

**19. Sächsischer Ärztetag/40. Tagung der Kammerversammlung
am 19./20. Juni 2009**

TOP 2 Aktuelle Probleme der Gesundheits- und Berufspolitik

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze

Rationierung und Wettbewerb – Gesundheitspolitische Eckpunkte 2009

Es gilt das gesprochene Wort!

Sehr geehrte Damen und Herren,

bevor ich zur Gesundheits- und Berufspolitik komme, möchte ich aus aktuellem Anlass kurz ein anderes, aber auch ärztliches, Thema ansprechen. Auf den Titelblättern großer Tageszeitungen prangen die Schlagzeilen zur „Schweinegrippe“, der Neuen Influenza. Am 11. Juni 2009 hat die WHO Phase 6 des Pandemieplanes aus epidemiologischen Gründen ausgerufen, weil die Kriterien der anhaltenden Mensch-zu-Mensch-Übertragung auf mindestens zwei Kontinenten gegeben waren. Für Deutschland ändert sich dadurch derzeit aber nichts. Wir befinden uns hier formal in Phase 6A. Das heißt, auch wenn in Deutschland mit weiteren Erkrankungen gerechnet werden muss, entspricht das Infektionsgeschehen hier nicht dem einer Pandemie. Unverändert besteht keine allgemeine Gefährdung für die Bevölkerung. Damit ist keine Pandemieimpfung erforderlich. Maßnahmen, die bereits in den vorhergehenden Phasen ergriffen wurden, werden weitergeführt.

Wir haben dadurch noch Zeit, offene Probleme und Fragen der Pandemievorsorge zu klären. Die Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes haben seit mehreren Jahren Pandemiepläne aufgestellt und aktualisiert. Sie haben seit Beginn des neuen Infektionsgeschehens ihr Handeln abgestimmt. Und es ist vor allem ihr Verdienst, dass in Deutschland durch konsequentes Fall-Management eine größere Ausbreitung verhindert werden konnte.

Die Krankenhäuser haben ihre Notfallpläne im Vorfeld auch an den Pandemiefall angepasst. Die Pläne müssen jetzt, in der Phase 6, durchgesehen werden, um eventuell noch notwendige Vorbereitungen zu treffen.

Auch in den Praxen muss die Arbeit für den Pandemiefall vorbereitet werden. Dazu sollte spätestens jetzt konkret geklärt werden, wie Patientenströme „normaler“ bzw. Influenzapatienten getrennt werden können, welche hygienischen bzw. arbeitsschutzrechtlichen Maßnahmen für den Pandemiefall vorbereitet werden müssen. Wichtig für den niedergelassenen Arzt ist auch, wie die für seine Therapieentscheidung wichtige Diagnostik sichergestellt werden kann. Denn mit steigenden Fallzahlen wird sie nicht mehr allein über die Gesundheitsämter und die Landesuntersuchungsanstalt laufen können. Immer mehr Labore bieten die Diagnostik auf H1N1 an. Diese Einrichtungen müssen dann mit genutzt werden. Geklärt werden muss zum Beispiel auch, wer die Bewohner von Alten- und Pflegeheimen bei Ausbruch einer Pandemie betreuen und gegebenenfalls auch impfen wird.

Die niedergelassenen Kollegen müssen dies gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung besprechen, denn der Sicherstellungsauftrag für die Patientenversorgung gilt auch in Pandemiezeiten.

Die Notwendigkeit, die Indikationen und das Handling von Pandemieimpfungen wird derzeit auf Bund-Länder-Ebene diskutiert. Eine Entscheidung dazu steht noch aus.

Alle aktuellen Informationen zur Neuen Influenza finden Sie im Internet beim Robert-Koch-Institut, ausgewählte ärztliche Hinweise bei der Sächsischen Landesärztekammer.

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich komme nun zur Gesundheits- und Berufspolitik. Der 112. Deutsche Ärztetag liegt gerade einmal vier Wochen zurück. Prof. Hoppe hat in Mainz mit seinen Ausführungen zur Priorisierung ein Tabu gebrochen – und zwar das Tabu, die unbegrenzten Leistungsversprechen der Politik nicht in Frage zu stellen.

In den Medien und in der Öffentlichkeit kam dieser Tabubruch unterschiedlich an. In einigen Fällen hieß es, die Ärzte fordern die Rationierung medizinischer Leistungen. Dem ist natürlich nicht so. Im Gegenteil, wir Ärzte möchten weiterhin eine medizinische Versorgung nach dem aktuellem Stand der medizinischen Forschung und Methoden.

Aber, meine Damen und Herren, wenn alle Gesundheitsreformen der letzten Jahre nur darauf abzielten, Geld zu sparen und wir nicht mehr die ausreichenden Mittel für die Versorgung der Patienten erhalten, dann haben wir eine politisch verursachte Rationierung. Doch die Verantwortung für diese Form der Rationierung hat die Politik nie ausdrücklich übernommen. Sie hat es immer uns, den Ärzten, überlassen, den Patienten die schlechte Botschaft zu überbringen. Zum Glück leben wir nicht mehr in der Antike. Sie wissen, was mit den Boten schlechter Nachrichten geschah. Und wenn der jetzige Mangel von der Politik zementiert wird, dann müssen wir die Politiker dazu zwingen, offen und ehrlich darüber zu reden, um zu einem gerechten Verteilungsmechanismus zu kommen.

Wir Ärzte – um das noch einmal klar zu sagen – wollen keine Rationierung, keine Streichung von medizinischen Leistungen, aber wir wollen auch nicht weiter für den staatlich verordneten Mangel in den Praxen und den Kliniken verantwortlich gemacht werden.

Meine Damen und Herren, in Deutschland geben wir nur etwa 6,5 Prozent des Bruttoinlandsprodukts für die gesetzliche Krankenversicherung aus. Und trotzdem wird erwartet, dass wir das unbegrenzte Leistungsversprechen der Politik tagtäglich erfüllen.

Die bereits vorhandene unausgesprochene Rationierung verursacht bei Ärzten zunehmend ethische Bedenken. Die Verunsicherung von Ärzten ist so groß, dass vier von fünf Medizinern in einer Befragung meinen, dass die Rationierung ihre Arbeitszufriedenheit beeinträchtigt und das Vertrauensverhältnis zum Patienten negativ beeinflusst. Dennoch ist der Gesundheitszustand der (sächsischen) Ärzte gut, wie eine von uns in Auftrag gegebene Studie ermittelt hat. Ein Poster dazu finden Sie im Foyer sowie in Ihren Unterlagen.

Nicht zu verwechseln mit der Rationierung ist die Rationalisierung: Eine Bereitschaft zur Rationalisierung ist bei uns Ärzten vorhanden.

Rationalisierungen sind durch eigenes wirtschaftlicheres Handeln aber kaum noch möglich. Rationierungen im Gesundheitswesen sind dagegen schmerzhaft. Nicht nur für Patienten, denen mitunter eine bestmögliche Therapie vorenthalten wird, nur weil das Geld knapp ist. Eine Umfrage unter Kardiologen hat zudem gezeigt, dass Rationierungen an privaten Kliniken häufiger vorzukommen scheinen als an Kliniken in öffentlicher oder gemeinnütziger Trägerschaft (DMW 2009; 134 (24): S. 1261-1266).

Sehr geehrte Damen und Herren, wir Ärzte sehen uns als Anwälte der Patienten. Wir lehnen es deshalb ab, die Verantwortung für die Beschränkungen der Therapie allein zu tragen. Hier ist vor allem die Politik gefordert.

Unsere moralischen Ansprüche kollidieren unter den aktuellen Rahmenbedingungen immer häufiger mit der Wirklichkeit. Und deshalb habe ich dieses Thema jetzt ganz bewusst angesprochen. Wir Ärzte müssen auch auf Landesebene eine Diskussion provozieren, in der die Politik Farbe bekennt. Und wir müssen eine Diskussion in der Gesellschaft darüber anstoßen, wie viel sie bereit ist, für Gesundheit auszugeben.

Mit den Mitteln, die uns heute zur Verfügung stehen, werden wir den medizinischen Fortschritt zukünftig nicht mehr in den Praxen und Kliniken abbilden können – erst recht nicht mit Blick auf den demografischen Wandel in Sachsen.

Der richtige Umgang mit der Mittelknappheit bei gleichzeitig wachsendem Bedarf an medizinischen und pflegerischen Leistungen wird zweifellos eine der wichtigsten Herausforderungen für unser Gesundheitswesen in den nächsten Jahren.

Es liegt in der Natur des Arztberufs, dass wir unsere Patienten bestmöglich behandeln möchten. Darauf vertraut der Patient und diesem Vertrauen will der Arzt gerecht werden. Das ist unser berufliches Ethos und unsere Selbstverpflichtung als Angehörige eines freien Berufes.

Wir legen großen Wert darauf, dass diese professionelle Autonomie, diese Weisungsunabhängigkeit in medizinisch-fachlichen Fragen erhalten bleibt. Die Freiberuflichkeit des Arztes ist nicht davon abhängig, ob er selbstständig oder unselbstständig tätig ist. Die Freiberuflichkeit bezieht sich nicht nur auf die Tätigkeit als selbstständiger niedergelassener Arzt. Auch wenn Ärzte als Angestellte arbeiten, sind sie in fachlicher Hinsicht nur ihrer ärztlichen Profession, dem Wohl des Patienten und sich selbst verantwortlich. Die Ärzte erbringen wissenschaftsbasierte ärztliche Leistungen auf hohem Niveau. Die Qualität wird durch hohe Anforderungen an Aus-, Weiter- und Fortbildung gewährleistet. Dieses System ist unter der kollegialen Selbstverwaltung funktionsfähig und braucht keine staatlichen Eingriffe.

Und deshalb, liebe Kolleginnen und Kollegen, wenden wir uns auch vehement gegen jeglichen Ansatz, Ärzte als Dienstleister in einem industrialisierten Medizinbetrieb zu definieren.

Die persönliche Verantwortlichkeit des Arztes ist untrennbar mit seiner persönlichen Tätigkeit verbunden. Freiheit und Verantwortung sind das Fundament der Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patient und damit auch zwischen Ärzteschaft und Gesellschaft.

Patientenrechte

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, der 112. Deutsche Ärztetag hat sich auch deshalb mit dem Thema Patientenrechte auseinandergesetzt. Prof. Hoppe wies in seiner Rede darauf hin, dass die Ärzteschaft schon seit mehr als einem Viertel Jahrhundert das Thema der Patientenrechte diskutiert und dazu Entschlüsse gefasst hat.

Wenn wir über Patientenrechte sprechen, dann wird zumeist die Arzt-Patient-Beziehung als ein therapeutisches Arbeitsbündnis betrachtet. Dieses sogenannte Partnerschaftsmodell ist auch in der Berufsordnung der deutschen Ärzteschaft verankert.

Denkt man das Partnerschaftsmodell zu Ende, so bestehen nicht nur Pflichten des Arztes und Rechte des Patienten. Sondern Arzt und Patient sollten den Behandlungserfolg zu ihrem gemeinsamen Anliegen machen. Es ist demnach auch vom Patienten zu erwarten, dass er Heilung nicht aus passiver Konsumhaltung heraus als vertraglich geschuldete Reparaturleistung des Arztes betrachtet, nach dem Motto: „Ich bin ein Kunde“, sondern dass er Selbstverantwortung für seine Gesundheit und für sein Vorgehen bei behandlungsbedürftiger Erkrankung übernimmt.

Heute ergibt sich das Problem der angemessenen Patientenversorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund problematischer sozialrechtlicher Vorgaben und ökonomisch intendierter Gesundheitsreformen. Deshalb sind die Patientenrechte nicht durch die Ärzteschaft, die sie mittelbar durch ihre Pflichten realisiert, sondern durch die staatliche Gesundheitspolitik gefährdet.

Wir haben mittlerweile unzureichende Investitionen in moderne Medizintechnik, wir haben Personalabbau sowie den Einsatz von überfordertem Personal, zunehmende Wartezeiten und durch Kosteneinsparungen auch reduzierte Hygienequalität, um nur einige Parameter zu erwähnen. Diese Form der Rationierung, die durch ein ärztliches „Frühwarnsystem“ aufgedeckt wird, wird aber politisch nicht zur Kenntnis genommen, wird verschwiegen oder verschleiert. Gesetzgeberische Rationierungsentscheidungen werden meist so formuliert, dass die Öffentlichkeit den Eindruck gewinnt, die Verantwortung für die Vorenthaltungen für Leistungen liege bei den Ärzten! Krankenkassen versuchen mit sogenannten „Ärzte-TÜV's“ vom eigentlichen Problem abzulenken und Werbung für sich zu machen. Doch wenn Mediziner in Internetportalen an den Pranger gestellt werden, dann schadet man dem Patienten noch mehr, als das man ihm hilft.

In der Praxis haben wir an einigen Stellen längst das Stadium erreicht, dass Kosten-Nutzen-Entscheidungen im Wesentlichen nach dem Finanzierbaren, also nach den zur Verfügung stehenden Ressourcen gefällt werden, so dass sich auch das für den individuellen Patienten Notwendige nach der zur Verfügung stehenden Geldmenge richten muss. Nicht mehr die sich aus der Patientensituation ergebende Indikation ist allein maßgeblich für diagnostische und therapeutische Maßnahmen, sondern auch die Kostenfrage. Wie steht es hier mit den Patientenrechten?

An dieser Stelle möchte ich erwähnen, dass die Neufassung eines Gesetzes zur Reichweite und Verbindlichkeit von Patientenverfügungen gestern im Bundestag beschlossen worden ist. Danach werden Patientenverfügungen künftig verbindlich.

Ein vorher schriftlich festgelegter Patientenwille gilt in jedem Fall, unabhängig davon, ob die spätere Krankheit tödlich verläuft oder nicht. Eine Beratungspflicht ist nicht vorgesehen. Gleichzeitig soll durch den Betreuer oder Bevollmächtigten immer überprüft werden, ob die Patientenverfügung dem aktuellen Willen des Kranken entspreche. Und nur im Konfliktfall zwischen behandelndem Arzt, Betreuer und nächsten Angehörigen soll das Vormundschaftsgericht eingeschaltet werden. Ob dieses Gesetz die Patientenrechte stärkt bleibt abzuwarten.

Aus meiner Sicht muss vor allem die Palliativversorgung verbessert werden, um Menschen die Angst vor einem langen, einsamen Sterben mit unerträglichen Schmerzen zu nehmen. Es gibt von der Bundesärztekammer eine wichtige Handreichung unter dem Titel „Sterben in Würde – Grundsätze und Empfehlungen für Ärzte“, die allen mit dieser Problematik Befassen nachdrücklich empfohlen werden kann. Diese Handreichung liegt im Foyer aus.

Sehr geehrte Mandatsträger, dem Arzt muss aus meiner Sicht zwingend ein Freiraum zu einer gewissenhaften Entscheidung im Einzelfall bleiben. Ein Zuviel an Reglementierung zerstört die Tatkraft und Initiative des Arztes. Was wir nicht brauchen, ist eine weitere Reglementierung des Arzt-Patient-Verhältnisses über eine sogenannte „Patientenrechts-“, oder „Patientenschutzgesetzgebung“. Sozialrechtlich ist bereits vieles überreglementiert. Dies erzeugt, wie Sie auch an den politischen Begleitungen der jüngsten Gesundheitsreform seitens der Ärzteschaft sehen können, Frustration und im schlimmsten Falle Flucht aus dem Beruf.

Umso wichtiger ist die aktuelle Auseinandersetzung mit der Arzt-Patient-Beziehung. Im vergangenen Jahr hat sich der Sächsische Ärztetag mit Kollegialität und damit indirekt auch mit der Arzt-Patient-Beziehung beschäftigt.

Morgen widmen wir uns nun dezidiert diesem wichtigen Thema. Und wie die gesundheitspolitischen Entwicklungen zeigen, war und ist dies von großer Bedeutung. Ich bin gespannt auf die Fachvorträge und Ihre Diskussion.

Honorarreform

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, wir Ärzte sind in den letzten Monaten im Zusammenhang mit der Honorarreform von manchen als Abzocker diffamiert worden. Die Honorarsteigerungen in Sachsen waren aufgrund komplizierter Berechnungsverfahren nicht transparent für die Öffentlichkeit aber auch nicht für die Vertragsärzte selbst. Man hat auch glauben machen wollen, die Honorarsteigerungen seien Boni für die Ärzte und nicht eine Nachzahlung für unentgeltlich geleistete Arbeit der letzten zehn Jahre. Kein Wort wurde darüber verloren, dass die Ausgaben für die ambulante ärztliche Versorgung heute nur noch 15 Prozent der GKV-Ausgaben betragen und nicht mehr 22 Prozent wie vor 20 Jahren.

Die Sächsische Landesärztekammer erreichten im ersten Quartal zahlreiche Protestschreiben niedergelassener Fachärzte, die ihren Unmut über die Honorarreform zum Ausdruck brachten. Unsere Körperschaft ist zwar nicht für die Vergütungsregelungen der niedergelassenen Vertragsärzte zuständig, dennoch hat sie eine adäquate Vergütung für diese Arztgruppe gegenüber den politischen Entscheidungsträgern immer wieder eingefordert. Und wir haben über das Thema „Honorare“ in einer gemeinsamen Vorstandssitzung mit der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen diskutiert. Dabei wurde nach einem längeren Fachvortrag von Herrn Dr. Heckemann deutlich, dass tatsächlich viele – nicht alle – Vertragsärzte in Sachsen ab dem Jahr 2009 mehr Honorar erhalten werden.

Grundsätzlich ist das Thema Vergütung aber noch nicht vom Tisch. Die zuständigen Körperschaften werden sich in dieser Frage noch einige Schrammen bei der Politik holen.

Bei allen politischen Auseinandersetzungen, auch um Honorare, darf aber nicht vergessen werden, dass wir Ärzte nicht nur unsere eigenen, sondern – und hier wiederhole ich mich – auch die Interessen der Patienten zu vertreten haben.

Bloßes Gewinnstreben passt deshalb nicht zum Berufsethos des Arztes – wobei eine Existenzsicherung selbstverständlich gerechtfertigt ist.

Das prägende Merkmal aller freien Berufe ist das Vertrauen der Patienten oder Klienten in die persönliche Kompetenz. Dieses Bild kann allerdings schnell umschlagen, wenn innerhalb der Ärzteschaft Wettbewerb, Markt- und Gewinnorientierung die treibenden Kräfte werden sollten.

Gesundheitsfonds

Mit der Honorarreform gekoppelt war die Einführung des Gesundheitsfonds. Dieser Fonds ist ein Instrument zur zentralistischen Finanzierung und Steuerung der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland. Ein Wettbewerb zwischen den Krankenkassen erfolgt danach nicht mehr über die Leistung sondern über die Preise. Die Anzahl der Krankenkassen wird sich drastisch reduzieren und nur große Kassen werden diesen Zentralisierungsprozess überleben. Der Gesundheitsfonds ist genau betrachtet ein nicht tragfähiger Kompromiss der großen Koalition zwischen Bürgerversicherung und Gesundheitsprämie. Eine Verbesserung der medizinischen Versorgung oder eine Senkung der Krankenkassenbeiträge sind durch dieses gesundheitspolitische Experiment allerdings nicht zu erwarten.

Erste Erfahrungen

Seit dem Start des Gesundheitsfonds im Januar diesen Jahres gab es immer wieder Kritik an der Konstruktion des Systems (Geldfluss und Leistungsanreize). Laut einer Emnid-Umfrage vom April 2009 halten mehr als 60 Prozent der Bürger den Fonds für schlecht, denn seine Einführung war mit einer Beitragserhöhung für die meisten Versicherten verbunden.

Nun soll der Gesundheitsfonds wegen drohender Defizite mehr Geld vom Bund erhalten als bisher angenommen. Denn der Schätzerkreis aus Experten des Bundesgesundheitsministeriums, des Bundesversicherungsamtes und des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen hat für 2009 ein Einnahmedefizit von 2,9 Mrd. EUR prognostiziert. Erste Forderungen in dieser Höhe seitens der Krankenkassen liegen bereits vor. Der Nachtragshaushalt des Bundes stellt deshalb einen Ermächtigungsrahmen von bis zu 4 Mrd. EUR aus Steuermitteln bereit. Ob der Rahmen tatsächlich ausgeschöpft wird, hängt von der weiteren Konjunkturentwicklung ab. Mit Blick auf die Finanz- und Wirtschaftskrise kann man aber davon ausgehen, dass dies geschieht. Drei Krankenkassen haben bisher angekündigt, Zusatzbeiträge von ihren Versicherten zu erheben.

Der 112. Deutsche Ärztetag in Mainz forderte, dass die Krankenkassen bis auf weiteres ihre Beitragssätze wieder selbst festlegen können sollten, um auf die Wirtschaftskrise flexibel und effizient reagieren zu können.

Angesichts der Weltwirtschaftskrise appellierten die Delegierten an den Gesetzgeber, an problemorientierten und dem Primat des Patientenwohls verpflichteten Lösungen zu arbeiten. Dabei drückte die deutsche Ärzteschaft ihr Unverständnis aus, mit welcher Geschwindigkeit und Leichtigkeit die Politik Milliardensummen zur Kompensation einer fehlgeleiteten Finanzpolitik und zur Konsolidierung von Banken und Unternehmen aufwendet, während Patienten, Ärzte und Bürger des Landes seit Jahren heftig um vergleichsweise kleine Zuwächse bei den Finanzmitteln der Krankenversicherung kämpfen müssen.

Steigende Bürokratie

Die Einführung des Gesundheitsfonds hat zur Bildung einer weiteren Staatsbehörde geführt, verbunden mit dem zusätzlichen Aufbau einer entsprechenden Behördenstruktur. Dies führt zu mehr Bürokratie und ist auch aus ökonomischer Sicht unsinnig. Wettbewerbsinstrumente um die beste Versorgung müssen dezentrale Aspekte aufweisen. Neben den Abrechnungsstellen der Krankenkassen gibt es nun noch die zentralistischen Strukturen des Fonds zur Mittelverwaltung und -verteilung. Durch den Gesundheitsfonds werden effiziente Gesundheitsstrukturen durch die wachsende Bürokratie gefährdet.

Fehlanreiz Risikostrukturausgleich (RSA)

Mit der Einführung des Gesundheitsfonds wurde auch der Übergang zur Morbiditätsorientierung im Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) vollzogen. Dafür wurde eine Differenzierung der Zuweisungen nach der Einschreibung/Nicht-Einschreibung in Disease-Management-Programme wieder abgeschafft.

Die pauschalierten Zuweisungen an die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds orientieren sich nunmehr an Alter, Geschlecht, Erwerbsminderung und der Morbidität der Versicherten, nicht aber am Wohnort. Die Behandlungskosten für verschiedene chronische Erkrankungen sind in Deutschland allerdings nicht überall gleich. Krankheit und Gesundheit müssten deshalb auch nach regionalen Besonderheiten gesteuert werden. Dieses Steuerungselement fehlt im Morbi-RSA aber gänzlich.

Kritiker des Risikostrukturausgleichs befürchten zu Recht, dass dieses Modell zu zahlreichen Manipulationen führen kann. So haben einige Krankenkassen Softwaremodule für Praxis-Softwaresysteme entwickelt, welche ein sogenanntes „right coding“ oder „up coding“ fördern sollen. So kann z. B. die Diagnose "Sodbrennen" (nicht Morbi-RSA wirksam) durch die schwerere Diagnose "Entzündung der Speiseröhre" (Morbi-RSA wirksam) ersetzt werden. In gleicher Weise kann die Verschreibung von Morbi-RSA wirksamen Medikamenten gefördert werden, die in der Regel zu den sehr wirkungsvollen und starken Medikamenten zählen. Einige Krankenkassen haben zusätzlich Ärzte zu einem „korrekten“ Codieren von Diagnosen aufgefordert. Dies hat das Bundesversicherungsaufsichtsamt auf den Plan gerufen, weil Ärzte gegen geltendes Recht verstoßen würden, wenn sie dem folgen würden.

Grundsätzlich bleibt der Fehlanreiz durch den Morbi-RSA bestehen. Nur die Krankenkasse erhält hohe Zahlungen aus dem RSA, die viele chronisch Kranke hat. Für die Statistik dürfte sich dies in naher Zukunft in einer plötzlich kränker werdenden Gesellschaft und in den steigenden Behandlungsausgaben widerspiegeln.

Hinzu kommt, dass für die Auswertung der oben genannten Kriterien für jeden einzelnen Patienten ein sehr hoher technischer und personeller Aufwand betrieben werden muss, der von Experten auf bis zu 1,5 Mrd. Euro geschätzt und somit zu einer deutlichen Steigerung der Verwaltungskosten führen wird. Also auch hier keine Einsparung von Mitteln.

Leerstelle Prävention

Ein weiteres Defizit in der Ausgestaltung des Gesundheitsfonds ist der Bereich der Prävention. Die meisten Krankheiten sind nicht angeboren, sondern im Laufe des Lebens erworben. Fast jeder hat die Chance, möglichen Erkrankungen aktiv vorzubeugen.

Wesentlich ist deshalb im Zusammenhang mit dem Gesundheitsfonds die Primärprävention. Denn wer aktiv vorbeugt und lange gesund bleibt, hat nicht nur einen großen Gewinn für seine Lebensqualität, sondern er entlastet das Gesundheitssystem von hohen Krankheitskosten.

Trotz der Bedeutung von Prävention ist es der Bundesregierung bisher aber nicht gelungen, ein Präventionsgesetz auf den Weg zu bringen. Folgerichtig fanden die Vorschläge von Ärzten, Prävention und Eigenverantwortung in den Gesundheitsfonds einzuarbeiten, keine Berücksichtigung.

Fazit

Der Gesundheitsfonds ist kein Zukunftsmodell, sondern ein weiterer Baustein für staatsmedizinischen Dirigismus und ein Unglück für die Strukturen der Gesetzlichen Krankenversicherung. Bereits wenige Monate nach seiner Einführung zeichnet sich ab, dass mit der aktuellen Reform die Akzeptanz für das Grundmodell einer solidarischen Krankenversicherung verloren geht. Bevölkerung wie Ärzteschaft verlieren gleichermaßen den Glauben an die qualitativ hochwertigen Leistungen in der medizinischen Versorgung, die sich in Deutschland seit Jahrzehnten bewährt hat. In politischen Kreisen wächst zwischenzeitlich das Unbehagen am mühsam gefundenen Kompromiss. Experten rechnen für 2010 mit einer Verdoppelung der Finanzlücke auf 5-6 Milliarden Euro im Gesundheitsfonds. Dies könnte dann weitere Steuerfinanzierung, Beitragserhöhung oder Leistungseinschränkungen nach sich ziehen. Der Gesundheitsfonds ist sowohl versorgungspolitisch als auch ökonomisch aus meiner Sicht nicht geglückt. Abhilfe kann nur eine klare Aufgabentrennung der Entscheidungsebenen und die Wiederherstellung der Finanzautonomie der Krankenkassen schaffen. Fehlanreize durch den Morbidity-RSA müssen abgeschafft und die fehlende Komponente „Prävention“ eingearbeitet werden.

Kreisärztekammern

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, nun komme ich zurück zur Landesebene. Recht erfreulich gestaltet sich unser Thema „Neugliederung der Kreisärztekammern“. Die beschlossene Neugliederung wird zu schlankeren Strukturen und einer effizienteren Aufgabenerfüllung führen. Auch schafft man mit dieser schlankeren Struktur gute Voraussetzungen für schnelle und konsensorientierte Entscheidungen innerhalb der Landesärztekammer und auf kommunaler Ebene. Uns liegen inzwischen alle neuen Geschäftsordnungen vor, welche wir vorab auch schon genehmigt haben. Auch die Termine für die konstituierenden Mitgliederversammlungen stehen überwiegend fest. Beginnend ab September wird die Neuaufstellung der Kreisärztekammern in Sachsen vollzogen. Der Vizepräsident oder ich sowie die Paten aus dem Vorstand werden dann mit vor Ort sein.

Tätigkeitsbericht

Über die hervorragende Arbeit der Kreisärztekammern und weiterer ehrenamtlicher Gremien finden Sie eine Übersicht im vorliegenden Tätigkeitsbericht für das Jahr 2008.

Der Umfang dieses Berichtes nimmt von Jahr zu Jahr zu. Das liegt aber nicht daran, dass sich die Berichterstatter in epischer Breite darstellen, sondern an den steigenden Anforderungen, Aufgaben und Problemstellungen, welche durch die Gremien der Sächsischen Landesärztekammer bearbeitet werden müssen.

Seien es die Ausschüsse, die Fachkommissionen oder der Bereich der Weiter- und Fortbildung. Derzeit bereitet uns durch den Stichtag 30. Juni 2009 die Erfassung von Fortbildungspunkten sowie die Zertifizierung ein hohes Arbeitspensum. Ein Dank geht dafür an die zuständigen Mitarbeiter unseres Hauses.

Sie alle hatten Gelegenheit den Tätigkeitsbericht zu studieren und konnten sich ein Bild vom Arbeitspensum unserer Selbstverwaltungskörperschaft machen. Eine Vielzahl sächsischer Ärzte engagieren sich für die berufs- und gesundheitspolitischen Fragen. Eine Zahl, die Sie so im Bericht nicht finden, möchte ich noch nennen: ca. 1.000 sächsische Ärzte arbeiten ehrenamtlich an den verschiedenen Aufgaben der Sächsischen Landesärztekammer mit. Dafür ein herzlicher Dank an dieser Stelle!

Bachelor/Master

Meine Damen und Herren, neben der Vielzahl an aktuellen Problemfeldern möchte ich noch eines herausgreifen: die drohende Einführung eines Bachelor oder Master in der Medizin durch den Bologna Prozess in Deutschland. Ich greife dieses Thema heraus, weil es dabei um die Zukunft der Hochschulmedizin an sich geht. Um die Qualität der ärztlichen Ausbildung und damit um das Wohl der Allgemeinheit, um die Patienten.

Der Deutsche Ärztetag und der Medizinische Fakultätentag lehnen einen Bachelor-/Masterstudiengang in der Mediziner Ausbildung zu Recht ab. Die Bundesärztekammer hält nach wie vor an ihrer Auffassung fest, dass die konsequente Umsetzung der neuen Approbationsordnung an den medizinischen Fakultäten in Deutschland alle Möglichkeiten bietet, um im Rahmen eines einstufigen Studienganges die notwendigen Reformen in Bezug auf Mobilität, Flexibilität und Anrechnung von Studienabschnitten zu realisieren.

Es darf aus meiner Sicht keinen Bruch einer mehr als 800-jährigen Tradition mit einheitlichen und hochwertigen Studiengängen geben, die mit einem Staatsexamen und einer Berufsqualifikation abschließen. Folgerichtig hat auch der 112. Deutsche Ärztetag in Mainz die Einführung dieser gestuften Ausbildung für die Medizin abgelehnt und den Erhalt des jetzigen Medizinstudiums gefordert. Ärztevertreter und Hochschulmediziner können derzeit durch Bologna keinen Nutzen erkennen. Vielmehr befürchten sie für das Medizinstudium einen großen Schaden und bei den Patienten eine Konfusion, wenn diese Reform durchgesetzt würde.

Mit einem „Dr. light“ wurden schon in der Vergangenheit keine guten Erfahrungen gemacht. Als „Feldscher“, „Arzthelfer“ oder „Halbarzt“ war er kein Erfolgsmodell.

Und die Ergebnisse des 2008 vom Bundesministerium für Bildung und Forschung vorgelegten 10. Studierendensurveys belegen, dass es in den Studiengängen, welche Bachelor-/Masterstudiengänge bereits eingeführt haben, zur „Bologna-Ernüchterung“ gekommen ist. Studenten und Schüler haben deshalb am vergangenen Mittwoch in ganz Deutschland für einen Kurswechsel im Bologna-Prozess demonstriert.

Aus den bisher vorliegenden Erfahrungen muss man das Scheitern des Bologna-Prozesses in den wesentlichen Zielstellungen konstatieren:

- hohe Abbruchquote,
- mangelnde wissenschaftliche Qualität,
- gesunkene Mobilität der Studierenden (nur 15% der Bachelor-Studenten belegen ein Auslandssemester, dagegen 25% der Diplomstudiengänge),
- geringe Vergleichbarkeit der Abschlüsse,
- geringe Berufsqualifikation für die Mehrzahl der Bachelor-Absolventen (3 Jahre reichen für Berufsqualifizierung nicht aus),
- dadurch geringe Chancen auf dem Arbeitsmarkt.

In diesem Zusammenhang fordern eine von der Bundesärztekammer initiierte Arbeitsgruppe Hochschulmedizin und der Deutsche Hochschulverband ein sofortiges Bologna-Moratorium für noch nicht umgestellte Studiengänge, wie Jura und Medizin.

Hierfür spricht auch, dass der Bachelor in der Medizin keinen berufsqualifizierenden Abschluss darstellen kann. Trotz aller Skepsis sind in Deutschland zwei Universitäten dabei, das Medizinstudium entsprechend dem Bologna-Prozess zu reformieren. Die Universitäten Oldenburg und Groningen, Niederlande, wollen eine „European Medical School“ entwickeln, während die Charité vorläufig noch an unausgereiften Vorstellungen eines Modellstudienganges arbeitet. Außerordentlich bedenklich ist für mich die Tatsache, dass der Hochschulausschuss der Kultusministerkonferenz nunmehr doch Bachelor-/Masterstrukturen in der Medizin einführen möchte und die Gesellschaft für Medizinische Ausbildung beauftragt hat, in Abstimmung mit dem Medizinischen Fakultätentag einen entsprechenden Qualifikationsrahmen hierfür zu erarbeiten. Deshalb bedarf es einer breit angelegten Kampagne für den Erhalt der deutschen Standards in Lehre und Forschung zum Wohle der Patienten und damit des Allgemeinwohls.

Reformen ja, aber kein „Bologna-Schematismus“!

Eine überzeugende und präzise Argumentationskette dazu kann besonders im Wahljahr 2009 erfolgreich sein.

Wahlprüfsteine

Aus diesem und anderen Gründen haben zehn sächsische Kammern der freien Berufe für 2009 erstmals gemeinsame Wahlprüfsteine entwickelt. Sie finden sie in Ihren Unterlagen. Diese Wahlprüfsteine sollen den Wählern eine Orientierung dafür geben, worauf sie bei Ihrer Wahlentscheidung achten sollten. Und die sächsischen Parteien sollen sich zu unseren Forderungen positionieren.

Die Wahlprüfsteine wurden entwickelt von den Kammern der Apotheker, Architekten, Ärzte, Ingenieure, Psychotherapeuten, Rechtsanwälte, Steuerberater, Tierärzte, Wirtschaftsprüfer und Zahnärzte.

Diese Wahlprüfsteine lauten im Einzelnen:

1. Freiberuflichkeit sichern!
2. Selbstverwaltung stärken!
3. Niveau der Hochschulausbildung erhalten und anheben!
4. Qualität der Berufsausübung sichern!
5. Vertrauen gewährleisten, Berufsgeheimnis schützen!
6. Gebühren- und Honorarordnungen modernisieren!
7. Abgabenlasten senken!

Die Kammern der Freien Berufe in Sachsen vertreten 43.500 Mitglieder, die zusätzlich rund 100.000 Arbeitsplätze sichern.

Diese Kammern bilden mit ihren Mitgliedern damit einen Schlüsselsektor der sächsischen Wirtschaft. Zugleich tragen die Körperschaften öffentlichen Rechts wesentlich zum Verbraucherschutz bei und sichern eine hochwertige, qualifizierte Weiter- und Fortbildung der Mitglieder und zum Teil auch deren Angestellten. Dies soll mit den Wahlprüfsteinen gegenüber den politischen Entscheidungsträgern stärker dargestellt werden.

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, mit Blick auf das Wahljahr 2009 bin ich mir sicher, dass unsere ärztlichen Positionen eine wesentliche Bedeutung für die gesundheitspolitische Arbeit in Sachsen haben. Wir werden noch Fahrt aufnehmen und spätestens 2010, wenn der 113. Deutsche Ärztetag in Dresden stattfindet, Wegzeichen setzen.

Vielen Dank!