

29. Kammerversammlung

Dresden
15. November 2003

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Prof. Dr. Jan Schulze, eröffnete die turnusmäßig einberufene 29. Kammerversammlung im Plenarsaal des Kammergebäudes. Er begrüßte herzlich den Ehrenpräsidenten, Herrn Prof. Dr. Heinz Dietrich, die Träger der Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille, die Mandatsträger der sächsischen Ärzteschaft, die Mitglieder des Vorstandes, die Vorsitzenden der Ausschüsse, die Geschäftsleitung der Sächsischen Landesärztekammer, die Referenten und alle Gäste der Kammerversammlung.

Besonders willkommen hieß der Kammerpräsident Herrn Ministerialdirigent Dipl.-Med. Albrecht Einbock, Leiter der Abteilung Gesundheitswesen im Sächsischen Staatsministerium für Soziales, Herrn Prof. Dr. Laniado, als Vertreter des Lehrkörpers der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden, Herrn Prof. Dr. rer.nat. Peter Dieter, Studiendekan der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden und Herrn Prof. Dr. Jan Gummert, Studiendekan der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig. Zum Zeitpunkt der Eröffnung der 29. Kammerversammlung waren 73 der gewählten 101 ärztlichen Mandatsträgern, zum späteren Zeitpunkt waren 83 Mandatsträger anwesend. Die Kammerversammlung war beschlussfähig. In einer Schweigeminute gedachten alle Teilnehmer der Kammerversammlung dem am 16. September 2003 verstorbenen Gründungsmitglied der Sächsischen Landesärztekammer Herrn Dr. Wolf-Dietrich Kirsch, Alterspräsident der Kammerversammlung der Legislaturperiode 1999 bis 2003.

Durch einen akuten Infekt war Herr Prof. Dr. Jan Schulze stimmlich indisponiert. Aus diesem Grund übernahm der Vizepräsident,



Präsident, Prof. Dr. Jan Schulze

Herr Dr. Stefan Windau, die Versammlungsleitung. Er verlas das Referat des Präsidenten über die aktuelle gesundheits-, sozial- und berufspolitische Lage:

Ärztliche Standespolitik im Prozess der Gesundheitsreform

Deutschland im Reformtaumel

Die geplanten Maßnahmen der Bundesregierung werden die sozialen Sicherungssysteme vollständig verändern. In den vergangenen Monaten löste ein Gesetzesvorschlag zur Gesundheitsreform den anderen ab. Was gestern noch Programm war, ist heute schon wieder veraltet. Am 17. Oktober 2003 hat der Bundesrat das Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) mit großer Mehrheit passieren lassen. Und nachdem die Rürup-Kommission und die Herzog-Kommission mehr oder weniger fachgerechte Vorschläge unterbreitet haben, gilt es die Spreu vom Weizen zu trennen.

Zuerst einmal trifft es die Patienten durch eine Vielzahl von Beitragserhöhungen und zusätzlichen Lasten. Ob die Versicherung der Zukunft „Bürgerversicherung“ oder „Kopfpauschale“ heißen wird, bleibt wegen der umstrittenen Effektivität beider Vorschläge unbeantwortet. Ende November beginnen in der SPD sowie in der CDU die Nachverhandlungen zu beiden Modellen (die SPD hat sich am 19. November 2003 für die Bürgerversicherung entschieden, Anm. der Redaktion).

Misstrauenskultur gesunken

Für die Ärzteschaft ist das nun beschlossene Gesetz im Vergleich zum ersten Entwurf moderater ausgefallen. Manche bezeichnen es auch als deutlichen Fortschritt. Und ich muss zugeben, dass die von Misstrauen und Staatsdirigismus geprägten Passagen gemildert oder gänzlich verändert wurden. Der Arztberuf ist bei weitem nicht so institutionalisiert, wie es im ersten Entwurf zu Beginn dieses Jahres noch aussah. Das Misstrauensinstrumentarium konnte weitestgehend zurückgedrängt werden. Auch ein staatlicher Korruptionsbeauftragter hat der sachlichen Diskussion nicht standgehalten. Jetzt haben die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen in ihren Zuständigkeitsbereichen die Kontrollverpflichtungen.

Fortbildung bleibt Kammeraufgabe

Auch die ärztliche Fortbildung bleibt in wesentlicher Verantwortung der Landesärztekammern. Und die in den Heilberufekammergesetzen sowie in den Berufsordnungen geregelte Fortbildungspflicht wird nun Bestandteil des Sozialgesetzbuches. Damit erfährt das Fortbildungszertifikat der Sächsischen Landesärztekammer und der anderen Landesärztekammern eine deutliche Aufwertung. Denn mit der Fortbildungspflicht sind auch Sanktionen verbunden, wenn man diese gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nicht nachweisen kann. Es drohen Honorarkürzungen und nach sieben Jahren der Zulassungszentzug. Ein Zertifikat ist letztlich der beste Nachweis für die eigene Fortbildung. Unsere Sächsische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung wird sich deshalb auf eine noch größere Nachfrage nach dem Fortbildungszertifikat einzustellen haben. Und es ist auch vorgesehen, den Ärzten mit dem Fortbildungszertifikat eine Plakette auszuhändigen, welche auf dem Praxisschild den Erhalt des Zertifikates dokumentiert. Der Patient kann



so über die geleistete Fortbildung schon am Praxiseingang informiert werden.

Gesundheitsreform scheidet in den Anfängen

Viele der Änderungen und Neuregelungen sind im Prozess des Gesetzgebungsverfahrens erst durch die massive Intervention der Selbstverwaltungskörperschaften zustande gekommen. Allen voran ist hier die Bundesärztekammer zu nennen. Die Sächsische Landesärztekammer, als akzeptierter sachlicher Gesprächspartner, hat gleichfalls über zahlreiche Wege die ärztlichen Standpunkte deutlich gemacht, um die gravierendsten Eingriffe zu verhindern oder abzuschwächen.

Versucht man die Hauptziele dieses GMG zu analysieren, so wird es im Verbund mit DRG und DMP, integrierter Versorgung, Hausarztmodellen, Gesundheitszentren oder Teilöffnungen der Krankenhäuser zu einer enormen Vielfalt von Vertragsverhältnissen mit nachhaltiger Modifizierung der Krankenversorgung kommen. Dabei ist ein ganzes Stück Steuerungsmacht an die Krankenkassen übergegangen. Über dem Schmidt/Seehofer Gesetz steht unverkennbar die Rationierung von Gesundheitsleistungen, von der alle direkt oder indirekt betroffen sind. Aufgabe der Ärzteschaft bleibt es deshalb, „gute Medizin“ zu definieren.

Alle sogenannten Reformmaßnahmen greifen zu kurz und gewähren der Politik nur eine Schonfrist von vielleicht einem Jahr. Trotzdem lobt das Bundesgesundheitsministerium die Agenda 2010 vollmundig.

Integrierte Versorgung

Inwieweit die integrierte Versorgung durch das GMG eine Verbesserung erfährt, ist offen. Auch die Einrichtung von medizinischen Versorgungszentren ist im Detail noch nicht zufriedenstellend geregelt. Gerade die Betreiber eines Versorgungszentrums sind noch nicht abschließend definiert. Ob es aber vorteilhaft ist, wenn nichtärztliche Personen oder Gesellschaften Träger solcher Zentren sein können, ist mit Blick auf die ärztliche Unabhängigkeit zu überdenken. Dass die Bundesgesundheitsministerin die Abschaffung der Polikliniken nach der politischen Wende 1989 vor kurzem als Fehler bezeichnet hat, ist sächsischen Ärzten gegenwärtig nur schwer zu vermitteln. Die niedergelassenen Kollegen sollten sich bei der Ausgestaltung einer integrierten Versorgung verstärkt einbringen. Denn



Präsidium der 29. Kammerversammlung

29. Kammerversammlung

Dresden
15. November 2003

im Gegensatz zur Praxisgebühr besteht hier sehr viel Spielraum, den es zu füllen gilt. Die Krankenhäuser haben fertige Konzepte in der Schublade, doch ob sie dem wirtschaftlichen Erfordernissen einer staatlichen versus privatwirtschaftlichen Gesundheitsversorgung gerecht werden, ist gegenwärtig offen.

Ein großer Streitpunkt war auch das ursprünglich geplante Zentrum für Qualität in der Medizin. Es sollte als staatsnahe Einrichtung Leitlinien entwickeln, Medikamente bewerten und die Qualitätssicherung übernehmen. Jetzt ist das Institut in einer selbstverwalteten Lösung als Institut zur Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen vorgesehen. Die Einwände der Selbstverwaltungskörperschaften haben ein Umdenken bewirkt. Nicht vereinbar mit der Unabhängigkeit ist die Regelung, dass der Vorstand des Institutes nur im Einvernehmen mit dem Gesundheitsministerium berufen werden kann. Diese Lösung muss überdacht werden.

Die Erstellung von Leitlinien kann auch nicht zu den Aufgaben des Institutes gehören, denn dafür gibt es das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin. Zudem bilden Leitlinien, die eine Verbesserung der Versorgungsqualität erreichen können, nur eine Teilmenge der Medizin. Die rechtliche Fixierung von Leitlinien, wie es in den Disease Management Programmen (DMP) erfolgt, ist dagegen vollkommen ungeeignet. DMP sind im Ansatz wichtige Instrumente für eine Verbesserung der medizinischen Versorgung chronisch Kranker. Aber nicht in dieser Form.

Bürokratie im Arztberuf nimmt zu

Ein erklärtes Ziel der Gesundheitsministerin war die Minimierung der Bürokratie. Doch gerade bei den DMP wird das genaue Gegenteil deutlich. Was derzeit in den sächsischen Allgemein- und Schwerpunktpraxen bei der Realisierung des RSA-DMP-Diabetes abläuft, kann sich ein Außenstehender nicht vorstellen. Formulare mit unlogischen Fragen müssen mit den Patienten ausgefüllt und jede Seite einzeln unterschrieben werden. Tritt ein Fehler auf, beginnt die Prozedur von vorn. 80 Prozent der Bögen sind in Sachsen fehlerhaft.

Woran liegt das? Am System! Das für die Akkreditierung der Verträge zuständige Bundesversicherungsaufsichtsamt hält sich an das Gesetz. Eine Vereinfachung des Verfahrens wird zwischen den Krankenkassen und den KV'en angestrebt. Mittlerweile gibt es elek-

tronische Programme zur Datenübermittlung, aber auch diese sind bisher im Gesetz nicht vorgesehen und deshalb nicht zugelassen. Ein Rückschritt in das letzte Jahrhundert! Damit ist eine Situation in Sachsen eingetreten, welche vorhersehbar war. Die Kassen haben auf einer Einführung der DMP ohne wissenschaftliche Vorprüfung bestanden und den bestehenden und sehr gut evaluierten Diabetesvertrag in Sachsen gekündigt, um Geld aus dem Risikostrukturausgleich zu erhalten. Und selbst jetzt, wo das Kind im Brunnen liegt, versucht man zu retten, was nicht mehr zu retten ist.

Von Beginn an hat die Sächsische Landesärztekammer die Einführung der Chronikerprogramme in der durch Politik und Krankenkassen vorgegebenen Art und Weise abgelehnt, weil zum einen die medizinischen Standards in Sachsen untergraben wurden und zum anderen mit einer enormen Zunahme an Bürokratie zu rechnen war. Und wenn man bedenkt, dass die Formulare nur der Krankenkasse nutzen, weil diese dann Geld aus dem Risikostrukturausgleich erhält, dann ist es erst recht eine Zumutung für meine Kollegen, sich dieser Prozedur zu unterziehen. Die Einführung weiterer solcher Chronikerprogramme muss gestoppt werden, will man den guten Gedanken einer integrierten Versorgung nicht zerstören und die Arbeitsfähigkeit der ohnehin knappen Hausarztpraxen nicht lahm legen.

Rechtliche Fragen

Ärzte müssen sich von Juristen auch die Frage gefallen lassen: Warum macht ihr das denn mit? Die Frage ist berechtigt, denn durch die DMP werden auch rechtliche Probleme auf sie zukommen. Nur ein Beispiel: Nach den vorher geltenden sächsischen Diabetes-Leitlinien konnten auch langfristige Folgen, zum Beispiel die Schädigung der Niere durch eine frühe Mikroalbumin-Bestimmung, erkannt werden. Im neuen Chronikerprogramm fehlt eine solche Untersuchung. Führt der Arzt die Untersuchung trotzdem durch, bekommt er sie nicht vergütet. Klärt er aber den Patienten über mögliche Spätfolgen und die Möglichkeit der Vorsorgeuntersuchung nicht auf, so kann der Patient bei späteren Komplikationen gegen den Arzt klagen. Der Arzt hat immer den „Schwarzen Peter“ und nicht die Politik. Im Übrigen wird in Streitfällen vor Gericht immer der Facharztstandard eingefordert und nicht die gesetzlich fixierten RSA-DMP akzeptiert.

Kassierung der Praxisgebühr unerträglich

Auch weitere Maßnahmen der Rot-Grünen-Regierung sind nicht nur rechtlich umstritten. Eine Praxisgebühr soll ab 1. Januar 2004 in der Hausarztpraxis pro Quartal für die Krankenkassen einkassiert werden. Warum eigentlich beim Arzt, weshalb nicht bequem über die Chipkarte der Versicherten? Ein Argument für die Kassierung beim Arzt ist die Steuerungsfunktion für unnötige Arztbesuche. Wenn der Patient die zehn Euro in bar bezahlen muss, wird ihn das mehr schmerzen, als wenn es am Quartalsende von seinem Konto abgebucht wird.

Aber sehr viel mehr gegen die Kassierung an der Anmeldung spricht doch:

- die Wahrscheinlichkeit, dass Krankheiten verschleppt werden,
- die Zerstörung des individuellen Patienten-Arzt-Verhältnisses,
- eine Zunahme an Bürokratie für die Abrechnung und
- eine Mehrbelastung der Angestellten.

Die frühzeitige positive Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Praxisgebühr hat leider eine wirksame Gegenargumentation verhindert. Die Spaltung der Ärzteschaft hat in diesem Punkt wieder dazu geführt, dass die Politik ohne großen Widerstand eine unausgelegene Entscheidung durchsetzen konnte. Die Praxisgebühr steht nun im Gesetz. Das Verfahren ist noch offen. Das Inkassorisiko liegt beim Arzt. Hier müssen Ärzte ansetzen und sinnvolle Änderungen erreichen.

Ob die Ziele der Gesundheitsministerin durch die Gesundheitsreform überhaupt erreicht werden können ist zudem fraglich. Die Praxisgebühr wird durch den Verwaltungsaufwand aufgebraucht, die DMP verursachen Mehrkosten von zwei bis vier Millionen Euro durch die Bürokratie, die Aut idem Regelung hat auch keinen wirtschaftlichen Nutzen gebracht. Mit anderen Worten: Es steht jetzt schon schlecht um die Anfänge der Gesundheitsreform. Ob eine Werbekampagne des Bundesgesundheitsministeriums mit 3,1 Millionen Euro Kosten daran etwas ändert? Sicher nicht! Schade ums Geld, es hätte für die medizinische Betreuung besser genutzt werden können. Aber wie heißt es doch: „Die Hoffnung stirbt zuletzt.“

Der Bundesregierung vollkommen aus dem Ruder gelaufen sind die notwendigen Maßnahmen auf dem Arbeitsmarkt. Wenn es nicht ständig steigende Arbeitslosenzahlen gäbe,

wären die Einnahmen im Renten- und Sozialbereich höher und damit auch die finanziellen Probleme in diesen Bereichen weitaus geringer.

Stellung der Hausärzte gefährdet

Durch eine hausarztzentrierte Versorgung werden sich gravierende Veränderungen für Leistungserbringer und Patienten im ambulanten Sektor ergeben. Die vorgesehenen Einzelverträge zwischen Krankenkassen und „besonders qualifizierten“ Hausärzten schwächen diese Arztgruppe in ihrem Verhandlungsstatus und bringen den Krankenkassen mehr Einfluss- und Gestaltungsmöglichkeiten. Also Macht. Der Sicherstellungsauftrag teilt sich in Zukunft stärker zwischen Krankenkassen und Kassenärztlicher Vereinigung (KV). Rechtlich nicht definiert ist aber der Begriff „besonders qualifiziert“. Und kein Arzt hat Anspruch auf einen solchen Vertrag. Ein Patient ist mindestens ein Jahr an den Hausarzt seiner Wahl gebunden, was die freie Arztwahl innerhalb dieses Zeitraumes einschränkt. Und durch die Einzelverträge wird die Position der Hausärzte und die Bedeutung der KV'en, ohne ein honorarpolitisches Mandat, geschwächt.

Elektronische Chipkarten können Kosten senken

Das Zeitalter der Informationstechnologie wird auch verstärkt in Praxis und Klinik Einzug halten, denn durch die Bundesregierung sind Neuerungen vorgesehen, welche sich auf die tagtägliche Arbeit im stationären und ambulanten Bereich auswirken werden: Die Schlüsselworte lauten elektronische Gesundheitskarte und Heilberufausweis. Beide Chipkarten sollen bereits ab 2006 genutzt werden können. Das hat das Bundesgesundheitsministerium im GMG festgeschrieben. Der Fahrplan ist knapp bemessen. Im ersten Quartal 2004 soll die Architektur für die neuen Technologien entwickelt werden. Daran schließt sich die Erarbeitung von Anforderungen und Kriterien der Umsetzung an. Gleichzeitig soll es 2004 auch noch eine Testphase unter realen Bedingungen geben, damit bereits ab 2005 die Gesundheitskarte für Patienten verteilt werden kann. Wie der konkrete Zeitplan für den Heilberufausweis aussehen soll, ließ der Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, Klaus-Theo Schröder, auf dem eHealth-Fachkongress in Dresden offen.

29. Kammerversammlung

Dresden
15. November 2003

Doch nur die gleichzeitige Einführung beider Chipkarten ist sinnvoll, wenn man die Funktionalität eines Datentransfers zum Versicherungsstand, den ärztlichen Befunden, einem elektronischen Rezept und Notfallinformationen sicher und effektiv nutzen will. Erst dann wird es auch zu den erwarteten jährlichen Einsparungen im Gesundheitswesen von rund 1,2 Mrd. Euro kommen. Aber beide Karten bis 2006 ohne schwerwiegende Probleme einzuführen, ist nach den Erfahrungen aus der Autobahnmaut und dem Firmenkonsortium „Toll Collect“ nicht zu erwarten. Rund 80 Millionen Bundesbürger müssen mit einer elektronischen Gesundheitskarte ausgerüstet werden. Und allein 300.000 berufstätige Ärzte in Deutschland benötigen einen Heilberufsausweis.

SaxTeleMed

Das Bundesgesundheitsministerium kann auf gute Erfahrungen in Sachsen zurückgreifen und muss das Rad eigentlich nicht neu erfinden: Das Modellprogramm SaxTeleMed. In diesem Programm ist ein erfolgreicher Test der elektronischen Befundung zwischen Krankenhäusern und Praxen unter Einbeziehung eines elektronischen Arzttausweises hervorragend gelungen. Sämtliche Probleme des Datenschutzes und der Schnittstellen konnten gelöst werden. Doch im SPD-regierten Deutschland kann nicht sein, was nicht sein darf: Ein CDU-regiertes ostdeutsches Bundesland ist dem Zeitgeist voraus. Deshalb finden die Resultate des Programms nur über Umwege nach Berlin.

Berufsordnung der Ärzte ändert sich

In Sachsen stehen neben den bundespolitisch hervorgerufenen Veränderungen auch auf Landesebene wichtige Aufgaben an. Dazu gehören die neuen Regelungen über erlaubte Informationen durch Ärzte (Werbung), zur medizinischen Ausbildung durch die neue Approbationsordnung und die Abschaffung des AiP ab 1. Oktober 2004 sowie die Weiterbildung durch die Novellierung der (Muster-) Weiterbildungsordnung. Sie ist eine bundeseinheitliche Empfehlung, welche die Qualität und Vergleichbarkeit der Weiterbildung sichern und zugleich die Flexibilität zwischen ambulantem und klinischen Bereich garantieren soll. Ab 1. Januar 2005 wird in Sachsen nach Beschlussfassung durch die Kammerversammlung (Juni 2004) die neue Weiterbildungsordnung eingeführt.

Die Approbationsordnung sieht neben einem stärker praxisbezogenen Studium in kleineren Praxisgruppen die Abschaffung des Arzt im Praktikum vor. Durch die Abschaffung gewinnt das praktische Jahr eine neue wichtige Rolle. Außerdem ist damit zu rechnen und zu fordern, dass ein Absolvent der Medizin mit Berufseintritt wie ein Assistenzarzt gestellt werden muss. Vergütung inklusive.

Dauerthema: Ärztemangel

Aus der Fach- und Tagespresse oder aus eigener Erfahrung ist der Rückgang der berufstätigen Ärzte in Sachsen bis 2010 bekannt. Eine Zuspitzung der Lage ergibt sich aus dem Zusammentreffen zweier Parameter: Dem Altersdurchschnitt der berufstätigen Kollegen und dem stetigen Rückgang bei den Absolventen der Medizin, die tatsächlich den Arztberuf ergreifen. Hier nur zwei Zahlen: 1998 konnten in der Sächsischen Landesärztekammer 367 Erstmeldungen von Ärzten im Praktikum verzeichnet werden, in diesem Jahr gerade einmal 184.

Die Sächsische Landesärztekammer hat das Problem des Ärztemangels bereits seit 1995 auf allen Ebenen dargestellt. Es ist also nicht neu. Einen Teilerfolg der Bemühungen um eine Lösung konnte dahingehend erzielt werden, dass es seit 2002 Arbeitsgruppen im sächsischen Sozialministerium zu diesem Thema gibt. Diese Arbeitsgruppen haben zahlreiche Vorschläge erarbeitet, deren Umsetzung aber von allen Partnern abhängt.

Die Dynamisierung eines Versorgungsdefizits ist für die kommenden fünf Jahre zu erwarten. Zahlreiche Briefe von niedergelassenen Ärzten, Klinikärzten und Bürgermeistern erreichen die Sächsische Landesärztekammer zu diesem ernstesten Problem.

Ein Vorschlag zur Teillösung dieser Frage hat vor einem Monat die Ärzteschaft in Sachsen beschäftigt: Das Förderdarlehen für die Niederlassung im ländlichen Bereich in Höhe von 100.000 EURO. Ein Vorschlag, der aber noch nicht über das Stadium einer Idee hinaus ist. Es ist weder die Finanzierung, noch sind die rechtlichen Grundlagen geklärt. Aber es gibt noch mehr: Die Angleichung der Vergütung an westdeutsches Niveau, eine verstärkte Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin und weniger Bürokratie, welche den Arztberuf unattraktiv macht. Dass Letzteres eintritt, ist allerdings Illusion, wie DMP, DRG, Praxisgebühr etc. zeigen.

Lösung Osteuropa?

Die Anwerbung von ausländischen Ärzten löst das Problem nicht, zumal nicht nur Sachsen Bedarf an Medizinern hat. Auch die Sprachbarriere schließt eine größere Zuwanderung aus. Eine positive Informationskampagne für die ärztliche Tätigkeit in Sachsen und auch Eigeninitiative können dagegen zum Erfolg führen. Erfinderisch waren die Sachsen doch schon immer.

Die Situation des Ärztemangels wird sich dennoch dramatisch verschärfen. Denn die Umsetzung des EuGH-Urteils zu „Bereitschaftszeit ist Arbeitszeit“ kann sich besonders negativ auswirken. Sicher bringt es manchem Kollegen mehr Freizeit und Entlastung, dem anderen jungen Arzt aber eine finanzielle Einbuße. Aber nach Schätzungen der Krankenhausgesellschaft Sachsen benötigen wir bei Umsetzung des Urteils an den hiesigen Kliniken rund 800 neue Arztstellen. Doch schon heute sind 360 freie Stellen nicht zu besetzen. Und je länger mit positiven Anreizen gewartet wird, umso mehr Ärzte gehen völlig ausgebrannt vorzeitig in den Ruhestand und umso mehr Absolventen wandern in das europäische Ausland oder in berufsfremde Gebiete ab. Dennoch hat der Ärztemangel auch eine positive Seite: Die Verhandlungspositionen der Ärzte werden gestärkt, weil man sie braucht.

Ärztliche Standespolitik im Reformprozess

Die Sächsische Landesärztekammer ist als Selbstverwaltungskörperschaft mehr denn je gefragt. Es gilt, politische Grenzen auszuloten, die eine Körperschaft einzuhalten hat. Doch die ärztliche Standespolitik im Prozess der Reformen wird auch weiterhin geprägt sein von:

- der Besinnung auf das Gesamtinteresse aller Ärzte,
- der wirtschaftlichen Sicherung der Berufsausübung,
- einer vehementen Verteidigung der ärztlichen Berufsfreiheit,
- dem Kampf gegen die wachsende Bürokratie im ärztlichen Berufsalltag und
- einer Aufklärung der Patienten über die Hintergründe gesundheitspolitischer Maßnahmen.

Nicht umsonst hat sich der neu gewählte Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer die Berufspolitik für die kommenden vier Jahre als Schwerpunkt gesetzt.

Die nächste Reform kommt

Das Jahr 2004 wird die Sächsische Landesärztekammer nicht minder stark mit berufspolitischer Arbeit beschäftigen. Auch innerärztlichen Streit wird es geben. Es wird noch viel Kraft benötigt. Auch aus den Reihen der Mandatsträger. Und man muss sich beständig für die Herausforderungen motivieren müssen. Dazu ist es manchmal gut sich derer zu bedienen, die den ärztlichen Beruf als Außenstehende betrachten und positiv hervorheben. Der Philosoph Karl Jaspers hat einmal in seinem Aufsatz „Der Arzt im technischen Zeitalter“ gesagt: „Die Praxis des Arztes ist konkrete Philosophie“. In dem tradierten Dualismus von naturwissenschaftlicher und zugleich ethisch menschlicher Dimension des ärztlichen Handelns spiegelt sich die Gesellschaft. Die tägliche Arbeit, die Entscheidungen müssen sich demnach an den Maßstäben der Ethik, der Moral und in Zukunft verstärkt

der Ökonomie messen lassen. Die Erwartungen der kranken Menschen können nur dann erfüllt werden, wenn eine Medizin nach menschlichem Maß möglich ist. Doch die Rahmenbedingungen dafür müssen immer wieder eingefordert werden.

(Die vollständige Rede finden Sie im Internet unter www.slaek.de).

Die Schwerpunktthemen der sich anschließenden sehr lebhaften und sachlichen **Aussprache zu den aktuellen gesundheitspolitischen und berufspolitischen Problemen** waren:

Sorge um den Erhalt einer wohnortnahen hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung der Patienten

Der Ausschuss „Ambulante Versorgung“ der Sächsischen Landessärztekammer sieht in dem Gesundheitsreformgesetz wesentliche Nachteile gegenüber der derzeitigen Rege-

lung und befürchtet eine Verschlechterung der Patientenversorgung.

Der grundsätzliche Einwand ist, dass die offensichtlich größere Nähe zum Staatshaushalt das Gesundheitssystem vom jeweiligen politischen Geschäft abhängig macht. Wir müssen deshalb versuchen, unser bisher vorbildliches staatsunabhängiges Gesundheitssystem zu erhalten, es darf nicht ein staatliches Gesundheitswesen werden. Mit diesem Gesetz werden zusätzliche bürokratische Hürden eingeführt. Es kommt verwaltungstechnisch zu erheblichem Mehraufwand. Das bedeutet, dass Betreuungszeit für den Patienten in Verwaltungszeit umgewandelt wird oder dass zusätzlich Personal eingestellt werden muss.

Einzelne Krankheiten sind nicht mehr in den Versicherungsleistungen enthalten, als Beispiel die Sehstörungen, die durch die Verordnung von Brillen behandelt werden können. Dies kann zu einer deutlichen Verschlechterung der

29. Kammerversammlung

Dresden
15. November 2003



*Dr. Bernhard Ackermann, Zwickau
Alterspräsident der Kammerversammlung*

Sehkraft der Bevölkerung führen mit Gefahren für das Allgemeinwohl – zum Beispiel Verkehrssicherheit.

Das Kassieren der Patientengebühr von 10 EUR pro Quartal ist einzig und allein die Aufgabe der Krankenkassen, die die kaufmännischen Voraussetzungen dazu besitzen. In allen Arztpraxen sollten deshalb Hinweisschilder angebracht werden, die besagen, dass die Patientengebühr nicht von den Praxen einbehalten werden, sondern an die Kassen abgeführt werden müssen.

Die obligatorische Überweisung vom Hausarzt zum Facharzt bedeutet eine wesentliche Verzögerung in der Behandlung und kann speziell bei akuten Fällen zu einer Gefahr für den Patienten werden. Die bereits überlasteten Allgemeinarzt-Praxen werden durch die



Prof. Dr. Friedrich Kamprad, Leipzig

zusätzliche Überweisungs-Zettel-Schreiberei weiter belastet und degradiert.

Die Einführung von Regelleistungsvolumina wird zu längeren Wartelisten in entsprechenden Facharzt-Einrichtungen (zum Beispiel in radiologischen Praxen) führen. Da der einzelne Facharzt entsprechend seinem Regelleistungsvolumen mit festen Preisen vergütet werden soll und seine Leistungen, die das Volumen überschreiten, in starker Abstufung geringer oder gar nicht vergütet werden sollen, wird es zu langen Wartelisten in fast allen Fachgebieten kommen.

Von einem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen erwarten die ambulant tätigen Ärzte praktikable Regeln für die Zusammenarbeit untereinander, sowie für den Umgang mit den Krankenkassen und Apotheken. Solche Regeln sollen so-

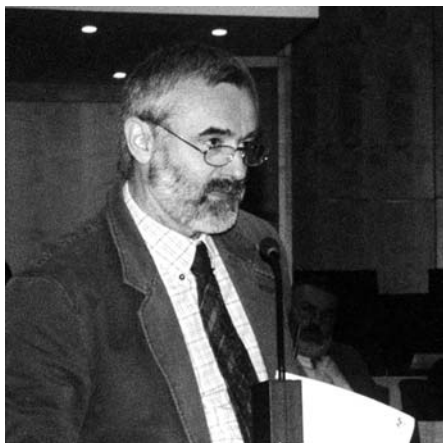
wohl den anerkannten Bedürfnissen und zumutbaren Möglichkeiten der Patienten als auch den unternehmerischen Chancen der Praxen gerecht werden. Als Beispiel sei eine Überprüfung und Regelung der Preise für Arzneimittel genannt, denn in Deutschland, Belgien und Frankreich hat dasselbe Präparat einen ganz verschiedenen Preis.

Geschlossenheit und Schulterschluss

Innere und äußere Geschlossenheit der gesamten deutschen Ärzteschaft ist unbedingt notwendig und gerade jetzt im Reformprozess von großer Bedeutung. Die Ärzte müssen in ganz Deutschland gemeinsam eine Einheit demonstrieren. Die Ärzte dürfen sich nicht durch die Politik auseinander dividieren lassen. Sie müssen die Verteidigung des ärztlichen Berufsstandes über Partikularinteressen stellen.

Ärztlemangel

Die Ärzteschaft hat einen hohen Altersdurchschnitt. Der Anteil der Ärzte, die aus Altersgründen in den kommenden Jahren in den Ruhestand gehen, ist höher denn je. Der Anteil der über 59-Jährigen an den berufstätigen Ärzten in der Bundesrepublik Deutschland ist von 1995 bis 2002 um 58 Prozent gewachsen. Bis 2008 müssen aus Altersgründen 28.800, bis 2013 sogar 62.000 Ärzte ersetzt werden. Besonders kritisch ist die Lage in den neuen Bundesländern. Außerdem fehlt der Nachwuchs. In den vergangenen acht Jahren ist in Deutschland die Zahl der Absolventen um 25 Prozent zurückgegangen. Im gleichen Zeitraum sank die Zahl der Ärzte



Dr. Winfried Rieger, Ebersbach

im Praktikum um 22 Prozent. Als Folge werden die Versorgungslücken immer größer. Allein in der hausärztlichen Versorgung ergibt sich in Deutschland bis 2008 ein Bedarf von 2200, ab 2009 ein Bedarf von 2600 Ärzten in diesem Fachgebiet pro Jahr. Die Ärzte in den neuen Bundesstaaten erhalten niedrigere Honorare als die Kollegen in den alten Bundesländern. Außerdem betreuen sie durchschnittlich mehr Menschen. Eine Arbeitszeit von wöchentlich 65 Stunden ist bei den Ärzten der fünf neuen Bundesländer Normalität. Wenn die Politik nicht bald Gegenmaßnahmen ergreift, wird die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung im Osten Deutschlands in naher Zukunft zusammenbrechen.

Sächsische Ärzte lehnen Kassierung der Praxisgebühr für die Krankenkassen ab

Die Politik deklariert die Praxisgebühr vorwiegend als ein Steuerungselement für Patientenverhalten – tatsächlich aber handelt es sich in erster Linie um ein Finanzierungsinstrument für die Krankenkassen, also um eine „Kassengebühr“. Die sächsischen Ärzte protestieren dagegen, dass der Arzt als Kassierer für die Krankenkassen fungieren soll. Die sächsischen Ärzte fordern den Gesetzge-



Dr. Wolfgang Strauß, Leipzig

ber auf, diesen unwürdigen Zustand ein Ende zu machen. Denn der bürokratische Aufwand – Kassieren der Gebühr, Ausstellung von Quittungen, Führen eines Kassenbuches, Prüfen von Befreiungsbescheiden, Deponieren des Geldes etc. – wird zu einer erheblichen Mehrbelastung des nichtärztlichen Personals und der Ärzte führen. Wir verweisen auf den Beschluss Nr. 9 der Kammerversammlung auf Seite 524. Die sächsischen Ärzte verlangen deshalb, dass die verantwortlichen Landespolitiker beim Bundesgesetzgeber intervenieren.

Schwerpunkt: Neuordnung des Medizinstudiums und Abschaffung des AiP in der Bundesrepublik Deutschland

Der „Arzt im Praktikum“ (AiP) wird ab 1. Oktober 2004 abgeschafft. Das Bundeskabinett hat am 5. November 2003 mit der Zustimmung zum „Entwurf eines Gesetzes der Bundesärzteordnung und anderer Gesetze“ den Weg für die Abschaffung des „Arztes im Praktikum“ (AiP) frei gemacht. Das Hauptthema am Vormittag der Kammerversammlung war die Novellierung der Appro-

bationsordnung und die damit verbundene Änderung der Studienordnung an den deutschen und insbesondere an den beiden sächsischen Medizinischen Fakultäten.

Der Präsident des Medizinischen Fakultätentages, Herr Prof. Dr. Gebhardt von Jagow, referierte über die Thematik:

Welche Anstrengungen unternehmen die Medizinischen Fakultäten, um die praxisnahe Ausbildung umzusetzen?

Dieser interessante Vortrag wird im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 1/2004, abgedruckt.

Neuordnung des Medizinstudiums an der Universität Leipzig im Rahmen der Umsetzung der neuen Approbationsordnung und der Abschaffung des AiPs zum 1. Oktober 2004

*Prof. Dr. Jan Gummert,
Studiendekan der Medizinischen Fakultät
der Universität Leipzig*

Das AiP wurde 1988 eingeführt, um die Ausbildung der angehenden Ärzte zu verbessern. Diese Begründung war im wesentlichen eine Farce, denn es ging darum, die damals sehr hohen Zahl von Berufsanfängern kostenneutral in den Kliniken unterbringen zu können. Die Ausbildungsqualität spielte eine untergeordnete Rolle und wurde – auch retrospektiv betrachtet – durch die Einführung des AiP nicht verbessert.

Die Einführung der neuen Approbationsordnung zum Wintersemester 2003/2004 hat das Ziel, die Ausbildung zum Arzt weiter zu verbessern. Gleichzeitig hat die Bundesregierung beschlossen, den AiP zum 1. Oktober 2004 abzuschaffen.

Ulla Schmidt: „Durch die neue Approbationsordnung wird die Ausbildung der Ärzte praxisnäher, wir brauchen daher den Arzt im Praktikum nicht mehr“. Auch die Abschaffung des AiP wird mit vorgeschobenen Argumenten begründet.

Allein durch den zeitlichen Zusammenhang – die ersten Studenten werden frühestens 2009 vollständig nach neuer Approbationsordnung

29. Kammerversammlung

Dresden
15. November 2003



Podiumsdiskussion zum Medizinstudium

ausgebildet sein – hat sich die Politik entlarvt. Wie ist es denn um die Qualifikation der Berufsanfänger 2005 bestellt? Haben diese schon die vermeintlichen Segnungen der neuen Approbationsordnung genossen und brauchen den AiP nicht mehr?

Die aktuelle Abschaffung der AiP-Phase hat sicherlich eher mit dem drohenden Ärztemangel und der immer geringer werdenden Attraktivität des Arztberufes zu tun. Trotzdem begrüße ich natürlich die Abschaffung des AiP, führt dies doch zu einer gerechteren Bezahlung der Leistung angehender Ärzte.

Die Umsetzung der neuen Approbationsordnung hat auch die Leipziger Fakultät vor große Probleme gestellt. Die Ansätze der Approbationsordnung sind sicherlich richtig, allerdings ist die Umsetzung angesichts des Ressourcenmangels (Geld und Personal) und gleichzeitigem Anstieg der Studentenzahlen kaum zu bewältigen. Kritisch wird auch aus Leipziger Sicht das zweite Examen gesehen, dass erst am Ende des Praktischen Jahres die zweite große Hürde für den Studenten darstellt.

Ein weiterer Problemkreis ist die Verlagerung vieler Prüfungen auf die Ebene der Universität. Eine sinnvolle Gestaltung der Prüfungen kann nur durch zusätzliches Personal sowohl auf Verwaltungsebene als auch auf Lehrebene bewältigt werden.

Trotz aller Vorbehalte und Probleme haben wir in Leipzig – auch Dank eines enormen Engagements einiger Studenten – eine zukunftsweisende Studienordnung aufgebaut, die dem Konzept eines integrativen Blockstudiums folgt. Erstmals werden in Leipzig drei PBL – Kurse in den zweiten Studienabschnitt integriert. Die derzeit vorliegende Studienordnung ist nur der Anfang, durch den modularen Aufbau können

mit zunehmender Erfahrung problemlos weitere Konzepte integriert werden.

Neuordnung des Medizinstudiums an der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden

Prof. Dr. Peter Dieter,
Studiendekan der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden

Hintergründe für die Einführung des AiP waren 1988/90 der postulierte Ärzteüberschuss und der fehlende Praxisbezug im Studium – eine sofortige Niederlassung nach dem Studium sollte unterbunden werden. Hintergründe der Abschaffung des AiP ist der Ärztemangel – Niederlassung ohne Facharztausbildung ist nicht mehr möglich. Aber wie sieht es mit der Praxisbezogenheit des Studiums aus? In Dresden wurde mit dem Reformcurriculum DIPOL® der Praxisbezug deutlich erhöht durch – Papierfälle, Standardisierte Patienten, Simulationszentrum, Klinische Blockpraktika, Einbezug der Lehrkrankenhäuser und Lehrpraxen. Erste Absolventen mit „Teil- DIPOL®“ bereits 2002, Absolventen mit Voll- DIPOL® erst Ende 2009. Bei der (unbestreitbar notwendigen) Abschaffung des AiP zum 1. Oktober 2004 muss eine politische Lösung gefordert werden für 1) die Finanzierbarkeit und 2) Absolventen, die nicht in die Facharztausbildung gehen.

Die Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden setzt seit 1998 eine umfassende Reform aller Studienjahre im Studiengang Medizin um. Ziel des Umstrukturierungsprozesses ist der Aufbau eines integrativen Kurssystems unter Einbeziehung problemorientierter Lehr- und Lernformen (DIPOL) mit einem gleichzeitigen Ausbau der bereits existierenden praxisnahen

Ausbildungsanteile. Im Rahmen des klinischen Untersuchungskurses erhalten die Studenten die Gelegenheit, häufige und typische Erkrankungsbilder im direkten Patientenkontakt zu erleben. Dabei erhalten sie die Möglichkeit, grundlegende ärztliche Untersuchungstechniken kennen zu lernen und zu trainieren. Die im 5. Studienjahr angesiedelten Blockpraktika bieten dann Gelegenheit zu einer intensiven Auseinandersetzung mit den jeweiligen fachspezifischen Inhalten.

Das Ergebnis der sich anschließenden konstruktiven und interessanten Podiumsdiskussion über die Neuordnung des Medizinstudiums ist der bestätigte Beschluss Nr. 10 der Kammerversammlung, der auf Seite 524 abgedruckt ist.

Wahl der Delegierten zu den Deutschen Ärztetagen gemäß § 6 Abs. 2 der Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer

Der Deutsche Ärztetag ist die jährliche Hauptversammlung der Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern. Er ist Organ der Bundesärztekammer. Gemäß § 4 Abs. 3 der Satzung der Bundesärztekammer ist die Zahl der Abgeordneten zum Deutschen Ärztetag auf 250 begrenzt. Bezogen auf die Anzahl ihrer Mitglieder erhält die Sächsische Landesärztekammer 12 Sitze im Deutschen Ärztetag. Gemäß § 6 Abs. 2 der Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer wählt die Kammerversammlung aus den Mitgliedern der Landesärztekammer Delegierte zu den Deutschen Ärztetagen für vier Jahre, die mit der Amtsperiode der Kammerversammlung beginnen.

Die Kammerversammlung wählte folgende Delegierte und Ersatzdelegierte (in der Reihenfolge der erreichten Stimmen):

Delegierte:

1. Prof. Dr. med. Jan Schulze, Dresden
FA für Innere Medizin, A
2. Prof. Dr. med. Otto Bach, Leipzig
FA für Psychiatrie und Psychotherapie, R
3. Dr. med. Stefan Windau, Leipzig
FA für Innere Medizin, N
4. Erik Bodendieck, Wurzen
FA für Allgemeinmedizin, N
5. Dr. med. Claus Vogel, Leipzig
FA für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, N
6. Prof. Dr. med. Gunter Gruber, Leipzig
FA für Innere Medizin, A

7. Dr. med. Rudolf Marx, Mittweida
FA für Öffentliches Gesundheitswesen,
FA für Kinder- und Jugendmedizin, A
8. Prof. Dr. med. Rolf Haupt, Leipzig
FA für Pathologie, R
9. Dr. med. Thomas Lipp, Leipzig
FA für Allgemeinmedizin, N
10. Dr. med. Thomas Fritz, Dresden
FA für Innere Medizin, A
11. Dr. med. Steffen Liebscher, Aue
FA für Innere Medizin, N
12. Dr. med. Gisela Trübsbach, Dresden
FÄ für Radiologie, N

Ersatzdelegierte

13. Prof. Dr. med. Eberhard Keller, Leipzig
FA für Kinder- und Jugendmedizin, A
14. Dr. med. Günter Bartsch, Neukirchen
FA für Kinder- und Jugendmedizin, N
15. Dr. med. Helmut Schmidt, Hoyerswerda
FA für Kinder- und Jugendmedizin, A
16. Mascha Lentz, Dresden
Ärztin im Praktikum, A
17. Dr. med. Clemens Weiss, Leipzig
FA für Urologie, FA für Chirurgie, R
18. Prof. Dr. med. Wolfgang Leupold,
Dresden
FA für Kinder- und Jugendmedizin, A
19. Dr. med. Maria Eberlein-Gonska,
Dresden, FÄ für Pathologie, A

Stand und Probleme der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen

Dr. Rainer Kluge,

Leiter der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen

Die Gutachterstelle der Sächsischen Landesärztekammer steht vor einer wesentlichen personellen Veränderung.

Seit Beginn seiner ehrenamtlichen Tätigkeit am 1. Januar 1992 hat Herr Rudolf Koob, Vorsitzender Richter am OLG a.D., verantwortlich den juristischen Teil der Arbeit der Gutachterstelle wahrgenommen.

Diese umfangliche Arbeit hat er jederzeit verlässlich und schnell erledigt. Neben der laufenden Tätigkeit hat er insbesondere in der Anfangszeit dieser Tätigkeit auf vielen Kreis-kammerveranstaltungen der Sächsischen Ärzteschaft die Grundzüge des Arzthaftungsrechtes erläutert.

Die Ausarbeitung der ersten Verfahrensordnung der Gutachterstelle, die Einrichtung des Sachverständigenrates und die Anpassung der Verfahrensordnung an aktuelle Veränderungen sind wesentliche Meilensteine dieser Tätigkeit.



*Verabschiedung von Herrn Rudolf Koob
Vorsitzender Richter am OLG a.D.*

Die Sächsische Landesärztekammer ist Herrn Rudolf Koob zu großem Dank verpflichtet. Seit dem 1. März 2003 ist nunmehr Herr Wolfgang Schaffer in dieser Funktion tätig. Nach einer Übergangszeit von sieben Monaten wird er nun diesen Bereich vollverantwortlich übernehmen.

Herr Wolfgang Schaffer ist in seiner aktiven Dienstzeit in verschiedenen hochrangigen Funktionen der bayerischen Justiz tätig gewesen, zuletzt als Präsident des OLG.

Satzung der Sächsischen Landesärztekammer zur Erteilung des Fortbildungszertifikates (freiwillig zertifizierte Fortbildung)

Professor Dr. Otto Bach,

Vorsitzender der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung

Nachdem die Modellphase des freiwilligen Fortbildungszertifikates sowohl auf der Ebene der Bundesärztekammer wie auch der Sächsischen Landesärztekammer – wie man rückblickend wohl zurecht einschätzen kann – erfolgreich abgeschlossen wurde, machen sich Änderungen des Regelwerkes erforderlich, die durch mehrere Gründe erklärlich sind. Zum einen ist es erforderlich, die Regularien an die von der Bundesärztekammer vorgegeben verbindlichen Regeln anzupassen, zum anderen sollten Maßnahmen mit Motivationsförderung mit einer Plakette erreicht werden, die der Arzt, der das Zertifikat erworben hat, als Qualifizierungsmerkmal nach außen sichtbar machen kann.

Im Hinblick auf die Zunahme der Bedeutung des Fortbildungszertifikates im Rahmen der



*Herr Wolfgang Schaffer,
Präsident des OLG a.D.*

durch das verabschiedete Gesundheitsreformgesetz geforderten Nachweispflicht der Fortbildungsaktivitäten für alle Ärzte wurden die Regeln in einer neuen Satzung in einen höheren Grad von Verbindlichkeit gebracht. Bis zum Zeitpunkt der Kammerversammlung am 15. November 2003 haben fast genau 1000 Ärzte das Fortbildungszertifikat erworben.

Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer

Professor Dr. Wolfgang Saueremann,

Vorsitzender des Ausschusses Satzungen

Die Änderungen einzelner Vorschriften der Berufsordnung wurden auf Grundlage der Beschlüsse des 106. Deutschen Ärztetages für uns sächsische Ärzte durch die Kammer-versammlung notwendig.

1. Änderung des § 26, der den ärztlichen Notfalldienst regelt:

Ein Vorschlag des 106. Deutschen Ärztetages, der „familienfreundlichen“ Erweiterung der Befreiungstatbestände

1. für Ärztinnen
2. oder, wenn der andere Elternteil die Versorgung des Kindes nicht gewährleisten kann auch für männliche Ärzte bis zu drei Jahren des Kindes,

konnte der Diskussion der sächsischen Delegierten zur Kammerversammlung nicht standhalten.

Die Kammerversammlung entschied sich für Sachsen für eine Begrenzung auf 12 Monate ohne Unterschied der Geschlechter. Dieses Abstimmungsergebnis kam zustande, nachdem sich auch Frauen und jüngere Mütter

29. Kammerversammlung

Dresden
15. November 2003

zustimmend für das Argument der 12 Monate Befreiung geäußert hatten.

2. Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit bei der Zusammenarbeit mit Dritten, insbesondere mit der Industrie.

Zu diesem Problem konnte nur die Sicht des Berufsrechtes mit Fokussierung auf den Patientenschutz im Beschluss der Kammer berücksichtigt werden, es ergeben sich somit für die §§ 30, 32, 33 und 34 Veränderungen. Nach der Novellierung der sächsischen Berufsordnung ist zum Beispiel auch ein individuelles Fortbildungssponsoring in angemessener Weise nicht ordnungswidrig. Angemessen ist das Sponsoring dann wohl unbestritten, wenn die reine Teilnahme an einer sonst nicht erreichbaren Fortbildung dadurch abgedeckt wird.

Die Berufsordnung regelt aber nur berufsrechtliche, nicht strafrechtliche Voraussetzungen für die Zusammenarbeit mit Dritten.

Bei einschlägigen Entscheidungen sollte sich der einzelne Arzt deshalb die Grundsätze der Gesamtregelung immer vor Augen halten:

1. Äquivalenz von ärztlicher Leistung und Gegenleistung
2. Trennung von Beschaffungsentscheidung und Zuwendungsempfang
3. Transparenz der finanziellen Zuwendungen
4. Dokumentation der Zusammenarbeit.

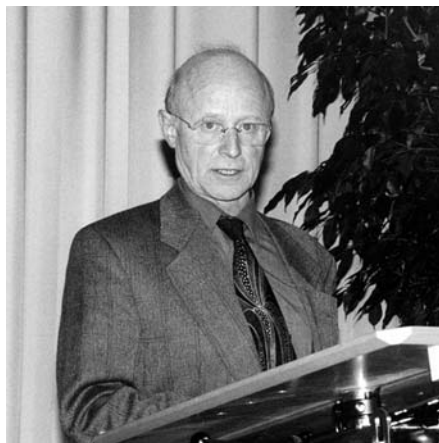
Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer

Dr. Claus Vogel,

Vorsitzender des Ausschusses Finanzen

Am 1. Januar 2004 sind folgende Änderungen der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer vorgesehen, die von der 29. Kammerversammlung am 15. November 2003 beschlossen worden sind:

In Fortführung des bisherigen Verwaltungshandelns soll die Bestätigung des Steuerberaters über die Höhe der Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit als Nachweis für die Veranlagung zum Kammerbeitrag anerkannt werden. Insbesondere vielen niedergelassenen Ärzten liegt der Einkommensteuerbescheid des Vorjahres erst relativ spät vor, so dass im Jahr 2003 fünfmal häufiger Fristverlängerungen für die Einreichung der Nachweise gewährt werden mussten als im Vorjahr (ca. 3.500). Das bedeutet neben einer verspäteten Veranlagung von einer großen Zahl von Ärzten auch einen hohen Verwaltungsaufwand.



Dr. Claus Vogel

Weiterhin ist vorgesehen, die Anlage zu § 2 Abs. 5 der Beitragsordnung, das ist die Tabelle über Kammerbeiträge, von bisher 25 Beitragsstufen auf 30 Beitragsstufen zu erhöhen. Für Ärzte, die bisher gemäß ihres Nachweises höhere Einkünfte als 120.000 EUR erzielten, wurde der Kammerbeitrag durch Multiplikation der Einkünfte mit dem Beitragsatz von 0,6 % ermittelt. Aufgrund von Rechenfehlern konnten viele dieser Selbststeufernicht akzeptiert werden und es musste eine Festsetzung des Kammerbeitrages erfolgen. Dies erforderte neben dem notwendigen Schriftverkehr auch die Nachforderung oder Rückzahlung von Beiträgen. Außerdem ergab diese Form der Berechnung regelmäßig unrunde Beträge, die buchhalterisch aufwendiger zu handhaben sind.

Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer

Dr. Claus Vogel,

Vorsitzender des Ausschusses

Dr. Peter Wicke,

Leiter der Ärztlichen Stelle RöV/StrlSch VO

Herr Dr. Wicke wies auf die Novelle der Röntgenverordnung hin, die am 1. 7. 2002 in Kraft getreten ist. Diese weist den Ärztlichen Stellen einen erweiterten Prüfungsumfang zu, der sich unter anderem auf die rechtfertigende Indikation sowie die Einführung von Dosisreferenzwerten bezieht. Besonders letztere bedeuten in bezug auf Erfassung, Bewertung und Weiterleitung an das Bundesamt für Strahlenschutz für die Ärztlichen Stellen eine erhebliche bürokratische Mehrbelastung. Darüber hinaus muss zunehmend die digitale Bild-

gebung (die den klassischen Röntgenfilm ablöst) als derzeitiger Stand von Wissenschaft und Technik berücksichtigt werden. Die schrittweise Umsetzung dieser zusätzlichen Aufgaben soll vorsorglich durch einen Gebührenrahmen (225,00 bis 450,00 EUR) abgesichert werden, das heißt solange die Prüfungen im bisherigen Umfang durchgeführt werden, verbleibt es bei der derzeitigen Gebührenhöhe von 225,00 EUR.

Die Strahlenschutzverordnung vom 20. Juli 2001 fordert die Einrichtung von Ärztlichen Stellen zur Qualitätssicherung der medizinischen Strahlenanwendung am Menschen für den Bereich Nuklearmedizin als auch Strahlentherapie. In der Gebührenfestlegung wurde sowohl der umfangreiche Prüfungsauftrag als auch die unterschiedliche Ausstattung der Einrichtungen berücksichtigt.

Finanzen – Haushaltsplan 2004

Dr. Claus Vogel,

Vorsitzender des Ausschusses Finanzen

Der Vorsitzende des Finanzausschusses der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Dr. Claus Vogel, stellte den Mandatsträgern den Haushaltsplan 2004 detailliert und schlüssig vor.

Der Haushaltsplan 2004 orientiert sich eng an den Istzahlen des Jahres 2002, wobei zusätzliche Aufwendungen aufgrund neuer Aufgaben und Projekte und auch deren Reduzierung berücksichtigt worden sind.

Insgesamt steigen die Aufwendungen gegenüber dem Jahr 2002, also für zwei Haushaltsjahre um 4,4 % und gegenüber dem Haushaltsplan 2003 um 2,4 %. Es kann eine konstante ausgewogene Entwicklung festgestellt werden. Die Personalkosten steigen gegenüber dem Haushaltsplan 2003 aufgrund geänderter tariflicher Bestimmungen im BAT-O. Der Stellenplan weist eine Planstelle weniger als im Vorjahr aus. Die Übernahme weiterer Aufgaben zum Beispiel Ärztliche Stelle gemäß StrlSchVO wird durch innerbetriebliche Rationalisierung und die Einbeziehung von ehrenamtlich tätigen Ärzten realisiert.

Die Erhöhung des Aufwandes für die Selbstverwaltung um 8,0 % gegenüber dem Haushaltsplan 2003 ist vor allem durch die Absicherung von Aufgaben für die Ärztliche Stelle Röntgen und StrlSchVO durch ehrenamtlich tätige Ärzte verursacht. Insgesamt steigt der Sachaufwand um 0,2 % gegenüber dem Haushaltsplan 2003. Die Abschreibungen der Betriebs- und Geschäftsausstattung entwickeln

sich entsprechend des bestätigten Investitionsplanes. Der Zinsaufwand verringert sich wegen der rückläufigen Zinszahlungen des Annuitätendarlehens für das Kammergebäude. Die Einnahmen sinken gegenüber dem Ist 2002 um 4,8 %, während gegenüber dem Haushaltsplan 2003 eine Steigerung von 2,4 % vorgesehen ist.

Die Kammerbeiträge werden aufgrund der Umstellung der Bemessungsgrundlage für den Kammerbeitrag vorsichtig kalkuliert. Die demographische Entwicklung der Kammermitglieder unter Berücksichtigung der Anzahl der berufstätigen Ärzte und die bei der Berechnung vorliegenden Veranlagungsergebnisse sind in die Kalkulation eingeflossen.

Die Gebühren laut Gebührenordnung steigen aufgrund der Erhebung von Gebühren für die Ärztliche Stelle StrlSchVO und für die Zertifizierung von Fortbildungsveranstaltungen. Die Gebühren für die Fortbildung entsprechen dem Niveau des Haushaltsplanes 2003. Die Höhe der Gebühren für Qualitätssicherung ergibt sich aus der Kalkulation des Sonderhaushaltes Qualitätssicherung und sichert eine 100 %ige Kostendeckung durch die Krankenkassen. Die Kapitalerträge werden niedriger als im Haushaltsplan 2003 geplant und ergeben sich aus der Höhe der für Geldanlage zur Verfügung stehenden liquiden Mittel und den kalkulierten Zinssätzen. Die Einnahmen Ärzteblatt resultieren aus der Erstattung von Autorenhonoraren. Die sonstigen Einnahmen

sinken gegenüber dem Haushaltsplan 2003, da noch nicht zugesagte Zuschüsse nicht planbar sind.

Insgesamt liegt ein ausgeglichener Haushalt des Jahres 2004 vor, der den Grundsätzen einer sparsamen und wirtschaftlichen Haushaltsführung entspricht.

Beschlüsse der 29. Kammerversammlung

Die Mandatsträger der Sächsischen Landesärztekammer fassten zur 29. Kammerversammlung am 15. November 2003 folgende Beschlüsse:

Beschlussvorlage Nr. 1:

Vorschlagsliste für die Delegierten zu den Deutschen Ärztetagen in der Wahlperiode 2003-2007 (Wahlergebnis Seite 520 – 521)

29. Kammerversammlung

Dresden
15. November 2003

Beschluss Nr. 2:

Satzung der Sächsischen Landesärztekammer zur Erteilung des Fortbildungszertifikates (freiwillig zertifizierte Fortbildung) (bestätigt)

Beschluss Nr. 3:

Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (bestätigt)

Beschluss Nr. 4:

Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (bestätigt)

Beschluss Nr. 5:

Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer (mit Änderungen bestätigt)

Beschluss Nr. 6:

Beschluss zur Änderung der Ordnung zur Zahlung von Aufwandsentschädigungen für ehrenamtliche Tätigkeit sowie von Unterstützungen an die Kreisärztekammer (bestätigt)

Beschluss Nr. 7:

Haushaltsplan 2004

(bestätigt)

Beschluss Nr. 8:

Bekanntgabe der Termine für den 14. Sächsischen Ärztetag/
30. Kammerversammlung und die 31. Kammerversammlung

(bestätigt)

Beschluss Nr. 9:

Gegen Bürokratie durch Praxisgebühr

(bestätigt)

Die Kammerversammlung hat beschlossen: Ab dem 1. Januar 2004 sind die Vertragsärzte gesetzlich verpflichtet, von jedem Patienten die „Praxisgebühr“ von 10 Euro je Erstinanspruchnahme des Arztes pro Quartal zu kassieren. Die Politik deklariert die Praxisgebühr vordergründig als ein Steuerungselement für Patientenverhalten – tatsächlich aber handelt es sich in erster Linie um ein Finanzierungsinstrument für die Krankenkassen. Die Praxisgebühr wird mit dem Honoraranspruch des Arztes verrechnet. Der Patient erhält keine direkte Gegenleistung. In Wahrheit handelt es sich um eine „Kassengebühr“. Dieser Systembruch drängt uns Ärzte in eine neue Rolle. Wir protestieren dagegen, dass der Arzt als Kassierer für die Krankenkassen fungieren soll. Es ist völlig unakzeptabel, dass der Arzt diese aufwendige Aufgabe dazu noch ohne Vergütung erledigen soll, während er selbst auf die einbehaltene Praxisgebühr noch mit einem

Verwaltungskostenanteil durch die Kassenärztliche Vereinigung belastet werden muss. Dem Arzt entstehen neben Mühe, Zeitaufwand, Personal- und Sachkosten nun auch noch Gebühren dafür, dass er für andere gratis kassiert!

Wir fordern den Gesetzgeber auf, diesem unwürdigen Zustand ein Ende zu machen. Denn der bürokratische Aufwand – Kassieren der Gebühr, Ausstellung von Quittungen, Führen eines Kassensbuches, Prüfen von Befreiungsbescheiden, Deponieren des Geldes etc. – wird zu einer erheblichen Mehrbelastung des nicht-ärztlichen Personals und der Ärzte führen. Die Zeit für die Zuwendung zum Patienten wird noch knapper werden.

Außerdem wird die Belastung der Hausärzte überproportional steigen, zumal gerade von diesen neben dem häufigen Kassieren der Praxisgebühr ebenso oft Überweisungsscheine ausgestellt werden müssen, um eine erneute Fälligkeit der Praxisgebühr für den Patienten bei einem anderen Facharztbesuch zu vermeiden. Dies ist insbesondere mit Blick auf den zunehmenden Hausärztemangel auch in Sachsen und bei der jetzt schon immensen Arbeitsbelastung kontraproduktiv.

Fast wie Hohn wirkt es, dass – nach derzeitigem Kenntnisstand – das Inkassorisiko für nicht erhebliche Praxisgebühren beim Arzt verbleiben soll. Ein Boykottieren der Praxisgebühr durch die Vertragsärzte ergibt keinen Sinn, da es dadurch zu direkten Honorarverlusten der Vertragsärzte käme und geltendes Recht gebrochen werden würde. Wir sächsischen Ärzte haben uns schon oft für sinnvolle Steuerungselemente des Inanspruchnahmeverhaltens ärztlicher Leistung ausgesprochen, aber diese überbürokratisierende und provozierende Regelung lehnen wir ab!

Wir fordern den Gesetzgeber auf, sinnvolle und weniger bürokratisch handhabbare Steuerungselemente statt dieser Praxisgebühr einzuführen, die dann von der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Kassen mit Augenmaß ausgestaltet werden können. Wir fordern unsere verantwortlichen Landespolitiker deshalb auf, beim Bundesgesetzgeber entsprechend zu intervenieren.

Beschluss Nr. 10:

Konsequenzen aus der Abschaffung des „Arzt im Praktikum“ (AiP) (bestätigt)

Die Kammerversammlung hat beschlossen: Die Abschaffung des AiP ist für den 1. Ok-

tober 2004 vorgesehen. Daraus ergeben sich zahlreiche Veränderungen für die Studenten der Humanmedizin in Deutschland. Auch in Sachsen wird es Neustrukturierungen der nachfolgenden Abschnitte und Veränderungen in der Lehre geben. Mit der Abschaffung des AiP nach derzeitigem Sachstand werden aber die Absolventen verschiedener Jahrgänge durch eine Stichtagsregelung ungleich behandelt. Zudem ist eine Vergütung nach den derzeit geltenden AiP-Gehältern nicht mehr möglich. Die Sächsischen Ärzte begrüßen grundsätzlich die geplante Abschaffung des „Arzt im Praktikum“ (AiP) durch die Bundesregierung. Dennoch fordern sie notwendige Modifizierungen, auch zur Sicherung des ärztlichen Nachwuchses in Sachsen.

1. Die Sächsischen Ärzte plädieren dafür, den „Arzt im Praktikum“ (AiP) für alle Absolventen des Medizinstudiums aus unterschiedlichen Jahrgängen ohne Übergangsbestimmungen abzuschaffen. Sie fordern eine erweiterte Stichtagsregelung. Alle Absolventen sollten in Zukunft unmittelbar nach dem bestandenen Staatsexamen (3. (alt) bzw. 2. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung) die Approbation als Arzt erhalten.

2. Die Sächsischen Ärzte fordern für junge Assistenzärzte vom Berufsstart an angemessene Gehälter. Die Bundesregierung wird aufgefordert, die mit der Abschaffung des „Arzt im Praktikum“ (AiP) verbundenen erhöhten finanziellen Belastungen der Krankenträger durch entsprechende aus Steuern finanzierte Zuschüsse auszugleichen.

3. Die Sächsischen Ärzte sehen in der Neuregelung (Abschaffung des AiP) eine Aufwertung der berufspraktischen Ausbildung während des Medizinstudiums im sogenannten „Praktischen Jahr“ (PJ = 6. Studienjahr). An den beiden Medizinischen Fakultäten in Sachsen, in Leipzig und Dresden, und den mit ihnen verbundenen Akademischen Lehrkrankenhäusern ergeben sich daraus erhöhte Anforderungen an die Qualität der Ausbildung. Die Bundes- und Landespolitik wird aufgefordert, die Rahmenbedingungen für die Qualität der Ausbildung zu verbessern.

4. Die Sächsischen Ärzte sehen die Notwendigkeit, dass möglichst viele Studenten im dritten Tertial des Praktischen Jahres in einer allgemeinmedizinischen Lehrpraxis arbeiten. Deshalb fordern die Sächsischen Ärzte die Aufnahme eines solchen Ausbildungsabschnittes in die Studienordnungen der Bundesländer.

5. Die Sächsischen Ärzte begrüßen zugleich das Gerichtsurteil „Bereitschaftsdienst ist Arbeitszeit“ des Europäischen Gerichtshofes vom 9. September 2003. Die enorme Arbeitsbelastung auch junger Ärzte ist damit in Deutschland nicht mehr möglich. Die Bundesregierung wird aufgefordert, die gesetzlichen Regelungen zum 1. Januar 2004 umzusetzen und Rahmenbedingungen dafür zu schaffen, dass ausreichend ärztliches Personal in den Kliniken eingestellt werden kann.

Beschluss Nr. 11:

Geplante Honorarangleichung
(bestätigt)

Die Kammerversammlung hat beschlossen: Die sächsische Kollegenschaft lehnt die Art der geplanten Honorarangleichung für die Vertragsärzte auf Kosten der Kollegen aus den Westbundesländern ab.

Auf diesem Wege wird eine erhebliche Unterfinanzierung im Osten zementiert und legalisiert, die den Bürgern der Ostbundesländer auf Dauer eine schlechte medizinische Versorgung aufzwingt. Durch die Form der Honorarangleichung wird negiert, dass eine 20 %ige Differenz der Mittelzuwendung für ambulante Versorgung 2004 besteht. Nur durch Mehrarbeit, Mehraufwand und erheblichen Verzicht

auf Lebensqualität kompensiert die Ärzteschaft die Minderversorgung im Osten Deutschlands. Die sächsische Ärzteschaft fordert hier kein Almosen von Westkollegen, sondern Arbeitsbedingungen und eine Honorierung, die unsere gesellschaftliche Arbeit anerkennt und Rahmenbedingungen schafft, die die ärztliche Tätigkeit im Osten attraktiv werden lässt.

Die Satzung der Sächsischen Landesärztekammer zur Erteilung des Fortbildungszertifikates (freiwillig zertifizierte Fortbildung), die Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer, die Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer und die Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer werden im vollen Wortlaut im Mittelhefter unter „Amtliche Bekanntmachungen“ in diesem Heft, Seiten 533 bis 540, amtlich bekannt gemacht.

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer beendete gegen 17.00 Uhr die 29. Kammerversammlung, bedankte sich bei allen Teilnehmern für die sehr konstruktive und durch den Vizepräsidenten, Herrn Dr. Windau, zügig geführte Veranstaltung. Herr Prof. Dr. Jan Schulze wünschte allen ein gutes und erholsames Wochenende.

Schlagworte der

29. Kammerversammlung

Herr Dr. Lutz Liebscher, Schriftführer, hat einige interessante Wortschöpfungen aus der 29. Kammerversammlung zusammengestellt:

positives Chaos

DIPOL-Curriculum

[Dresdner integratives Problem/Praxis/Patienten – orientiertes Lernen]

authentischer Papierpatient

standardisierter Patient

Schauspielerpatient

Hammerexamen

Unworte des Tages

„*Gerichtsfestes Studium*“

„*besonders qualifizierte Ärzte*“

klug/köhler

Bekanntmachung der Termine:

Der **14. Sächsische Ärztetag/30. Kammerversammlung** findet am Freitag und Sonnabend, dem **25. und 26. Juni 2004** und die **31. Kammerversammlung** am Sonnabend, dem **13. November 2004**, im Kammergebäude der Sächsischen Landesärztekammer statt.