt, nachdem die Ausnahmeregelung durch die Koalition verlängert wurde. Das Problem des enormen Mehrbedarfs an Ärzten wurde so vertagt. Die Krankenhausgesellschaft Sachsen spricht von 800 zusätzlichen Stellen. Doch woher sollen die Ärzte in einem Jahr kommen? Das vorhandene Personal müsste länger arbeiten. Das darf es aber nicht. Und schon heute werden keine Nebentätigkeiten von Kliniken genehmigt, weil ungeklärt ist, ob eine Notärztliche Tätigkeit auf die Arbeitszeit angerechnet wird oder nicht. „Wir haben die zuständigen Sächsischen Staatsministerien für Soziales, für Inneres sowie für Wirtschaft und Arbeit mehrfach auf diesen Konflikt hingewiesen und hoffen auf eine Klärung noch vor Ende des Jahres“.

Die Sächsische Landesärztekammer wird im Interesse der Patienten und Ärzte weiterhin die kontinuierliche Bearbeitung der vorgenannten Themen auf allen Ebenen der Bundes- und Landespolitik betreiben und auch unpopuläre Lösungen diskutieren, um eine ärztliche Versorgung in Sachsen zu gewährleisten. Und die öffentlichen Proteste von sächsischen Ärzten erhalten seitens der Sächsischen Landesärztekammer wegen der angespannten politischen Situation die uneingeschränkte Solidarität.

### Novellierung Heilberufekammergesetz

Ein langer Prozess steter Bemühungen der Sächsischen Landesärztekammer um die Anpassung des Sächsischen Heilberufekammergesetzes an die Rechtswirklichkeit steht nun kurz vor einem erfolgreichen Abschluss. Aus Anlass der Umsetzung der Richtlinie 2001/19/EG des Europäischen Rates sowie der angestrebten „Verkammerung“ der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sollte bereits im Jahr 2002 ein Resümee der Praktikabilität der Regelungen des Sächsischen Heilberufekammergesetzes gezogen werden. In engem Kontakt mit der Landeszahnärztekammer Sachsen, der Sächsischen Landestierärztekammer sowie der Landesapothekerkammer Sachsen wurden in der Folgezeit wiederholt Vorschläge zur Novellierung des Sächsischen Heilberufekammergesetzes erarbeitet. Am 11. November 2005 hat der Sächsische Landtag in einer 3. Lesung über den Gesetzesentwurf positiv abgestimmt. Alle wichtigen Änderungen an eine Neukonzeption des Sächsischen Heilberufekammergesetzes haben inzwischen, wie von der Sächsischen Landesärztekammer gefordert, Eingang gefunden (einen ausführlichen Beitrag dazu finden Sie im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 1/2006).

Herr Hommel vom Sächsischen Sozialministerium hat eine Eilausfertigung durch den Landtagspräsidenten veranlasst, so dass diese Novellierung noch in diesem Jahr in Kraft treten kann. Prof. Schulze: „An dieser Stelle muss Herrn Hommel für seine engagierte Arbeit in dieser Sache herzlich gedankt werden“.



### Neue Aufgaben für die Landesärztekammer

Die weitere berufspolitische Arbeit in den kommenden Jahren wird an Vielfalt und damit Umfang zunehmen. Zu denken ist nur an die Änderung der Berufsordnung, die Einführung des elektronischen Arztausweises, die elektronische Erfassung der Fortbildungspunkte oder die neue Rolle der Ethikkommission. Dazu braucht die Sächsische Landesärztekammer engagierte Ärzte aus allen Bereichen, Ärzte die das erhaltene Mandat ernst nehmen und in der Kammerversammlung aktiv mitwirken.

### Kammerwahl 2007

„Für die permanente berufspolitische Arbeit brauchen wir Kollegen, die uns konstruktiv in der ärztlichen Selbstverwaltung, in den Ausschüssen und Kommissionen, in den Kreisärztekammern und in der Kammerversammlung engagiert unterstützen. Jeder politisch interessierte Arzt ist uns herzlich willkommen. Und gerade die nachwachsende Ärztegeneration möchte ich aufrufen, sich in der Standesvertretung zu beteiligen“, so Prof. Schulze vor der Kammerversammlung. Bereits in einhalb Jahren ist wieder Kammerwahl, in einem Jahr müssen Kandidaten dafür gewonnen werden. Neue Kollegen sollten ihre Mitarbeit als Chance für die Umsetzung von ärztlichen Standesinteressen zum Wohle der Allgemeinheit betrachten. In der Politik, in der Bevölkerung sowie in den Medien besitze die Sächsische Landesärztekammer einen anerkannten Ruf als fachlich qualifizierte und unabhängige überparteiische Einrichtung in Fragen der Gesundheitspolitik sowie angrenzender Themenkomplexe. Und sich dafür im Ehrenamt einzusetzen, könne nicht hoch genug bewertet werden. Dafür dankte der Präsident den Anwesenden und wünschte, dass sich nach 2007 auch viele neue Ärzte in der Standespolitik engagierten.

### Anspruch der Ärzteschaft an ein Finanzierungssystem im Gesundheitswesen

Professor Dr. med. Dr. h.c.

Jörg-Dietrich Hoppe

Präsident der Bundesärztekammer

Sehr geehrte Damen und Herren, folgt man dem Ergebnispapier der Koalitionsverhandlungen zum Thema Gesundheit, so soll bei der Weiterentwicklung unseres Gesundheitswesens am Leitbild eines leistungsfähigen Gesundheitswesens mit einer qualitativ hochstehenden Versorgung für die Patien-



Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jörg-Dietrich Hoppe

tinnen und Patienten festgehalten werden. Es stellt sich allerdings die Frage, wie das Leistungsversprechen der gesetzlichen Krankenversicherung, allen Versicherten eine ausreichende und zweckmäßige Versorgung zu gewährleisten, eingehalten werden kann, wenn die im Umfang der gesetzlichen Krankenversicherung gewährten Leistungen weiterhin das medizinisch Notwendige beinhalten sollen, welches natürlich wirtschaftlich erbracht werden muss. Faktisch sind die finanziellen Ressourcen bis auf weiteres festgeschrieben durch die stagnierende Einnahmensituation der GKV, und politisch durch die rigide Beitragssatzstabilitätspolitik. Dem stehen ein demographischer Wandel mit der Zunahme alter, chronisch kranker und multimorbider Patienten gegenüber, sowie medizinische Innovationen, die die Behandelbarkeit zahlreicher Erkrankungen auch im hohen Alter möglich machen.

Zur Beherrschung des Dilemmas sind Reformen sowohl auf der Einnahmenseite, als auch auf der Ausgabenseite des Systems erforderlich. Im Hinblick auf die erforderliche Stabilisierung der Einnahmenseite sind die Koalitionspartner den Versicherten bislang einen überzeugenden, mehrheitsfähigen Lösungsansatz zur Entwicklung eines generationengerechten Finanzierungsmodells für die gesetzliche Krankenversicherung schuldig geblieben. Ideen sind vorhanden, aber der politische Wille oder die politische Kraft scheinen zu fehlen.

Diesem Vakuum auf der Einnahmenseite steht im Hinblick auf die Regulierung der Ausgaben derzeit geradezu ein politischer Überaktivismus gegenüber. Die Budgetierung der Ausgaben in den 70er bis 90er Jahren hat zwar zahlreiche Einzelverlierer im System produ-

ziert, vor allen Dingen unter der Ärzteschaft, die Entwicklung der Beitragssätze konnte damit aber natürlich nicht in Schach gehalten werden. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz, das unter anderem von den beiden großen Volksparteien gemeinsam beschlossen wurde, wurde gleich ein ganzes Bündel von neuen Strukturmaßnahmen auf den Weg gebracht. Die aus Sicht des Gesetzgebers enttäuschende „einfache“ Kostendämpfungspolitik der vorangegangenen Jahrzehnte soll damit in Richtung Systemumbau umgelenkt werden.

Das GMG macht dabei Anleihen sowohl bei stärker marktorientierten Gesundheitssystemen, als insbesondere auch bei staatlich gesteuerten, steuerfinanzierten Systemen. Zu den Marktelementen zählen die Einführung von Wettbewerb unter den Leistungserbringern und Krankenkassen und die Erhöhung der Patientenbeteiligung. Zu den dirigistischen Steuerungsinstrumenten zählt unter anderem die Festlegung eines abschließenden Leistungskatalogs für die GKV.

Den tieferen Sinn oder die Vision hinter dem GMG mit seinen verschiedenen Facetten und zahlreichen Verästelungen kann man vielleicht so zusammenfassen: Der Versicherte soll zu seinem eigenen Lotsen im GKV-System werden, der das auf die notwendige Akut- und Grundversorgung reduzierte Leistungsangebot so selten wie möglich in Anspruch nimmt. In den Fällen, in denen der Versicherte zum Kranken wird und auf die GKV-Versorgung angewiesen ist, ist er bereit, als Patient dazu zu zahlen, weitere Wege und mehr oder wenig lange Wartezeiten in Kauf zu nehmen, und gegebenenfalls, wenn er sich die Zuzahlung nicht leisten kann und stattdessen seine Erkrankung in einem Programm managen lässt, auch auf die freie Arztwahl zu verzichten. In Anbetracht der messbar hohen Zufriedenheit der deutschen Bevölkerung mit unserem Gesundheitswesen in der Vergangenheit und auch noch zu Beginn des neuen Jahrzehnts, und weil das Vertrauen in die Gesundheitsberufe bei der Bevölkerung sehr hoch war, ist nachvollziehbar, dass zumindest Teil 2 dieser Vision von der Neuordnung des Gesundheitswesens politisch schwer verkäuflich war.

Deshalb musste zunächst ein Weg gefunden werden, diese positive Grundeinstellung zu unserem Gesundheitswesen in der Öffentlichkeit zu erschüttern. Dies ist auch weitgehend gelungen. Alle Beteiligten werden sich erinnern, dass wir am Ende des vorigen Jahrzehnts und am Anfang dieses Jahrzehnts eine inten-

## 33. Kammerversammlung

sive Debatte über das Thema Qualität in unserem Gesundheitswesen erlebt haben, die schließlich in die Behauptung mündete, das deutsche Gesundheitswesen biete als typisches Merkmal „Über-, Unter- und Fehlversorgung“, eine nicht nur für Gesundheitswesen jedweder Art zweifellos zeitlos gültige Behauptung. Sie erinnern sich an den oft zitierten Spruch: „Wir bezahlen einen Mercedes und kriegen einen Golf“. Das hat sich in vielen Köpfen festgesetzt, auch wenn die als Begründung unter anderem herangezogenen Statistiken von OECD und WHO mittlerweile zurückgezogen wurden, in denen das deutsche Gesundheitswesen auf Platz 25 hinter Kolumbien lag. Durch das in Deutschland systematisch kultivierte Misstrauen gegen die Leistungsfähigkeit unseres Gesundheitswesens und die Ärzteschaft im besonderen konnte so jedoch einer Politik der Weg bereitet werden, welche die Zuteilung von Leistungen, wie sie über die Festlegung eines abschließenden Leistungskatalogs und über die Erzeugung von Wartelisten zustande kommt, als Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven und den sukzessiven Abbau des Versorgungsangebots als Qualitätsverbesserung verkauft.

Was im Vorfeld des GMG gezielt nicht gewürdigt wurde und erst allmählich wieder ins öffentliche Bewusstsein zurückkehrt: Deutschland hat ein Gesundheitswesen, das eine qualitativ hochwertige Regelversorgung mit chancengleichem Zugang für alle und Teilhabe aller am medizinischen Fortschritt gewährleistet hat. Gleichwohl: Es gibt kein System ohne Allokationsprobleme. Zwischen den marktgesteuerten und den staatlichen Gesundheitssystemen nimmt das deutsche Selbstverwaltungssystem in der Gesetzlichen Krankenversicherung eine Zwischenstellung ein. Dass die Übertragung von Marktelementen wie Wettbewerb auf ein Gesundheitswesen wie dem unsrigen nicht unproblematisch sein kann, ist keine neue Erkenntnis. Die Krankenversicherungen werden im Wettstreit um die guten Risiken die schlechten Risiken nach hinten priorisieren, allen Gegensteuerungsbemühungen über den Risikostrukturausgleich zum Trotz. Irgendwann aber muss dies politisch schwierig werden, weil es so aussieht, als ob der Staat und sein GKV-System sich immer mehr vom Solidaritätsprinzip verabschieden wollen<sup>1</sup>.

Auch das Sachverständigengutachten zu „Koordination und Qualität im Gesundheitswesen“ von 2005 räumt ein, dass alle gesamtwirtschaft-

lichen Koordinationsinstrumente im Hinblick auf die fiskalischen, allokativen und verteilungspolitischen Funktionen Vor- und Nachteile aufweisen. Dies gilt für die Selbstverwaltung, die öffentliche Planung bzw. staatliche Administration, oder Markt- und Preismechanismen gleichermaßen. Unbeindruckt aber von der Analyse der Sachverständigen wiederholt das Koalitionspapier in Sachen Gesundheit die Forderung nach der Intensivierung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen.

Die Einführung von Wettbewerbselementen zielt vornehmlich auf den Abbau von Bettenkapazitäten und fördert Konzentrationsprozesse auch im ambulanten Bereich. Übrig bleiben sollen so wenig Leistungserbringer wie möglich, denn Leistungserbringer sind Ausgabenversucher. Ob eine Absenkung des durchschnittlichen Versorgungsniveaus und Risikoselektion zu Lasten von Patientinnen und Patienten in dem von der Politik beabsichtigten wirtschaftlichen Konkurrenzkampf von jedem gegen jeden verhindert werden kann, ist fraglich. Um der Qualitätsabsenkung in der schönen neuen Welt des Wettbewerbs entgegenzusteuern, sieht der Gesetzgeber im Gegenzug zur Vertragsfreiheit vor, die Ärzte in Kliniken und Praxen sowie die Krankenhausträger Zug um Zug immer mehr Qualitätskontrollen zu unterziehen. Diese sozialgesetzlich verpflichtenden Qualitätskontrollen zum Beispiel in Gestalt von G-BA-Richtlinien zielen ausschließlich auf die Mikroebene der Leistungserbringer. Dies ist nicht nur überflüssig, weil die Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung eigentlich schon an anderer Stelle geregelt ist, sondern es geht an den Ursachen der uns möglicherweise bevorstehenden Qualitätsabsenkung im deutschen Gesundheitswesen vorbei.

Ursächlich im Fall zukünftiger Qualitätseinbußen und Benachteiligung von Patientinnen und Patienten wird nicht ein etwaiges „Individualversagen“ auf Ebene des einzelnen Praxisinhabers oder des einzelnen Krankenhauses sein, sondern ein Versagen auf der Makroebene durch die großexperimentelle, aber dann außer Kontrolle geratene Übertragung von Marktmechanismen auf einen der Daseinsfürsorge und dem Solidaritätsprinzip verpflichteten öffentlichen Sektor. Die rasch fortschreitende Übernahme von Kliniken durch Renditeorientierte Betreiber und Rosinenpickerei unter den DRGs weisen bereits in diese Richtung. Als Folge des Verdrängungswettbewerbs unter den Leistungserbringern kann eine

Monopolisierung unter den Krankenkassen und/oder im Krankenhaus- und Ärztemarkt, die ihre marktbeherrschende Stellung ausnutzen, nicht ausgeschlossen werden. Im Hinblick auf die vom Gesetzgeber erhoffte Begrenzung der Leistungsausgaben durch Wettbewerb wäre dies genau ein „Schuss nach hinten“. Ob die Übertragung von Wettbewerbselementen auf das deutsche Gesundheitswesen zu der von der Politik unterstellten effizienteren Ressourcenallokation führt, bleibt also abzuwarten.

Bis dahin aber zersplittert die Vertragslandschaft in immer mehr Einzel- und Sonderverträge. Diese Unübersichtlichkeit macht nicht nur den Patienten, sondern auch uns Ärzten zu schaffen. Als Folge der Vertragsvielfalt und einer falsch verstandenen Qualitätspolitik, die auf Qualitätskontrolle statt auf Qualitätsförderung und -zusicherung setzt, haben Ärzte und Pflegepersonal immer mehr administrativen Aufwand und Dokumentationsaufgaben abzuleisten, was bis zur völligen Berufsunzufriedenheit und Abwanderung aus den Gesundheitsberufen führt.

Ein weiteres Steuerungsinstrument aus dem Gemischtwarenangebot des GMG, diesmal aus dem Arsenal der steuerfinanzierten Gesundheitssysteme, ist die Festlegung eines abschließenden Leistungskatalogs. Mittels forciert Nutzenbewertung soll das Leistungsangebot der GKV eingegrenzt werden, Rationierung soll dadurch überdeckt werden. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder neue Arzneimittel ohne therapeutischen Zusatznutzen im Vergleich zum Bisherigen sollen nicht von der GKV bezahlt werden.

Die Bewertung des Nutzens neuer Arzneimittel ist Aufgabe des eigens neu gegründeten Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Im Hinblick auf die Nutzenbewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden hat sich der zuständige Gemeinsame Bundesausschuss in diesem Sommer eine Verfahrensordnung gegeben, die sektorübergreifend einheitliche Kriterien für die Bewertung von Diagnostik und Therapie festlegt. In den ambulanten GKV-Leistungskatalog kann nur noch aufgenommen werden, was diesen Kriterien genügt. Für den stationären Bereich hat der Gesetzgeber an der innovationsfreundlicheren Regelung „Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt“ festgehalten. Aber dennoch: Aus dem stationären GKV-Leistungskatalog wird entfernt, was den Kriterien der Verfahrensordnung nicht genügt. Einen derartigen abschließenden Leistungskatalog hat es so in

Deutschland trotz des immer schon im SGB V verankerten Wirtschaftlichkeitsgebots über Jahrzehnte hinweg nicht gegeben.

Nach der nunmehr vom BMGS genehmigten Verfahrensordnung will der Gemeinsame Bundesausschuss auf der Basis der jeweils verfügbaren besten Evidenz – früher sagte man „nach dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse“ – über die Anerkennung oder Nicht-Anerkennung einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode entscheiden. Die ursprüngliche Formulierung, dass der Nutzen einer Methode in der Regel durch Studien der Evidenzstufe 1, das heißt durch randomisierte, kontrollierte Studien nachgewiesen werden müsse, musste revidiert werden.

Aus der ursprünglichen Formulierung der GBA-Verfahrensordnung zu diesem Punkt – in der Regel müssen Studien der Evidenzstufe 1 vorliegen, sonst ist keine Anerkennung als GKV-Leistung möglich – spricht meines Erachtens ein komplexes, letztendlich aber mechanistisches Missverständnis von evidenzbasierter Gesundheitsversorgung.

#### Missverständnis Nummer 1:

Studien der Evidenzstufe 1 sind der Standard in der Arzneimittelprüfung und helfen der klinischen Forschung, die Verfälschung der Studienergebnisse durch verborgene systematische Differenzen zwischen Patientengruppen durch Randomisation weitestgehend zu umgehen. Nachteil der randomisierten kontrollierten Studien ist aber bekanntermaßen die begrenzte Repräsentativität der Studienpopulation, die die Generalisierbarkeit der Studienergebnisse beeinträchtigt. Die Repräsentativität ist prinzipiell nur bei breit angelegten klinischen Registern oder registerähnlichen Kohortenstudien gewährleistet. Dies ist übrigens einer der Gründe, warum bei neuen Medikamenten hinreichende Analysen über unerwünschte Nebenwirkungen oft erst im Rahmen der Pharmakovigilanz nach der Zulassung der Präparate möglich sind<sup>2</sup>.

Insbesondere bei seltenen Erkrankungen oder in Fällen ohne Behandlungsalternative kann es unmöglich oder unangemessen sein, Studien der Evidenzstufe 1 durchzuführen oder zu fordern; dies räumt der gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung selbst ein. In diesen Fällen oder auch in anderen Konstellationen, in denen sich die Durchführung von randomisierten kontrollierten Studien als praktisch undurchführbar erweist,

zzum Beispiel weil außerordentlich lange Nachbeobachtungszeiten erforderlich wären, oder die ethisch nicht vertretbar sind, muss die Nutzen-Schaden-Abwägung einer Methode auch auf der Basis von Studienergebnissen formal niedrigerer Evidenzstufen erfolgen können. Eine andere als diese abgestufte Vorgehensweise wäre weder mit der Methodik der evidenzbasierten Entscheidungsfindung vereinbar, noch vor dem Hintergrund der jüngsten BSG-Rechtsprechung zur Kostenübernahme von Behandlungsmaßnahmen bei seltenen Erkrankungen haltbar<sup>3</sup>.

#### Missverständnis Nummer 2:

Das Vorliegen oder Nicht-Vorliegen von Studien der Evidenzstufe 1 kann nicht den Abwägungs- und Entscheidungsprozess ersetzen, der auf die Darstellung der vorhandenen Evidenz folgen muss. Der Begriff der „GKV-Leistung“ ist kein medizinischer Begriff, sondern eine leistungsrechtliche Abgrenzung! Die politische Verantwortung der Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Gestaltung des GKV-Leistungskatalogs kann nicht auf die Darstellung der Evidenz verkürzt bzw. auf die Wissenschaft abgewälzt werden. Die Anerkennung oder der Ausschluss einer neuen Methode oder eines neuen Arzneimittels aus dem Leistungskatalog der GKV ist eine komplexe Aufgabe von hoher Verantwortung, in der die jeweilige Bedarfssituation der betroffenen Patientinnen und Patienten und die klinische Expertise der Ärzteschaft adäquat berücksichtigt werden müssen.

Analog hierzu sind im Hinblick auf Wirtschaftlichkeitsaspekte medizinischer Leistungen ge-

sundheitsökonomische Analysen ausschließlich als Entscheidungshilfen zu betrachten, die die Entscheidungsbildung unterstützen können, die faire Beteiligung aller Betroffenen und am Ende die politische und hoffentlich konsensuale Entscheidung über die Aufnahme oder die Ablehnung der Leistung in den GKV-Leistungskatalog aber nicht ersetzen können.

Allokationsentscheidungen ohne Orientierung an ethischen Werten schaden den Patientinnen und Patienten. Sollten zum Beispiel Therapieoptionen für Tumorpatienten, die zwar nicht lebensverlängernd sind, aber das Leiden verringern, zukünftig nicht mehr solidarisch finanziert werden? Wer legt die sogenannten patientenzentrierten Ergebnisparameter fest, nach denen der therapeutische Zusatznutzen eines neuen Medikaments oder einer neuen Behandlungsmethode bemessen wird? Sollen dies nur harte klinische Endpunkte wie „Überleben“ oder „Nicht-Überleben“ sein, oder auch weichere Indikatoren wie „krankheitsspezifische Lebensqualität“, die gegebenenfalls nur qualitativ oder semi-quantitativ erfasst werden können? Nach ärztlichem Berufsverständnis zählt Leiden zu lindern in gleicher Weise zum ärztlichen Auftrag wie Krankheiten zu heilen.

Einzigartig im internationalen Vergleich schlägt in Deutschland das Prinzip der evidenzbasierten Gesundheitsversorgung per Gesetz voll in den Versorgungsalltag durch, indem die Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses in Form von Richtlinienbeschlüssen unmittelbar eine verbindliche



## 33. Kammerversammlung

Wirkung für die Leistungserbringer und somit auch für die Versicherten entfalten. Eine vom Gemeinsamen Bundesausschuss auf Basis der vorhandenen wissenschaftlichen Evidenz nicht anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethode wird als nicht notwendig für das Gesamtkollektiv der Versicherten betrachtet und kann nicht zu Lasten der Gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden. Irrtum ausgeschlossen? Nicht zuletzt wegen dieser hohen Durchschlagskraft der G-BA-Richtlinien muss die neue Dimension von Nutzenorientierung im deutschen Gesundheitswesen besonders umsichtig gehandhabt werden.

Im Hinblick auf die zukünftige Gestaltung des GKV-Leistungskatalogs ist also noch sehr viel Nachdenken und Dialogbereitschaft geboten. „Nutzenbewertung“ ist kein Garant für die Abdeckung des tatsächlichen Versorgungsbedarfs und keine Zauberformel, die politische Entscheidungsprozesse entbehrlich machen kann. Wenn die Eigenverantwortung der Versicherten neu definiert werden soll, muss als Pendant hierzu der solidarisch finanzierte Leistungskatalog im gesellschaftlichen Diskurs konsentiert werden. Wir Ärztinnen und Ärzte sind bereit, diese Diskussion offen zu führen, und wir werden uns mit unserer klinischen Erfahrung, unserem professionellen Wissen über den Versorgungsbedarf und unserer Empathie für die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten in den Diskurs einbringen.

### Podium und Diskussion

Schwerpunkthemen des Podiumsgesprächs und der sich anschließenden sehr lebhaften und ausführlichen Aussprache zu den aktuellen gesundheitspolitischen und berufspolitischen Problemen waren:

#### Gesundheitspolitik der neuen Regierung

Die Gesundheitsreform wurde auf das Jahr 2006 vertagt. Die Koalitionäre der neuen Bundesregierung konnten sich weder auf die Bürgerversicherung (SPD) noch auf die Gesundheitsprämie (Union) einigen. Deswegen wurde die Reform der Finanzierung verschoben. Eine Arbeitsgruppe soll bis Mitte 2006 ein drittes Modell erarbeiten.

#### Qualität der medizinischen Versorgung in Deutschland

Eine am 10. November 2005 vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) vorgestellte internationale Studie zeigt, dass die Qualität der Gesund-



Dr. med. Stefan Windau, Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jörg-Dietrich Hoppe, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze (v.l.)

heitsversorgung in Deutschland sehr gut ist. Untersucht wurde die medizinische Versorgung in Kanada, Australien, Neuseeland, Großbritannien, den USA und Deutschland.

Besonders beim Zugang zu medizinischen Leistungen sind deutsche Patientinnen und Patienten im Vorteil. Ambulante und stationäre Behandlungen sind schnell und einfach zu bekommen – und das unabhängig von Einkommen, Versicherterstatus oder Wohnort. Selbst außerhalb der üblichen Sprech- und Öffnungszeiten wie in der Nacht, am Wochenende oder während der Ferienzeiten, ist die medizinische Hilfe in Deutschland sehr gut organisiert. Nur ein Viertel der deutschen Befragten berichtete, dass es schwierig war, einen Arzt außerhalb der üblichen Zeiten zu erreichen. In Neuseeland waren es 28 Prozent, in Großbritannien 38 Prozent, in Kanada 53 Prozent, in Australien 59 Prozent und in USA sogar 61 Prozent. Ein Fazit der Studie nur für Deutschland ist, man fährt Mercedes und glaubt einen Golf zu haben. Diese kognitive Dissonanz zwischen persönlicher Wahrnehmung und öffentlicher Meinung unter den Befragten lässt sich nur mit einer jahrelangen Diffamierung des Gesundheitswesens unter den Schlagworten einer Unter-, Über- und Fehlversorgung durch die Politik erklären.

Prof. Dr. med. habil. Otto Bach wies in der Diskussion auch darauf hin, dass es ein Irrglaube sei, man könne mit Qualitätsverbesserungen Geld sparen. Genau das Gegenteil ist der Fall. Gleiches gilt für die ärztliche Fort- und Weiterbildung. „Ärzte, welche auf dem neuesten Stand der Medizin sind, setzen diese

neuen Kenntnisse in Form von Behandlungsmethoden auch ein. Und diese neuen Methoden sind teuer“.

#### Arbeitszeit der niedergelassenen Ärzte

Die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit der niedergelassenen Ärzte (ohne Notfalldienste) ist nach einer Analyse der Ärztekammer Thüringen höher als im Krankenhaus. 60,7 Prozent der niedergelassenen Ärzte arbeiten mehr als 50 Stunden pro Woche. Mehr als 55 Stunden arbeiten 35,4 Prozent der Kassenärzte, aber nur 12 Prozent der Krankenhausärzte. 8,6 Prozent der niedergelassenen Ärzte geben sogar eine wöchentliche Arbeitszeit von über 65 Stunden an. Die Arbeitsbelastung der Hausärzte ist im Vergleich zu Fachärzten höher. Mehr als 50 Wochenstunden arbeiten 64,5 Prozent der Hausärzte, bei Fachärzten gilt dies für 55,8 Prozent.

#### Ärztmangel in Sachsen

Die Mandatsträger der Sächsischen Landesärztekammer sehen nur in einem Gesamtkonzept, bestehend aus Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Vergütung sowie einer familienfreundlichen Arbeitszeitgestaltung, eine Lösung für den Ärztemangel, weil seit Jahren vor allem die Arbeitsbedingungen in Praxis und Klinik immer schlechter werden. Einzelmaßnahmen, wie die Förderung im Raum Torgau-Oschatz, sind nicht übertragbar.

„Man verlangt von uns Ärzten mehr Leistung bei weniger Einkommen“, betonte Prof. Dr. Hoppe in der Diskussion. Er verglich die Arbeitssituation eines Arztes mit der eines Piloten, welcher ein Flugzeug 12.000 Kilometer fliegen soll, aber nur für 6.000 Kilometer



Frau Dr. med. Hella Wunderlich: „Die tägliche Arbeitszeit des niedergelassenen Arztes beträgt durchschnittlich 15 Stunden“.

Kerosin hat. Und Prof. Dr. Haupt ergänzte, dass er nicht glaube, man könne mit den jetzigen Beitragsmitteln das Gesundheitswesen weiterhin finanzieren. Nach seiner Einschätzung muss mehr Geld durch mehr Eigenbeteiligung in das System, weil sonst die Rationierung von Gesundheitsleistungen und die Abwanderung von Ärzten fortschreitet.

### Bürokratieabbau ist dringend notwendig

Verstärkt haben sich die Klagen der niedergelassenen Ärzte über die ausufernde Bürokratie in ihren Praxen. Angesichts des zunehmenden Ärztemangels gilt es zeitnah den bürokratischen Aufwand wesentlich zu reduzieren. Rechnet man die 14 Stunden Bürokratieaufwand, die ein Vertragsarzt pro Woche betreiben muss, auf jährlich 46 Arbeitswochen hoch, dann ergibt sich der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zufolge eine bürokratische Belastung der 116.990 Vertragsärzte in Deutschland von gut 75 Millionen Stunden.

### Geschäftsordnung der Ethikkommission

Professor Dr. habil. Rolf Haupt  
Vorsitzender der Ethikkommission

Die Geschäftsordnung der Ethikkommission (EK) der Sächsischen Landesärztekammer folgt den Regelungen des geänderten Heilberufekammergesetzes, das zurzeit im Parlament verabschiedet wird. Dort ist in § 5a erstmalig die Bildung einer Ethikkommission vorgesehen und beschrieben.

Gesetzliche Grundlagen der Arbeit der EK sind in § 1 der Geschäftsordnung genannt. Die

EK ist eine rechtlich unselbstständige Untergliederung der Sächsischen Landesärztekammer und in ihren Entscheidungen unabhängig.

Die 11 Mitglieder und ihre Stellvertreter werden vom Vorstand im Einvernehmen mit der Aufsichtsbehörde berufen. Sie sind in ihren Entscheidungen nur ihrem Gewissen verpflichtet. Vertreter der Aufsichtsbehörde können ohne Stimmrecht an den Beratungen der EK teilnehmen, sind dabei zur Verschwiegenheit verpflichtet.

Um den nötigen Sachstand in der EK zu sichern und den vielfältigen Entscheidungsaufgaben zu entsprechen, muss ihr ein Jurist mit der Befähigung zum Richteramt, ein Biomedizintechniker und ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin angehören. Daneben sind erfahrene, klinisch tätige Ärzte aus der Praxis und aus der theoretischen Medizin Mitglieder der EK, die auch über Erfahrungen in Biometrie und Statistik und bei ethischen Zusammenhängen verfügen.

Die Kommission tagt alle drei Wochen, um die im Gesetz vorgegebenen Fristen einhalten zu können. In Fragen der Arzneimittelzulassung hat sie nach der 12. Novelle des Arzneimittelgesetzes die Rolle einer genehmigenden Behörde. Als somit federführende EK muss sie ein „zustimmende Bewertung“ aussprechen, als beteiligte EK das Prüfzentrum und den Prüfarzt in unserem Kammerbereich hinsichtlich der Befähigung und Eignung des Zentrums für die Studie beurteilen.

Bei Studien nach Berufsrecht bleibt die beratende Funktion der EK in bisher gültiger Art bestehen.

Die etwaige Haftung der Sächsischen Landesärztekammer für einen möglichen Haftungsschaden bei der Wahrnehmung der Aufgaben der EK wird durch § 5a Abs. 4 des Sächsischen Heilberufekammergesetzes geregelt.

### Haushaltsplan 2006

Dr. med. Claus Vogel  
Vorsitzender des Ausschusses Finanzen

Herr Dr. Claus Vogel, Vorstandsmitglied und Vorsitzender des Ausschusses Finanzen erläuterte den Haushaltsplan 2006 sehr ausführlich. Insgesamt sieht der Haushaltsplan 2006 eine Steigerung der Ausgaben gegenüber dem Ist des Jahres 2004 um 0,5 Prozent und eine Senkung der Ausgaben gegenüber dem Haushaltsplan 2005 um 0,3 Prozent vor. Bei den Einnahmen ist gegenüber dem Ist 2004 eine Senkung



Prof. Dr. med. habil. Rolf Haupt: „Wir sind als Ärzte verpflichtet, mit den Geldern solidarisch umzugehen“.

von 18,7 Prozent und gegenüber dem Haushaltsplan 2005 von 0,3 Prozent vorgesehen. Der Haushaltsplan 2006 beinhaltet die finanziellen Auswirkungen wichtiger Beschlüsse der Ärzteschaft auf dem 108. Deutschen Ärztetag 2005 in Berlin, aber auch Beschlüsse der letzten Kammerversammlungen der Sächsischen Landesärztekammer. Diese Beschlüsse haben die Planung nahezu aller Haushaltstitel beeinflusst.

Als Erstes ist hier die Ausgabe des elektronischen Arztausweises zu nennen. Der Vorstand der Bundesärztekammer hat beschlossen, dass die Landesärztekammern als Herausgeber die Verantwortung und die Prozessorganisation der Ausgabe des elektronischen Arztausweises übernehmen. Damit verbunden ist die Aufgabe, in den nächsten Jahren an die ca. 14.000 berufstätigen Kammermitglieder in Sachsen einen elektronischen Arztausweis herauszugeben. Die gesetzliche Einführung der Pflichtfortbildung für Ärzte erhöht den Aufwand für die Zertifizierung der zunehmenden Fortbildungsveranstaltungen und für die Ausstellung der Fortbildungszertifikate an die Kammermitglieder. Die Führung eines elektronischen Online-Punkte-Kontos für jedes Kammermitglied soll im Jahr 2006 verwirklicht werden.

Mit der Einführung der neuen Weiterbildungsordnung wird sich die Zahl der durchzuführenden mündlichen Prüfungen beträchtlich erhöhen.

Aufgrund der zunehmenden Aufgaben und der damit verbundenen personellen Erweiterungen sind zusätzliche Arbeitsräume erforderlich. Die Kammerversammlung hat beschlossen, dass



## 33. Kammerversammlung

die Sächsische Landesärztekammer die 1. Etage (Ostflügel) des Kammergebäudes erwerben wird. Gemäß Beschluss der 32. Kammerversammlung vom 25. Juni 2005 wird das Darlehen der Sächsischen Ärzteversorgung zur Finanzierung des Kammergebäudes zum 31. Dezember 2005 abgelöst. Damit erfolgt eine Entlastung des Haushaltes der Sächsischen Landesärztekammer ab dem Jahr 2006.

Die beschlossene Satzung zur Änderung der Beitragsordnung ermöglicht eine Senkung des Kammerbeitragsatzes von 0,6 Prozent auf 0,58 Prozent der Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit. Der insgesamt ausgeglichene und schlüssige Haushaltsplan 2006 wurde durch die Kammerversammlung bestätigt.

### Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer

Die Kammerversammlung hat beschlossen, dass ab dem Jahr 2006 der seit 1998 unveränderte Beitragssatz zur Erhebung des Kammerbeitrages von 0,6 Prozent auf 0,58 Prozent der Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit abgesenkt wird. Das bedeutet eine Senkung des Beitragssatzes um 3,3 Prozent.

In die Kalkulationen zur Höhe der Beitragssenkung wurden folgende Schwerpunkte einbezogen:

- die zu erwartende demographische Entwicklung der Kammermitglieder,
- die derzeitige und zukünftige Erweiterung des Aufgabenspektrums der Sächsischen Landesärztekammer,
- die Entwicklung der Inflationsrate und
- die Entwicklung der Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit der Kammermitglieder.

Die Beitragstabelle für das Beitragsjahr wird abgeändert. Je Beitragsstufe ergibt sich ein um ca. 25,00 bis 30,00 EUR geringerer Kammerbeitrag.

Damit wurde der niedrigste Beitragssatz seit satzungsmäßiger Erhebung der Kammerbeiträge in der Sächsischen Landesärztekammer beschlossen.

### Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer

Die Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer folgt dem Grundsatz, dass individuelle Leistungen der Kammer für einzelne Kammermitglieder durch Gebühren, auch teilweise zu finanzieren sind.

In die Gebührentabelle wurden folgende zusätzliche Gebührentatbestände aufgenommen:

- Beglaubigung von Urkunden außerhalb des Meldewesens,
- Erteilung von „Good standing“,
- Ausstellung eines Arzt-Notfall-Schildes und von sonstigen Bescheinigungen sowie
- Bestätigungen nach dem Betäubungsmittelgesetz.

Es wurde eine neue Ziffer „Durchführung von berufsrechtlichen Verfahren und Widersprüchen“ eingefügt. Die Bearbeitung von Widersprüchen war schon bisher in der aufgeführten Höhe gebührenpflichtig. Neu kommt aufgrund des großen Verwaltungsaufwandes hinzu, dass auch die Durchführung von Ordnungswidrigkeitenverfahren und von Rügeverfahren, hier allerdings nur bei Erteilung einer Rüge, mit einer Rahmengebühr belegt wird.

Für das „Verfahren zur Änderung der Weiterbildungsbefugnis“ wird eine Gebühr in Höhe von 50,00 EUR vorgesehen.

Für die Zulassung von Weiterbildungsstätten ist eine Gebühr in Höhe von 150,00 EUR kalkuliert. Diese Gebühr wird nur für institutionelle Einrichtungen erhoben.

Für Verfahren zur Feststellung der Gleichwertigkeit von Diplomen, Prüfungszeugnissen und sonstigen Befähigungsnachweisen soll die bisherige Festgebühr in Höhe von 100,00 EUR in eine Rahmengebühr von 20,00 bis 100,00 EUR umgewandelt werden.

Für Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen der Sächsischen Landesärztekammer wird statt einer Festgebühr eine Rahmengebühr in Höhe von 7,00 bis 13,00 EUR pro Stunde eingeführt. Ausgewählte Veranstaltungen der Sächsischen Landesärztekammer wie das Fortbildungsseminar bleiben kostenfrei.

Die Änderungen zur Gebührensatzung werden zum 1. Januar 2006 in Kraft treten.

### Änderung der Honorar- und Teilnehmergebührenordnung für Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen der Sächsischen Landesärztekammer

*Professor Dr. med. habil. Otto Bach  
Vorsitzender der Sächsischen Akademie für  
ärztliche Fort- und Weiterbildung*

Die Kammerversammlung hat Veränderungen der Gebührenordnung für Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen der Kammer beschlossen. Sie sehen vor, die Gebühren von Teilnehmern an entsprechenden Veranstaltungen zu flexibilisieren (bisher 7,- €/Stunde, neu 7,- bis 13,- €/Stunde) und damit die Kalkulation der Realität der Teilnehmerzahlen besser anpassen zu können (viele Teilnehmer einer Veranstal-

tung ermöglichen gegebenenfalls einen niedrigeren Stundensatz). Auch wurden die Honorare für Referenten (bisher 65,- €/Stunde) auf 70,- € bis 100,- €/Stunde erhöht, wobei mit den Beiträgen die Vorbereitungszeiten usw. mit abgegolten sind. Selbst diese Erhöhung ist als bescheiden im Hinblick auf die Leistungen der Referenten anzusehen.

Die Sächsische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung ist weiterhin bestrebt, ihre Angebote so kostengünstig wie möglich anzubieten, zumal die Veranstaltungen aufs ganze Jahr bezogen einschließlich der Fortbildungsveranstaltungen, die gebührenfrei sind, nur zu einer Kostendeckung von rund 60 Prozent führten und führen werden.

Es gehört zu den Pflichten der Kammer Fort- und Weiterbildung aus ihren Mitteln (den Mitteln aller ärztlichen Kammermitglieder) zu stützen. Dies geschah bisher und soll auch zukünftig in angemessener Weise geschehen. Die Änderungen der Gebührenordnung dienen diesem Ziel.

### Beschlüsse der 33. Kammerversammlung

Die Mandatsträger der Sächsischen Landesärztekammer fassten zur 33. Kammerversammlung am 12. November 2005 folgende Beschlüsse:

#### Beschlussvorlage Nr. 1

Geschäftsordnung der Ethikkommission der Sächsischen Landesärztekammer (bestätigt)

#### Beschlussvorlage Nr. 2

Haushaltsplan 2006 der Sächsischen Landesärztekammer (bestätigt)

#### Beschlussvorlage Nr. 3

Erwerb der 1. Etage (Ostflügel) des Kammergebäudes Schützenshöhe 16 von der Sächsischen Ärzteversorgung (bestätigt)

#### Beschlussvorlage Nr. 4

Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (bestätigt)

#### Beschlussvorlage Nr. 5

Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer (bestätigt)

#### Beschlussvorlage Nr. 6

Änderung der Honorar- und Teilnehmergebühren für Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen der Sächsischen Landesärztekammer (bestätigt)

**Beschlussvorlage Nr. 7**

Herstellung und Finanzierung von 120 Pkw-Stellplätzen auf dem Grundstück Schützenhöhe/Hellerschanze

(bestätigt)

**Beschlussvorlage Nr. 8**

Bekanntgabe der Termine 16. Sächsischer Ärztetag / 34. Kammerversammlung (Freitag, 23. Juni 2006 und Sonnabend, 24. Juni 2006) und 35. Kammerversammlung (Sonnabend, 11. November 2006)

**Beschlussvorlage Nr. 9**

Arzneimittelbudget (bestätigt)

Die Geschäftsordnung der Ethikkommission bei der Sächsischen Landesärztekammer, die Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer, die Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer und die Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer (Gebührenordnung-GebO) vom 15. März 1994 (in der Fassung der Änderungssatzung vom ...) werden im vollen Wortlaut im Mittelhefter unter „Amtliche Bekanntmachungen“ in diesem Heft, Seiten ... bis ..., amtlich bekannt gemacht.

**Bekanntgabe der Termine**

Der **16. Sächsische Ärztetag / 34. Kammerversammlung** findet am Freitag und Sonnabend, dem **22. und 23. Juni 2006**, und die 35. Kammerversammlung findet am Sonnabend, dem **11. November 2006** im Kammergebäude der Sächsischen Landesärztekammer statt.

Prof. Dr. Winfried Klug  
Knut Köhler M. A.