

Außerordentliche Kammer- und Vertreterversammlung

Dresden
8. März 2006

Resolution

Die Gesundheitspolitik in Deutschland hat in den vergangenen Jahren zu einer erheblichen Verschlechterung der Rahmenbedingungen für die ärztliche Tätigkeit und die Patientenversorgung geführt. Anwachsende Bürokratie, Reglementierung und Rationierung sowie Unterfinanzierung gekoppelt mit einer ständigen Diffamierung der Ärzteschaft gipfeln nun in einem Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG). Zudem haben weder die neuen Versorgungsformen noch die Disease Management Programme oder die Diagnoseorientierten Fallpauschalen an Krankenhäusern zu einer Verbesserung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung oder der finanziellen Entlastung der Krankenkassen beigetragen. Hauptursache dafür ist die große Unkenntnis, mit der die rechtlichen Regelungen, zum Teil unter bewusstem Ausschluss der ärztlichen Sachverständigen, entwickelt wurden.

Der eingeschlagene Weg der Bundesregierung steuert das deutsche Gesundheitssystem in ein staatliches Rationierungssystem zu Lasten der Patienten und Ärzte. Die verfasste Ärzteschaft des Freistaates Sachsen lehnt insbesondere das durch die Koalitionsmehrheit im Deutschen Bundestag verabschiedete „Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG)“ ab. Dieses Gesetz ist nicht geeignet, Ausgabesteigerungen im Arzneimittelsektor sinnvoll zu begrenzen. Der Ausgabenanstieg ist keine Folge vom Verschreibungsverhalten der Ärzte, sondern unter anderem eine Folge der Innovation, der Gesetze und des Anstiegs der Arzneimittelpreise. Zudem ist die verfasste Ärzteschaft an der Erarbeitung dieses Gesetzes nicht beteiligt gewesen und soll es dennoch umsetzen.

■ Das geplante Bonus-Malus-System führt zur Rationierung der Versorgung der Bevölkerung, insbesondere chronisch kranker und behinderter Menschen.



Auditorium

- Das Bonus-Malus-System gefährdet die Arzt-Patienten-Beziehung in erheblichem Maße.
- Das Bonus-Malus-System wird zu einer Verschärfung des Ärztemangels führen. Dieses Gesetz ist nicht geeignet, die Finanzierung des Systems zu sichern und angemessene Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte zu schaffen.
- Das In-Kraft-Treten dieses Gesetzes muss gestoppt werden.

Forderungen der verfassten sächsischen Ärzteschaft an die Gesundheitspolitik:

- Sicherung einer patientenorientierten und individuellen Versorgungsstruktur.
- Erhalt der wohnortnahen Versorgung.
- Erhalt der wichtigen Patienten-Arzt-Beziehung.
- Sicherung der freien Arztwahl.
- Erhalt des Arztberufes als einen freien Beruf.
- Versorgungssicherheit für Patienten.
- Planungssicherheit für Ärzte.
- Leistungsbezogene Honorierung der ambulant und stationär tätigen Ärzte.
- Neustrukturierung und Modernisierung der Gebührenordnung.

- Neue Ausgestaltung der Arbeitsbedingungen und der Tarifpolitik.

Grundlage für den Erfolg einer Reform des Gesundheitswesens muss das zentrale Kriterium der Qualität der erbrachten Leistung sein. Treten dagegen ökonomische Gesichtspunkte in den Vordergrund, wie es derzeit bei leistungsbeschränkenden Budgets oder an den Risikostrukturausgleich gekoppelten Chronikerprogrammen der Fall ist, so führen die Maßnahmen nur zu einem Kampf um den niedrigsten Preis bei gleichzeitiger Rationierung der medizinischen Versorgung. Die sächsische Ärzteschaft sieht es als ihre Pflicht an, sich zum Nutzen der Patienten an der politischen Diskussion zu beteiligen. Die sächsische Ärzteschaft kann mit ihrem hohen fachlichen Wissen viele Beiträge für eine Weiterentwicklung des Gesundheitssystems leisten. In der Beantwortung der Fragen zur medizinischen Versorgung ist Ärzten Vorrang gegenüber Ökonomen einzuräumen. Ärzte sind an der Ausarbeitung weiterer Reformschritte stärker zu beteiligen und auf Landes- und Bundesebene zu hören. Es ist den immer wiederkehrenden Kampagnen gegen Ärzte entgegenzutreten.



Blick auf das Präsidium

Die Diffamierungen in der Öffentlichkeit zerstören das Arzt-Patienten-Verhältnis. Diese haben erheblich zum Verlust der beruflichen Zufriedenheit geführt und junge Ärzte zum Ausstieg aus der kurativen Medizin bewegt.

Die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer und die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen fordern die Bundesregierung nachdrücklich auf, die Vorschläge der deutschen Ärzteschaft für eine Reform des deutschen Gesundheitswesens ehrlich aufzunehmen und im weiteren der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland die Situation der gesundheitlichen Versorgung offen und sachgerecht zu vermitteln.

Das In-Kraft-Treten des Arzneimittelverordnungs – Wirtschaftlichkeitsgesetzes (AVWG) ist auszusetzen.

Die sächsischen ärztlichen Körperschaften sehen sich in der Pflicht, mit allen ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln das AVWG zu Fall zu bringen.

Diese Resolution wurde einstimmig angenommen!

Dem Beschluss ging eine historisch bedeutsame berufspolitische Tagung

voraus. Diese fand zum ersten Mal nach der politischen Wende am 8. März 2006 im Kammergebäude der Sächsischen Landesärztekammer statt. Die sächsischen Mandatsträger der Kammerversammlung trafen sich mit der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen insbesondere wegen der geplanten Bonus-Malus-Regelung zu einer aktuellen berufspolitischen Sondersitzung.

Die Begrüßung der etwa 150 sächsischen Ärzte und der Gäste erfolgte durch den Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, Herrn Professor Dr. med. habil. Jan Schulze, und dem Vorsitzenden der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, Herrn Dr. med. Stefan Windau, der gleichzeitig Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer ist. Herzlich begrüßt wurde der Staatssekretär Dr. jur. Albert Hauser vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales.

Herr Professor Dr. Schulze hatte seinen Vortrag aktuell überschrieben:

„Ärzte zwischen den Fronten – Patientenerwartungen und Gesundheitsreform“



Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze

Die Galeere „Gesundheitssystem“ steuert mit den Ärzten unter Deck in den Hafen der Rationierung. So etwa lässt sich das derzeitige Bild in Deutschland beschreiben. Doch die Proteste der letzten Wochen und diese gemeinsame Sitzung der Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer und der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen zeigen der Politik:

Wir tragen den eingeschlagenen Kurs nicht mehr mit!

Wir Ärzte haben genug von extrem schwierigen Arbeitsbedingungen und unbezahlter Mehrarbeit. Und wir wollen auch nicht länger auf dem Rücken unserer Patienten eine staatliche Rationierung durchführen müssen.

Wir wollen uns um unsere Patienten kümmern und keine Regressmedizin in Praxis und Klinik exekutieren.

Wir sind in Sorge, dass die vordergründige Ökonomisierung der Medizin eine Abwärtsspirale in Gang setzt, an deren Ende eine kommerzialisierte und seelenlose Dienstleistungsmedizin mit Kunden statt Patienten steht, die wir alle nicht gewollt haben.

Es ist ein unerhörter Vorgang, wenn auf der einen Seite unbegrenzte Leistungen

Außerordentliche Kammer- und Vertreterversammlung

versprochen und auf der anderen Seite Überstunden der Ärzte nicht bezahlt werden und das Budget immer weiter nach unten geht.

Und wir, nicht die Politik, sollen einem kranken Menschen vermitteln, dass er nicht in vollem Umfang das bekommen kann, was medizinisch sinnvoll ist. Und wir sollen politisch verordnete Einsparungen durchführen, weil die Politiker mit Blick auf die Wählerstimmen nicht den Mut dazu haben.

Prof. Hoppe, der Präsident der Bundesärztekammer, hat kürzlich gesagt: „Die statistische Rationierung ist gleichsam das verborgene Prinzip, mit dem die nur scheinbare Beitragssatzstabilität erkaufte worden ist. Im ärztlichen Alltag aber lässt sich Rationierung nicht mehr verbergen. Da steht der Arzt ganz allein in seiner Erklärungsnot – andere Verantwortliche sind dann weit und breit nicht mehr zu finden!“

Wie recht er damit hat. Doch es muss Schluss damit sein, dass Ärztinnen und Ärzte weiterhin in diesen Rationierungskonflikt getrieben werden. Die ärztliche Therapiefreiheit darf nicht durch das Dogma der Beitragssatzstabilität begrenzt werden.

Wir haben einen medizinischen Fortschritt, wir haben eine älter werdende Gesellschaft und wir haben dadurch eine erhöhte Leistungsanspruchnahme.

Wir haben aber auch eine Ärzteflucht aus Deutschland. Und die aktuelle Gesundheitspolitik wird dazu führen, dass die Menschen schlechter versorgt werden, dass das Deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich abrutscht und wir immer mehr deutsche Ärzte im Ausland wiederfinden werden. Gute Ansätze zur Gewinnung von Ärzten werden so zunichte gemacht. Und Medizinstudenten werden an unseren Hochschulen bald mehr finnisch statt englisch lernen.

Umfragen bestätigen, dass immer mehr Medizinstudenten wegen der schlechten Arbeitsbedingungen an deutschen Krankenhäusern eine Tätigkeit im Ausland oder in medizinischen Berufsfeldern

erwägen. Rund 90 Prozent der befragten Medizinstudenten sehen eine Entlastung der Ärzte von Verwaltungsaufgaben als vordringlich an. Unbezahlte Überstunden wollen 40 Prozent der Jungmediziner auf keinen Fall leisten. Auch der Trend im Ausland zu arbeiten, hält unvermindert an. Die jungen Ärztinnen und Ärzte stimmen mit den Füßen ab.

Wir Ärzte stützen maßgeblich das Gesundheitswesen mit unbezahlten Überstunden und Mehrarbeit in Höhe von 12 Milliarden Euro. Aber wird das anerkannt? Wird das honoriert? Im Gegenteil: Es wird als selbstverständlich vorausgesetzt.

Eine staatliche „Hauptsache-Billig-Mentalität“ hat schon einigen Schaden angerichtet. Und die Politik setzt noch einen drauf: Mit staatlich verordneten Dumpingsätzen für privatärztlich erbrachte Leistungen sollen offensichtlich auch die Honorarsätze nach unten nivelliert werden. Dieser staatsmedizinische Ansatz demonstriert unser Gesundheitswesen und zementiert den Ärztemangel.

Deshalb brauchen wir wieder mehr Anerkennung und mehr Freiheit für den Arztberuf.

Wir müssen deshalb von der Politik fordern:

Weg mit der Nivellierung!

Weg mit der Malus-Regelung!

Weg mit der Bürokratie!

Weg mit der Leistungsrationierung!

Wir müssen Wege finden, dass dieser Sparwahn zu Lasten unserer Patienten nicht weitergeht. Wir müssen Wege finden, dass Ärzte nicht dafür bestraft werden, wenn sie ihre Patienten nach bestem medizinischem Wissen und Gewissen behandeln. Die geplante Malus-Regelung bei der Verordnung von Arzneimitteln wird uns aber genau dahin führen. Denn Ärzte sollen mit Honorareinbußen bestraft werden, wenn sie staatlich festgesetzte Verordnungsmargen überschritten haben. Das werden wir nicht akzeptieren: Keine Ärztin, kein Arzt darf dafür bestraft werden, dass er dem Patienten notwendige

und zweckmäßige Arzneimittel ausreichend verordnet. Alles andere ist inhuman und auch gesetzeswidrig!

Die Politik glaubt offensichtlich, Ärzte würden nicht verantwortungsvoll verordnen. Welches Arztbild, liebe Kolleginnen und Kollegen, liegt einer solchen Unterstellung zugrunde? Doch wohl ein von unerträglichem Misstrauen geprägtes Arztbild. Das ist das von Politikdefätisten über Jahre gezeichnete Bild vom schlecht qualifizierten, besser verdienenden Arzt, dem die Patienten nur mit allergrößter Skepsis begegnen dürfen. Dabei hat die Ausgabensteigerung bei Arzneimitteln trotz allem doch ganz andere Ursachen. Aber die Politik kann die Preissteigerungen für Medikamente nicht verhindern, also spart sie bei den Leistungsursachern: Den Ärzten.

Die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit der Ärztinnen und Ärzte beträgt weit mehr als die vom Bundesministerium für Gesundheit in einem Eckpunktepapier behaupteten 46 Stunden. Die Politik ist nicht wirklich im wahren Leben angekommen, wenn Sie nach wie vor völlig ignoriert, dass die meisten unbezahlten Überstunden gar nicht registriert werden. Die Krankenhausärzte leisten pro Jahr rund 50 Millionen Überstunden im Wert von einer Milliarde Euro, die überwiegend nicht vergütet werden. Diese Wirklichkeit der Arbeitswelt sollten gerade die Vertreter der SPD nicht weiter ignorieren. Altersbedingte Abgänge machen schon heute einen Ersatzbedarf von über 40.000 Ärzten in den nächsten fünf Jahren notwendig. Hinzu tritt der bereits bestehende Nachwuchsmangel im Krankenhausbereich und in der hausärztlichen Versorgung.

Bedingt durch die Altersentwicklung unserer Gesellschaft sowie durch den medizinischen Fortschritt ist die Inanspruchnahme im ambulanten wie stationären Sektor signifikant gestiegen. Im stationären Bereich haben wir trotz einer Reduktion der Verweildauer von 12,5 Tagen auf 9,7 Tagen eine Erhöhung der Fallzahlen von 15 Mill. im Jahre 1993 auf

17 Mill. im Jahre 2000 – also eine enorme Arbeitssteigerung und Leistungsverdichtung.

Die Differenz zwischen der Soll- und Ist-Vergütung in der Gesamtheit der Kassenärztlichen Vereinigungen der vertragsärztlichen Versorgung im Jahr 2004 beträgt 7,9 Milliarden Euro. Diese Situation ist ein wesentlicher Grund für nachlassende Investitionen in moderne Medizintechnik, für Entlassungen von Praxispersonal, für Berufsunzufriedenheit und Nachwuchsmangel.

Der politische Kurs bringt uns Ärzte zwischen Patientenerwartungen, medizinischen Fortschritt und Rationierung. Die Arbeitsbedingungen in der Klinik und die Wirtschaftlichkeit einer Arztpraxis werden zunehmend schlechter. Wir können die gute Patientenversorgung, wofür Deutschland auch im Ausland bekannt ist, so nicht mehr gewährleisten. Die Patienten spüren das bereits heute.

Deshalb fordern wir die Bundesregierung auf:

- die ärztliche Tätigkeit nicht weiter zu diffamieren,
- Maßnahmen zur Entbürokratisierung einzuleiten,
- eine wirkliche Reform der GOÄ auf den Weg zu bringen,
- die Vergütung der ärztlichen Tätigkeit am Maßstab der tatsächlich erbrachten Leistungen zu bemessen,
- die Einnahmehasis der Gesetzlichen Krankenversicherung zu verbessern und
- eine Reform des Gesundheitssystems nicht allein auf dem Rücken von Ärzten und Patienten auszutragen.



Dr. med. Klaus Heckemann

Der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, Herr Dr. med. Klaus Heckemann, sprach zu dem Thema **„Harz IV und Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz Folgen für Ärzte und Patienten“**

Wäre das Gesundheitssystem ein Patient und der Gesetzgeber der behandelnde Arzt, wäre mittlerweile eines gewiss: Der Patient liegt im Koma und muss intensivtherapeutisch versorgt werden und dem Arzt schiene es nicht besser zu gehen. Einschätzungen zu beider Überlebenschancen hätten sicherlich Wahrsagerqualität. Die Angehörigen müssten sich aber wohl auf das Schlimmste gefasst machen.

Dabei hatte der Kranke sich seinerzeit lediglich mit allgemeinem Unwohlsein vorgestellt. Schnell war damals die Diagnose gestellt: Geldmangel. Ursache: Überbelastung, nicht zuletzt infolge früheren ausschweifenden Lebens. Sicherlich: Eine Tendenz zur chronischen Erkrankung war schon damals zu befürchten. Aber eine Entwicklung zum Pflegefall mit schwerwiegender pekuniärer Anämie und Kachexie sowie daraus resultierender Globalinsuffizienz?

Die Diagnose mag bezüglich der Sekundärfolge richtig gewesen sein, die zahlreichen legislativen Therapien haben jedoch bis zum heutigen Tage nicht angeschlagen, bestanden sie doch vor allem in einer Erhöhung des peripheren Widerstandes (und das in doppelter Bedeutung). Und dabei hatten die bisherigen Therapieformen eindrucksvolle Namen und hehre Ziele:

Gesundheitsreformgesetz
Gesundheitsstrukturgesetz
Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz.

Man muss kein Mediziner sein, um zu wissen, dass eine fehlgeschlagene Behandlung zum Überdenken des Therapieansatzes zwingen sollte. Die Bundespolitik bleibt jedoch auch aktuell dabei: Sparen um jeden Preis, Sparen auf Teufel komm raus.

Nur den betroffenen Bürgern möglichst keinen reinen Wein einschenken. Sind wir in den Augen des Gesetzgebers bereits geistig soweit retardiert, dass man meint, wir würden unliebsame Wahrheiten niemals erkennen können? Lange genug hat man dem Wahlvolk einreden wollen: Die Rente ist sicher!

Will man denn den gleichen Fehler jetzt bewusst wieder machen? Diesmal soll nach Weisung der Politik unter dem Namen „Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz“ (AVWG genannt) gespart werden. Auch wenn das Gesetz noch zahlreiche weitere Patienten, Pharmaindustrie, Kassen und Apotheker treffende Details enthält, möchte ich mich auf die Arzneimittel-Bonus-Malus-Regelung konzentrieren, da sie massiv das Verhältnis zu unseren Patienten belasten wird. Machen wir uns eines in aller Deutlichkeit bewusst: Man kann mit diesem Gesetz sparen, aber um welchen Preis! Die noch zu erlassenden Durchführungsbestimmungen werden zu einem bürokratischen Monster werden, welches kein praktisch tätiger Arzt mehr durchschauen kann.

Wie wird er also reagieren? Im günstigsten Fall gar nicht – dann aber mit der

Außerordentliche Kammer- und Vertreterversammlung

Gefahr einer existenzbedrohenden Auswirkung für ihn. Oder aber durch generelle Verwendung hoher Dosierungen und für den Patienten nicht mehr praktikable multiple Tablettenteilungen. Im Verzweiflungsfall durch Ordnungsverweigerung. Es darf darüber spekuliert werden, welche dieser Reaktionen sich der Gesetzgeber wohl wünschen mag.

Wie Sie wissen, existieren allerdings in Sachsen Arzneimittelbonusvereinbarungen mit der AOK und der IKK. Denn auch uns war klar, dass Einfluss auf die Ausgabenentwicklung für Arzneimittel genommen werden muss. Immerhin konnten durch die Vereinbarung mit der AOK im Jahre 2004 18 Mio. EUR bei den Arzneimittelausgaben gespart werden. Dabei stand für uns von vornherein fest, dass dies nur über eine Bonusregelung erfolgen kann.

Hierfür sprachen im Wesentlichen folgende Gründe:

Die bonusauslösenden Sparmechanismen können nur komplex sein, denn es sind vielerlei Dinge zu berücksichtigen: Die Auswahl von Wirkstoffgruppen, die sich aufgrund ihrer Ordnungshäufigkeit überhaupt eignen. Die Bestimmung der Fachgruppen, deren Beteiligung Sinn macht. Ganz besonders schwierig erwies sich die Festlegung des Modus zur Berechnung der Boni. Die generelle rechtliche Unsicherheit der Bezugsgröße DDD war bekannt, kann aber bei einer ausschließlichen Bonusregelung hingenommen werden. Die Problematik der Preisbereinigung bei Kombinationspräparaten ist hochkomplex und letztlich nur durch sehr pragmatische – dann aber natürlich nicht mehr rechtssichere – Lösungen beherrschbar. Der vom Gesetzgeber nun noch eingeführte Indikationsbezug klingt gut, es gibt aber rein technisch dafür überhaupt keine Umsetzungsmöglichkeit und wahrscheinlich wird er der juristische Sargnagel sein. Sollte er das vielleicht?

Bei einer Bonusregelung sind all die genannten Probleme lösbar. Denn ein Bonus ist eine Sondervergütung, eine

Gutschrift, also eine außerordentliche Zuwendung für den Aufwand des Arztes, bisherige Ordnungsstrategien zu überdenken und gegebenenfalls umzustellen. Ein Bonus kann deshalb nicht ohne weiteres beansprucht werden. Eine Nichtgewährung greift nicht in bestehende Rechtspositionen ein.

Ganz anders verhält es sich bei einer Malusregelung:

Das „Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz“ (AVWG) sieht massive Sanktionen im Falle der Überschreitung der Ordnungsgrenzwerte vor.

Einzelregresse können einer juristischen Überprüfung jedoch nur standhalten, wenn

die Voraussetzungen, an die sie geknüpft sind, rechtlich wasserdicht sind. Zum anderen führt ein solcher Malus zu angstgesteuerten Reaktionen. Das heißt, dem Patienten wird unter Umständen eine für ihn notwendige teurere Therapie verweigert oder es werden für ihn weniger hilfreiche oder mit Nebenwirkungen behaftete Präparate verordnet. – Das darf nicht geschehen! Zwei Bedingungen müssen nach dem Gesetz noch erfüllt sein, damit die Malusregelung zum Tragen kommen kann: Es darf keine Vereinbarung zwischen Landes-Kassenärztlicher Vereinigung und Kassen geben, die durch eine Kollektivhaftung die Malusregelung abkauft. Davon können die sächsischen Ärzte aber

mit 100 prozentiger Sicherheit ausgehen! Außerdem muss es bis zum 30. September zu einer Vereinbarung zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Spitzenverbänden zu DDD-Zielkosten kommen. Ich bin mir recht sicher, dass dies von Seiten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nicht erfolgt. Dann ist es die Aufgabe des Bundesschiedsamtes, die Zielwerte festzusetzen. Und um diese Aufgabe ist es nicht zu beneiden! Sollte die Malusregelung die zuletzt genannte Hürde nehmen, bin ich mir absolut sicher, dass die Anwendung der Malusregelung zu einer Flut von Klagen führen wird. Und ich bin mir auch sicher, dass viele der Klagen Erfolg haben werden.

Ich hatte gehofft, dass es dem Gesetzgeber bewusst ist, dass Strafaktionen gegen Ärzte nicht die Basis für rationelles Verordnen sein können. Hierauf habe ich persönlich aber auch viele Kassenvertreter, das Bundesministerium für Gesundheit und zahlreiche Mitglieder des Gesundheitsausschusses des Bundestages im Vorfeld hingewiesen. Über das Funktionieren und die Akzeptanz der sächsischen Arzneimittelbonusvereinbarungen waren zahlreiche Volksvertreter hinreichend informiert. All dies hat jedoch nichts genützt.

Der Gesetzgeber hat offenbar nicht ansatzweise Skrupel, das Arzt-Patienten-Verhältnis weiteren Restriktionen auszusetzen und es zu belasten – vielmehr scheint ihm dies wohl eher ein besonderes Bedürfnis zu sein. Wie eingangs erwähnt, sind wir seit Jahren den unterschiedlichsten politischen Vor- und Maßgaben ausgesetzt. Und wie bereits festgestellt, konnte der Geldmangel auch durch diverse Sparzwänge zulasten der Ärzteschaft nicht abgestellt und Negativentwicklungen nicht Einhalt geboten werden.

Eines hat der Normgeber allerdings erreicht:

Der Arztberuf verliert immer mehr an Attraktivität. Anders lässt es sich nicht erklären, dass trotz hoher Studentenzahlen die Nachfrage nach einer freiberuffli-

chen Tätigkeit als Arzt immer weiter sinkt. Es sind nicht nur die unzureichenden Verdienstmöglichkeiten, sondern auch die Drangsalierung der Ärzte durch immer neue Zwänge, wie eben die Malusregelung.

Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen erklärt an dieser Stelle, dass sie sämtliche juristischen Möglichkeiten ausschöpfen wird, die Ärzte dabei zu unterstützen, das Gesetz juristisch zu Fall zu bringen. Seien wir also doch ein wenig optimistisch.

Leider gilt offensichtlich wieder einmal der Spruch:

„Wer die Macht hat, hat das Recht“.

Aber es gibt ja auch noch den Begriff „Pyrrhussieg“!

Herr Dr. med. Stefan Windau referierte über die Thematik

„Gesundheitspolitische Vorhaben des Bundesgesundheitsministeriums – Eckpunktepapier, Gesetzentwürfe“

Ambulant wie stationär tätige Ärzte und Psychotherapeuten, Haus – und Fachärzte, hier und heute die sächsischen Ärzte, sind in großer Sorge um das Wohl der Patientenversorgung und das der ärztlichen Berufsausübung – einer Berufsausübung in Freiheit und Verantwortung. Die Politik soll diese erste gemeinsame Versammlung der Mandatsträger von Sächsischer Landesärztekammer und Kassenärztlicher Vereinigung Sachsen begreifen als das

was es ist, als ein Zeichen der Geschlossenheit der sächsischen Ärzteschaft und als ein Zeichen der Entschlossenheit, dass wir nicht mehr willens und bereit sind, den von der Politik beschrittenen Weg mitzugehen und die sich daraus ergebenden Folgen mitzutragen und mitzuverantworten!

Die ersten 100 Tage der schwarz-roten Koalition sind vorbei, die Konturen für die Gestaltung einer nachhaltigen, zukunftssichernden und demographiefesten Finanzierung unseres Gesundheitssystems sind bestenfalls vage erkennbar. Die führenden Koalitionspolitiker haben sich darauf geeinigt, zunächst diesbezüglich erst einmal gar nichts zu sagen – die Landtagswahlen am 26. März 2006 fest im Blick. Man verschafft sich aber nur zeitlich etwas Luft und verschleiert, dass man den Weg aus den ideologischen Bunkern – Bürgerversicherung versus Kopfpauschale – noch immer nicht gefunden hat. Derweil haben praxisunerfahrene und zweifelsfrei auch praxisuntaugliche Harvardabgänger und andere ihre Chance.

Aber auch die Bundesgesundheitsministerin nutzt die Gelegenheit, all das wieder auf die gesetzgeberische Tagesordnung zu setzen, was im Rahmen des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes (noch) nicht durchsetzbar war, als der derzeitige Koalitionspartner sich noch in der Opposition befand.

Außerordentliche Kammer- und Vertreterversammlung



Dr. med. Stefan Windau

Zu den „Gesundheitspolitischen Vorhaben in der 16. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages“, verfasst von Frau Gudrun Schaich-Walch, Parlamentarische Staatssekretärin a. D., gehören:

Bezüglich der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung wird festgestellt: „Realistischerweise wird sich die Bürgerversicherung auch in einer großen Koalition nicht durchsetzen lassen. Bei der großen Koalition stehen sich mit Bürgerversicherung und Kopfpauschale/-prämie zwei grundsätzliche Alternativen gegenüber, die sich neutralisieren dürften. Da von allen Parteien Handlungsbedarf bei der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung gesehen wird und keines der vorgelegten Modelle bei einer großen Koalition verwirklicht werden dürfte, ist ein dritter Weg bei der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung als politischer Vorschlag notwendig“.

Dies ist sicherlich eine realistische Einschätzung, und es fällt nicht schwer anzunehmen, dass Kernelemente unseres bisherigen Funktionsprinzips der Gesetzlichen Krankenversicherung letztlich erhalten bleiben werden, da jedes andere Modell das Spannungsfeld von Demographie, medizinischem Fortschritt und ver-

fügbaren Ressourcen auch nicht wirklich auflösen kann. Leider bietet das Positionspapier ansonsten neben einigen guten Gedanken wenig erfreuliches. Es bedient alte Klischees, fordert mehr Einzelverträge, mehr de facto Preiswettbewerb und die Hebung von Wirtschaftlichkeitsreserven etc. – viel wichtiger aber, es bildet die Grundlage für das Eckpunktepapier aus dem Bundesministerium für Gesundheit, was wiederum die Leitlinie für die aktuellen Gesetzesvorhaben des Hauses Schmidt darstellt.

Ziel der Bundesgesundheitsministerin war und ist es, die Eckpunkte so in Gesetze umzusetzen, wie ursprünglich formuliert, alles andere ist nur ein taktischer Rückzug.

Die Liberalisierung des Vertragsarztrechtes wurde von der Ärzteschaft seit langem gefordert. Sie ist notwendig, um den Vertragsärzten Chancengleichheit mit den vom Bundesministerium für Gesundheit implementierten Versorgungszentren zu ermöglichen und um im Wettbewerb auch mit großen Gesundheitskonzernen etc. bestehen zu können.

Im Gegensatz aber zu dem vom Bundesministerium für Gesundheit im August 2005 vorgelegten ersten Entwurf, der viele vernünftige Ansätze hatte, schnürt Ulla Schmidt nun im Vollgefühl der erhaltenen und gestärkten Macht ein ganzes Paket, welches weit über die beabsichtigte Liberalisierung des Vertragsarztrechtes hinausgeht und bei Umsetzung schlimme Konsequenzen hätte.

So war beabsichtigt, derzeit zurückgenommen, Medizinische Versorgungszentren in Form juristischer Personen in die Kassenärztliche Vereinigung als Mitglieder aufzunehmen. Kassenärztliche Vereinigungen aber sind als ärztliche Selbstverwaltung Vertreter von Ärzten und Psychotherapeuten, nicht aber von Gesundheitskonzernen. Die Funktionsfähigkeit der Selbstverwaltung wäre gefährdet, wenn gar Eigeneinrichtungen der Krankenkassen auf beiden Seiten sitzen könnten. Die weitere Demontage der Selbstverwaltung ist das beabsichtigte Ziel.

Geplant ist auch die Aussetzung der Regel, das einem Vertragsarzt die Kassenzulassung mit 68 Jahren entzogen wird, gleiches gilt für die Niederlassungsgrenze mit 55 Jahren. Dies jeweils aber nur in Bezirken mit festgestellter Unterversorgung – dies ist ordnungspolitisch unsinnig. So entstehen neue Unsicherheiten. Entweder man belässt die Altersgrenzen oder man schafft sie ab, dann aber generell!

Zur Behebung regionaler Versorgungsengpässe soll den Aufsichtsbehörden die Möglichkeit eingeräumt werden, unabhängig von einer Unterversorgungsfeststellung durch den Landesausschuss nach erfolgloser Aufforderung der Kassenärztlichen Vereinigung den Sicherstellungsauftrag auf die Kassen insoweit zu übertragen, als dass diese durch Abschluss von Einzelverträgen diese Lücken zu schließen haben – mit wem, ist nicht spezifiziert. Die Gesundheitskonzerne lassen grüßen. Es ist geradezu widersinnig, wenn eine Kassenärztliche Vereinigung erst bei der durch den Landesausschuss festgestellten Unterversorgung Stützungsmaßnahmen anwenden darf, eine Landesbehörde jedoch die Krankenkassen unabhängig von der Feststellung von Unterversorgung damit beauftragen kann.

Entscheidend aber ist etwas ganz anderes: Die den Krankenkassen durch Abschluss dieser Verträge entstehenden Kosten sind den Kassenärztlichen Vereinigungen in Rechnung zu stellen! Dies wäre ein Vertrag zu Lasten Dritter, der die Gesamtvergütung der Vertragsärzteschaft um so mehr schmälert, je mehr lukrative Einzelverträge abgeschlossen werden. Dies ist ein Schlag ins Gesicht der Vertragsärzteschaft! Ist das etwa ein Ansatz zur strukturellen Beseitigung des existierenden und entstehenden Ärztemangels? Die Politik muss endlich die Ursachen für die Frustration so vieler Kollegen beseitigen statt neue zu schaffen. Ehrliche und durchdachte Lösungen statt Flickschusterei!

Die beabsichtigte Aufhebung des Vergütungsabschlages bei privatärztlichen Leistungen in den neuen Bundesländern ist überfällig und zu begrüßen, wird aber

die Probleme der Unterfinanzierung im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung-Ost nicht ansatzweise ausgleichen können, schlicht mangels Masse. Vorbehaltlich der noch nicht abgeschlossenen verfassungsrechtlichen Zulässigkeitsprüfung sollte auch die Behandlungspflicht für privatärztliche Personen zu abgesenkten Gebührensätzen implementiert werden – was derzeit wieder zurückgenommen wurde, an sich aber eine Zumutung und das Eingeständnis einer über Jahrzehnte verfehlten und versäumten Rücklagenbildung bei den Beihilfestellen des Staates für die Beamtenversorgung ist. Die im Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG) enthaltenen Fristen zur Vergütungsreform – Erprobung der Vergütungsreform zum 1. Januar 2006 und Echteinführung zum 1. Januar 2007 – werden nach dem Eckpunktepapier „jeweils um mindestens ein Jahr nach hinten verschoben“. Das bedeutet wieder eine Verlängerung der Budgets und für niedergelassene Ärzte als Angehörige eines freien Berufes weiterhin keine Investitions- und Kalkulationssicherheit. Das Honorarbudget muss endlich abgelöst werden. Die immer weitere Verzögerung einer vernünftigen Vergütungssystematik ist gleichermaßen durchsichtig, würdelos und demütigend. Die Politik fordert immer Transparenz. Soll sie diese doch

schaffen, nämlich mit einer Vertragsgebührenordnung in Euro, nachvollziehbar für Patienten, Ärzte, Kostenträger und die Politik. Vor dieser Transparenz hat aber wohl der Angst, der sie immer fordert, nämlich die Politik selbst!

Derzeit – in Ermangelung grundsätzlicher Konzepte – opfert sie auf dem Altar der tagespolitischen Opportunität – der Beitragssatzstabilität – vieles von dem, was sich bewährt hat und nimmt billigend die weitere Belastung der Arzt-Patienten-Beziehung in Kauf. Die mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz initiierten tiefgreifenden Veränderungen in der Versorgungslandschaft wurden mit keinerlei Begleitforschung staatlicherseits flankiert – die Regierung hat dafür nicht einen Euro ausgegeben.

Im Satz 1 des Abschnittes Gesundheit des Koalitionsvertrages steht: „Wir haben ein modernes, wir haben ein leistungsfähiges Gesundheitswesen“, an anderer Stelle: „Wir haben ein qualitativ hochwertiges Gesundheitswesen, auch im internationalen Vergleich“. Dies stimmt heute noch, doch ist die Politik auf breiter Front dabei, ihrer eigenen Feststellung die Grundlage zu entziehen!

Eines soll und muss hier auch heute klar zum Ausdruck kommen: Die sächsischen Vertragsärzte kennen die Probleme und die teils sehr schwierigen Arbeitsbedin-

gungen wie auch die unzureichende Vergütung der stationär tätigen Kollegen. Die Vertragsärzte solidarisieren sich mit den Ärzten in den Universitätskliniken und in den Krankenhäusern. Sie unterstützen insbesondere ihre Forderungen nach einer gerechten und adäquaten Vergütung sowie nach menschlichen Arbeitsbedingungen.

**Statement des Staatssekretärs des
Sächsischen Ministeriums für Soziales,
Herr Dr. jur. Albert Hauser**

Ich nehme aus Sicht der Staatsregierung zu einigen Punkten Stellung. Ich werde insbesondere auf folgende Bereiche eingehen:

- I. Zur ärztlichen Vergütung
- II. Zum Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung (AVWG)
- III. Zum Eckpunktepapier des BMG
- IV. Zur Finanzierung der GKV
- V. Zu den Auswirkungen von „HARTZ IV“
- VI. Zur Überwindung von „Sektorengrenzen“.

I. Zur ärztlichen Vergütung

Die Mängel im ärztlichen Vergütungssystem sind mit verantwortlich für den sich abzeichnenden Ärztemangel in Sachsen. Die pauschale Fortschreibung des Budgets verhindert eine bedarfsorientierte Versorgung.

Außerordentliche Kammer- und Vertreterversammlung



*Dr. jur. Albert Hauser, Staatssekretär des
Sächsischen Ministeriums für Soziales*

Der Freistaat Sachsen setzt sich daher gegenüber dem Bund für die Belange der Ärzte ein und fordert die Abschaffung der pauschalen Budgetierung. Er setzt sich ein für ein gerechtes und transparentes Honorierungssystem. Das bedeutet im Einzelnen zumindest dreierlei:

- Die Honorierung muss leistungsgerecht sein, das heißt sie muss den erbrachten Leistungen entsprechen, so weit sie erforderlich sind.
- Die Honorierung muss für den einzelnen Arzt kalkulierbar sein, das heißt er muss vorab wissen, wie viele Leistungen er zu Lasten der Krankenkassen erbringen kann.
- Die Honorierung muss transparent sein, das heißt es soll nachvollziehbar sein, nach welchen Kriterien abrechenbare Leistungsmengen zugestanden werden.

Die Umstellung der Gesamtvergütung auf feste Preise und auf vorher bekannte, mit nachvollziehbaren Kriterien bestimmte Leistungsmengen bis zur Praxisebene ist bereits Gesetz. Die Bundesregierung hält trotz der bei der Umsetzung eingetretenen Verzögerung an der Konzeption fest. Der Freistaat Sachsen unterstützt sie dabei. Wir werden das Gesetzgebungsverfahren begleiten und darauf hinwirken, dass die

Transparenz gewahrt bleibt. Wir werden uns auch dafür einsetzen, dass der Gesichtspunkt der Praktikabilität und der bürokratischen Belastungen der Ärzte berücksichtigt wird.

Bei allem Verständnis für den Wunsch der Ärzte nach angemessener Entlohnung können wir allerdings nicht akzeptieren, dass viele Praxen auf eine Notversorgung zurückgefahren werden, sobald der Praxisinhaber sein Budget ausgeschöpft hat. Solche Praktiken verstoßen gegen Landesrecht. Die Gesamtvergütung ist ein Entgelt für die volle Leistung, die den Patienten nicht vorenthalten werden darf.

II. Das Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung

Hauptprobleme beim „Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) sind aus unserer Sicht – das heißt aus Sicht des Sozialministeriums – neben der Bonus-Malus-Regelung die neuen Festbetragsregelungen und das Verbot der Naturalrabatte bei der Arzneimittelversorgung der Krankenhäuser.

Aufgrund der Bonus-Malus-Regelung könnten die Patienten den Eindruck gewinnen, dass die Verschreibungspraxis der Ärzte in erster Linie durch die gesetzlichen Vorschriften motiviert ist und nicht durch das medizinisch Erforderliche. Das Vertrauen des Patienten in seinen Arzt ist bei dieser Bonus-Malus-Regelung in besonderem Maße gefährdet, weil der verschreibende Arzt sein eigenes Einkommen direkt durch seine Verschreibung maßgeblich beeinflusst. Er verdient daran, wenn er seinen Patienten das Billigste verschreibt.

Eine Bonus-Malus-Regelung bringt den Arzt in einen moralischen Zwiespalt zwischen medizinischer Motivation für seine Patienten und ökonomischer Motivation für sein eigenes Nettoeinkommen und für die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung.

Mit den neuen Festbetragsregelungen sollen auch Natural-Rabatte für Apotheken und Krankenhäuser entfallen. Dies wird

Druck auf die DRG's in den Krankenhäusern bedeuten.

Zu begrüßen ist dagegen, dass die Krankenkassen die Möglichkeiten erhalten, durch Verzicht auf Zuzahlungen gezielt Sparanreize zu setzen. Es wäre zu prüfen, ob eine solche differenzierte Steuerung die pauschale Senkung von Festbeträgen ersetzen könnte.

Allerdings bleibt abzuwarten, wie der Bundesrat in seiner Sitzung übermorgen entscheiden wird. Das Sächsische Kabinett jedenfalls hat in seiner gestrigen Sitzung beschlossen, sich im Bundesrat bei der Frage der Anrufung des Vermittlungsausschusses der Stimme zu enthalten. Nachdem das Gesetz nicht zustimmungsbedürftig ist, hat der Bundesrat ohnehin nur eine Einspruchsmöglichkeit.

III. Eckpunktepapier des BMG zur kassenärztlichen Versorgung

Das Eckpunktepapier enthält im wesentlichen Deregulierungsvorschriften bei der kassenärztlichen Versorgung:

So soll die Anstellung von Ärzten in Praxen ebenso erleichtert werden wie die Bildung auch überörtlicher Praxisgemeinschaften und die Flexibilisierung der beruflichen Tätigkeit von Ärzten.

Für Problemregionen sind weitere Erleichterungen vorgesehen.

Die im GKV-Modernisierungsgesetz vorgesehene, aber bisher nicht umgesetzte Reform der ärztlichen Vergütung wird weiter verfolgt. Das Verfahren wird erleichtert. Zusätzlich werden Sicherungsmaßnahmen für den Anteil der hausärztlichen Versorgung eingeführt.

Die Haftung für Verbindlichkeiten bei der Schließung von Krankenkassen wird generell auf die Spitzenverbände verlagert. Diese Regelung ist problematisch, weil dies Anlass gibt zum Aufbau einer zentralen Überwachung und Steuerung. Faktisch sind aber nur die Betriebskrankenkassen betroffen, weil sonst überall Kasse und Landesverband übereinstimmen. Trotz vieler problematischer Einzelfragen weist das Eckpunktepapier für Sachsen in die richtige Richtung, weil wir auch

positive Effekte einiger Neuregelungen zur Bewältigung der Problematik des drohenden Ärztemangels erwarten. Wir müssen allerdings im einzelnen die Entwicklung beobachten.

IV. Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung

Leider ist bei der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung beim Bund (noch) keine klare Richtung zu erkennen.

Auch die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vorgelegte Konzeption bietet wenig konkrete Alternativen. Es ist für eine Organisation von Leistungserbringern legitim, ausreichende Kapazitäten und angemessene Entlohnung zu fordern. Es wird auch richtig erkannt, dass die Bereitstellung der Mittel die Versicherten nicht überfordern soll und auch der nachfolgenden Generation keine Schuldenberge aufbürden soll – wobei letzteres wohl nirgends droht. Der Verweis auf das eher nachrangige demographische Problem und die Worthülse „Abkopplung vom Erwerbseinkommen“ sind für eine zukunftsweisende Konzeption zu wenig. Der Forderung nach Stärkung der gemeinsamen Selbstverwaltung und die Kritik an planwirtschaftlichen Kostendämpfungsinstrumenten gehen in die richtige Richtung. Allerdings ist nicht zu erkennen, wie die Kassenärztliche Vereinigung mit alternativen Angeboten umgeht, zum Beispiel mit der Integrierten Versorgung. Wir begrüßen aber die Einführung eines Vertragssystemwettbewerbs, in dem der Kollektivvertrag den Vergleich mit anderen Vertragsformen um eine flächendeckende, wohnortnahe und qualitativ hochwertige Versorgung offensiv einfordert. Im Freistaat Sachsen sind wir naturgemäß in Finanzierungsfragen noch stärker involviert als die Kassenärztliche Vereinigung. Eine Finanzierungsreform soll die Finanzierung der Krankenkassen stabilisieren und die Qualität sichern; sie soll auch im Einklang mit den Erfordernissen des Arbeitsmarkts und des Staatshaushalts stehen.

Ich will aber warnen vor der Vorstellung, dass eine Finanzierungsreform alle Steuerungs- und Rationierungsmechanismen überflüssig machen und dazu noch neue Wachstumsmärkte öffnen könnte. Eine Finanzierungsreform kann bestenfalls einige Reibungsverluste vermeiden, das Problem der Knappheit wird sie nicht aus der Welt schaffen.

Wir erwarten jetzt konkrete Schritte in mindestens folgenden drei Punkten:

- die Abkopplung der Krankenversicherungsbeiträge vom Arbeitslohn
- ein klares Signal in Richtung auf Nachhaltigkeit durch Steuerfinanzierung der Kosten für Kinder in der Krankenversicherung;
- und wir erwarten, dass auf die nicht nur finanziell zu verstehende Selbstverantwortung der Versicherten hingewirkt wird.

V. Auswirkungen von „HARTZ IV“

Der Übergang zahlreicher bisher selbstversicherter Arbeitslosenhilfebezieher in die Familienversicherung belastet die ärztliche Vergütung zusätzlich. Aber auch die Krankenkassen sind durch den Wegfall von Beiträgen belastet. Im Moment ist noch unklar, inwieweit das geltende Recht eine Kompensation des Effekts ermöglicht. Die unklare Rechtslage gibt den Aufsichtsbehörden allerdings einen Interpretationsspielraum bei der Bewertung von Vergütungsvereinbarungen. Dies hat auch das Sozialministerium bei den Abschlüssen der landesunmittelbaren Kassen genutzt. Grundsätzlich ist jedoch eine gesetzliche Korrektur wünschenswert.

VI. Überwindung der Sektorengrenzen

Die medizinische Versorgung entwickelt sich derzeit in Richtung „Auflösung bisheriger Regeltypen“. Die Gesetzgebung des Bundes hat richtige Schritte eingeleitet hin zur stärkeren Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung, zur Öffnung der Betriebsformen und zu den Medizinischen Versorgungszentren.

Solche Formen sind schon im Hinblick auf die Sicherung der Versorgung in strukturschwachen und dünn besiedelten Regionen absolut notwendig.

Für nicht sinnvoll halten wir allerdings den Vorschlag der Bundesregierung, den Medizinischen Versorgungszentren als Institution die Mitgliedschaft in der Kassenärztlichen Vereinigung einzuräumen und die in den Medizinischen Versorgungszentren angestellten Ärzte davon auszuschließen.

Der Grundgedanke ist nachvollziehbar: Wer an der Versorgung teilnimmt, und das sind als fachliche Verantwortliche und als finanziell Betroffene die Institutionen und nicht deren Angestellte, soll auch in der Selbstverwaltung mitwirken. Allerdings kommt es im Zug der Auflösung überkommener Versorgungsformen sehr schnell zu Interessenskonflikten. Nicht nur, dass Gesellschafter in ganz anderem Umfang mit niedergelassenen Ärzten konkurrieren als diese untereinander; auch die in der Kassenärztlichen Vereinigung auszugleichenden Interessen würden inhomogener und damit die Arbeit der Kassenärztlichen Vereinigung schwieriger. Vor allem aber besteht die Gefahr, dass solche Institutionen auf verschiedenen Sektoren aktiv sind und damit fremde Interessen in die Kassenärztlichen Vereinigung hereintragen. So wie der Gesetzgeber verhindert, dass Leistungsanbieter im Gesundheitswesen Betriebskrankenkassen gründen, so muss er auch verhindern, dass Anbieter, die nicht an Sektorgrenzen gebunden sind, in der Selbstverwaltung beteiligt werden.

Wir erwarten jedoch von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen Neutralität bei der Umsetzung der Integrierten Versorgung. Das ist nicht der Fall, wenn niedergelassene Ärzte, die an der IV teilnehmen, durch eine von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen initiierte Regelung deswegen ihr Regelleistungsvolumen gekürzt bekommen.

Außerordentliche Kammer- und Vertreterversammlung



Torsten Granzow

Ich habe Ihnen die Position der Staatsregierung zu einigen aktuellen Punkten erläutert.

Ich habe Ihnen zum einen einige Impulse geben wollen zu aktuellen Themen; zum anderen möchte ich jetzt Ihren Diskussionen zuhören.

Was ich Ihnen verspreche, ist: Wir werden gemeinsam versuchen, den richtigen sächsischen Weg zu finden. Als Beweis dieser Partnerschaft bin ich heute Abend gerne gekommen.



Dr. med. Thomas Lipp



Dr. med. Hans-Jürgen Schuster

Diesem Referat folgte eine lebhafte Diskussion.

Die Schwerpunktthemen waren:

- Sicherung der Unabhängigkeit und der Freiberuflichkeit der niedergelassenen und angestellten Ärztinnen und Ärzte und der ärztlichen Mitarbeiter im öffentlichen Dienst,
- normale Arbeitszeit und international konkurrenzfähige Gehälter für alle Ärzte,
- Abschaffung des monströsen und überflüssigen Bürokratismus,
- Sicherung einer hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung in allen Bundesländern,
- Ende der Budgetierung ärztlicher Leistungen,
- Ablehnung einer staatlich diktierten Listenmedizin,
- Ablehnung jeglicher Kopplung des Verordnungsverhaltens der Ärzte an ihre Vergütung,
- strikte Ablehnung der Bonus-Malus-Regelung, dagegen Einführung für Politiker,
- die Ärzteschaft fordert die Einführung eines EU-konformen Kostenerstattungssystems im deutschen Gesundheitswesen,
- die sächsische Ärzteschaft ist sich berufspolitisch einig und beschloss



Erik Bodendieck

einstimmig die aktive Teilnahme an der berufspolitisch entscheidenden Großdemonstration am 24. März 2006 in Berlin,

- die sächsische Ärzteschaft fordert ehrliche, präziserte und perspektivisch aussagekräftige Antworten von der Politik!

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug

Knut Köhler M.A.
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Frohe Ostern



Das Redaktionskollegium „Ärzteblatt Sachsen“ wünscht ein frohes Osterfest.