

35. Kammerversammlung

Dresden
11. November 2006



Präsidium

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Prof. Dr. habil. Jan Schulze, begrüßte zu Beginn der 35. Kammerversammlung herzlich den Alterspräsidenten, Herrn Dr. Bernhard Ackermann, die Mandatsträger der sächsischen Ärzteschaft, die anwesenden Träger der „Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille“ und alle Gäste.

Besonders willkommen hieß der Präsident die Vertreter des Sächsischen Staatsministerium für Soziales, Herrn Ministerialdirigenten Dipl.-Med. Albrecht Einbock, Leiter der Abteilung Gesundheits- und Veterinärwesen und Gesundheitlicher Verbraucherschutz, Herrn Jürgen Hommel, Leiter des Referates Recht des Gesundheitswesens, Heilberuferecht, Friedhofs- und Bestattungswesen, und den Vertreter des Lehrkörpers der Medizinischen Fakultät der TU Dresden, Herrn Prof. Dr. med. habil. Michael Laniado. Zum Zeitpunkt der Eröffnung der 35. Kammerversammlung waren 73 der gewählten 103 ärztlichen Mandatsträger anwesend. Die Kammerversammlung war beschlussfähig.

Wohin steuert unser Gesundheitswesen?

Wohin steuert das Gesundheitswesen? Dieser Frage widmete sich der Präsident, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze in seiner Rede zur aktuellen Berufs- und Gesundheitspolitik. Nach seiner Auffassung erlebt Deutschland einen Systembruch in der bisherigen Parität, denn die beiden Regierungsparteien gehen unbeirrt den Weg in eine fundamentale Staatsmedizin. Aus einem ehemals freiheitlichen Gesund-

heitssystem, in das die ostdeutschen Ärzte 1990 mit Freude eingetreten sind, soll jetzt ein System entwickelt werden, das Patienten und Mediziner entmündigt. „Der erkennbare Weg zurück in einen Top/Down gesteuerten Zentralismus löst bei uns Ostdeutschen Enttäuschung, Empörung und so manches Déjà-vu Erlebnis aus.“

- Das Gesundheitswesen wird auf den Kopf gestellt, ohne dass die Finanzierungsprobleme der Gesetzlichen Krankenversicherung – wie versprochen – gelöst werden. Die Unterfinanzierung des Gesundheitswesens wird sogar noch verschärft.
- Die Budgetierung in der ambulanten ärztlichen Versorgung wird fortgeschrieben, nun aber in Euro und Cent durch sogenannte Praxisbudgets.
- Die Krankenhäuser sollen durch zusätzliche Lasten in Höhe von 500 Millionen Euro in die Wartelistenmedizin getrieben werden.



Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze

- Der zentralistische Umbau des Gesundheitswesens wird durch die Einführung eines völlig überflüssigen, bürokratischen Gesundheitsfonds zementiert.
- Die eigenständige privatärztliche Gebührensteuer soll der budgetierten Vertragsgebührenordnung angeglichen und damit praktisch abgeschafft werden.
- Die Ärzte werden ohne jeden Schutz durch die Kassenärztlichen Vereinigungen in Einzelverträge getrieben; die Spaltung in hausärztliche und fachärztliche Versorgungsstrukturen wird vertieft.
- Das Geschäftsmodell der PKV wird zerstört, um die private Vollversicherung zu zerschlagen.

Im Zentrum der nächsten Reformschritte steht für Prof. Dr. Schulze die Einrichtung des Gesundheitsfonds, durch den der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen intensiviert werden sollte. Von Bürokratie, von neuen Behörden und von zentralstaatlicher Steuerung, die damit zwangsläufig verbunden sind, sei keine Rede. Doch dieser Fonds löse keines der anstehenden Finanzierungsprobleme in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung. Im Gegenteil, es bestünde durch den staatlichen Eingriff an der wichtigen Stellschraube Finanzierung des Systems die Gefahr, Gesundheitspolitik stärker als bisher je nach Kassenlage zu regulieren. „Wir müssen die Patienten darüber aufklären, dass ihre medizinische Versorgung weiter rationiert werden soll – trotz gegenteiliger Versprechen der Politiker. Und wir müssen unsere eigenen ärztlichen Interessen im Verbund mit den Heilberuflern, der Kammern und Verbände des ‚Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen‘ gemeinsam verteidigen“, so der Präsident vor den Mandatsträgern. „Wir können nicht tatenlos zusehen, wie das deutsche Gesundheitswesen nach völlig überkommenen Administrationsmustern staatsmedizinischer Gesundheitssysteme abgewickelt wird.“

Der Bundestag hat am 27. Oktober 2006 ein Vertragsarztrechtsänderungsgesetz be-

schlossen. Der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. med. Andreas Köhler, sagte mit Blick auf das Gesetz: „Wir werden über den Begriff und die Definition, was Freiberuflichkeit in der ambulanten ärztlichen Versorgung bedeutet, völlig neu nachdenken müssen“. Mit den neuen Regeln wird es in Zukunft zum Beispiel möglich sein, dass ein Hausarzt aus Leipzig zwei bis dreimal in der Woche in Sachsen-Anhalt in einem unterversorgten Gebiet in einer Teilzeitpraxis arbeiten kann, so der Präsident. Vorteile ergäben sich durch das neue Gesetz auch für Ärztinnen und Ärzte, die nach der Elternzeit nicht gleich wieder in Vollzeit arbeiten wollen. Sie könnten über eine Teilzulassung wieder in die Niederlassung einsteigen. Vertragsärzten soll es in Zukunft unter anderem erlaubt sein:

- Filialen zu gründen, auch über die KV-Grenzen hinweg,
- mit Kollegen in überörtlichen Gemeinschaftspraxen zu kooperieren,
- Teilzulassungen zu bekommen,
- Teilgemeinschaftspraxen zu gründen,
- Kollegen anzustellen
- und nicht zuletzt als angestellter Krankenhausarzt und als Vertragsarzt gleichzeitig tätig zu sein.

Die Budgets aber blieben erhalten. Prof. Dr. Schulze: „Den Ärztemangel wird man so aber nicht beseitigen, denn die älteren Kollegen in den unterversorgten Regionen sind nicht willens über die bisherige Altersgrenze hinaus zu arbeiten, weil sie ausgebrannt sind. Und junge Ärzte bekommt man mit der jetzigen Gesundheitspolitik garantiert nicht aufs Land, weil sie ihnen keine Perspektiven sondern nur Reglementierung bietet. Dagegen sind die konkreten Förderungen die wir in Sachsen vorhalten effektiver“.

Zugleich wäre der Aufbau nicht basisdemokratisch gewählter sondern staatlich sanktionierter Kontroll- und Reglementierungsbehörden wie dem Gemeinsamen Bundesausschuss und dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen zu beobachten. Denn der



Auditorium

Gemeinsame Bundesausschuss würde zur Rationierungsbehörde des Bundesgesundheitsministeriums ausgebaut. Diese Entwicklung führt zu kostentreibenden Parallelstrukturen mit künftig hauptamtlich tätigen „Gesundheitsfunktionären“, die ohne „Bodenhaftung“ über legitime Aufgaben der ärztlichen Selbstverwaltung wie Qualitätsmanagement, Leitlinien, Zertifizierung und Medikamentenzulassung entscheiden sollen.

Zugleich würde durch verschiedene Regelungen bewirkt, dass die ärztliche Berufsausübung, die auf den Eckpfeilern der Professionalität und Therapiefreiheit beruhe, in die Enge staatsbeeinflusster Programm- und Weisungsmedizin geraten.

Prof. Dr. Schulze: „Für uns sächsische Ärzte bedeutet dies noch mehr Bürokratie, noch mehr zentralstaatliche Bevormundung und Einschränkung der Therapiefreiheit sowie die schon erwähnte Beschneidung der Selbstverwaltung. Unsere Patienten im Vogtland, im Erzgebirge oder in der Lausitz werden durch die Gesundheitsreform garantiert nicht besser versorgt, wie es die Bundespolitik immer noch behauptet“.

Im Krankenhaussektor ist eine zunehmende Privatisierung zu beobachten. In Gesprächen mit der sächsischen Sozialministerin und Kommunalpolitikern aber auch in öffentlichen Foren hat die Sächsische Landesärztekammer immer wieder auf die unveräußerliche Daseinsfürsorgeverpflichtung des Staates für seine Bürger im Krankheitsfall hingewiesen.

Warum können aber private Klinikbetreiber Gewinne erwirtschaften und kommunale Häuser nicht? Hier spielen aus Sicht

des Präsidenten verschiedene Aspekte zusammen.

- Erfreulicherweise haben Klinikärzte in einem historisch einmaligen Streikmarathon einen neuen Tarifvertrag durchgesetzt, der nun auch zur Anwendung kommen wird und vor allem jüngere Ärzte sehr berechtigt finanziell besser stellen soll.
- Hinzu kommt zu den 500 Millionen Euro Belastung durch die Gesundheitsreform das Ende der Konvergenzphase bei den DRG. Aktuell liegen gerade 56 Prozent der sächsischen Kliniken unter dem Landesbasisfallwert, das ist der bewertete durchschnittliche Fallerlös aller stationärer Fälle. Diese Krankenhäuser könnte man als Gewinner der DRG-Umstellung bezeichnen. Aber 44 Prozent der sächsischen Krankenhäuser liegen über dem Landesbasisfallwert und könnten so spätestens ab 2010 in ökonomische Schwierigkeiten kommen.
- Der wirtschaftliche Druck auf die öffentlichen Haushalte lässt Kommunalpolitiker immer öfter zu der Abwägung kommen, Investitionen entweder für Schulen oder für Krankenhäuser einzusetzen. Daraus ergibt sich das Problem des Investitionsstaus. Das heißt, notwendige Investitionen in kommunale Krankenhäuser bleiben aus und führen dadurch zusätzlich zu einer wirtschaftlichen Schieflage für die betreffende Klinik. Und aufgrund des Kommunalrechts kann ein solches Krankenhaus in Wirtschaftsfragen nicht so agieren, wie es eine private Klinik kann.

Summa summarum befinden sich öffentliche Kliniken derzeit noch aus finanzieller wirtschaftlicher und organisationsrechtlicher Sicht im Nachteil gegenüber privaten Trägern. Und die privaten Klinikketten sowie internationale Finanzinvestoren stehen bereits vor der Tür, um kommunale Kliniken zu kaufen. Die Bürgermeister und Landräte sind angesichts der klammen Haushaltslage in Versuchung, das Tafelsilber abzustoßen. Doch interessant sind für Investoren nur Kliniken oder Klinikverbünde mit mehr als 500 Betten und ab einer Investitionssumme von mindestens 100 Mill. Euro. Denn die Investitionen müssen sich innerhalb von fünf Jahren als Gewinn verdreifacht haben, auch wenn dafür „unrentable“ Stationen geschlossen werden müssen. Kleine Häuser bleiben auf der Strecke, so die Einschätzung von Ernst & Young, Goldman Sachs London oder Arthur Anderson.

„An dieser Stelle zeigt sich, dass einseitiger Ökonomismus und Marktallmacht unsere Gesellschaft mehr und mehr dominieren. Ein Megatrend, der immer stringenter die sozialen, medizinischen, aber auch die geistigen, künstlerischen und menschlichen Beziehungen belastet - und das kulturelle Reservoir der Gesellschaft zu erschöpfen droht“, so Prof. Dr. Schulze. Grundsätzlich sei eine Mischung aus privaten, öffentlich-rechtlichen und kommunalen Kliniken sinnvoll. Zudem dürfe sich der Staat nicht aus dem grundgesetzlich fixierten Auftrag der sozialen Sicherung, dazu gehört auch die Gesundheit, stehlen. Er hat auch eine Fürsorgepflicht. Dieser kann er nicht nachkommen, wenn sich im Zuge der Privatisierung von Kliniken Monopole bildeten, welche dann den Markt und den Preis bestimmen. Ärzte sind den Betriebswirtschaftlern bei Privatisierungsvorhaben immer etwas lästig, weil sie nicht die Kosten-Nutzen-Bewertung sondern den Patienten im Zentrum sehen. Doch genau das ist ihre Aufgabe, denn sonst verkommt eine Patienten-Arzt-Beziehung zunehmend zum Anbieter-Kunden-Geschäft. Die soziale Funktion der Medizin bestünde auch in

einer „säkularen Seelsorge“ der Gesellschaft. Hinzu komme die Qualitätssicherung durch eine adäquate Weiter- und Fortbildung, ganz gleich, wer der Träger eines Krankenhauses sei. Und dies müsse sich auch in den Arbeitsverträgen für Weiterbildungsassistenten und einem guten Betriebsklima widerspiegeln. Die große Koalition beschreitet trotz aller Proteste der Leistungserbringer und der Wähler den Weg der Rationierung und der Staatsmedizin. „Sollten wir nun resignieren?“, fragt der Präsident. „Oder brauchen wir einen weiteren Hermann Hartmann, den Begründer des Hartmannbundes, denn die berufspolitischen Umstände damals und heute ähneln sich?

Bedarf es eines zweiten Eberhard Friedrich Richter, ein Arzt, der auf den Barrikaden kämpfte? Brauchen wir Barrikaden?“

Es werden gut vorbereitete und organisierte Aktionen mit allen Leistungserbringern im Bündnis der Heilberufe benötigt, weil nur dann überhaupt eine Chance bestünde, politisches Gehör zu bekommen. Und vor allem müssten die Patienten über die fatale Entwicklung in der Gesundheitspolitik aufgeklärt werden, denn Patienten sind Wähler und die nächste Wahl komme bestimmt. Deutschland ist eine Parteiendemokratie. Und Parteien reagierten besonders empfindlich auf den Verlust von Wählerstimmen.

35. Kammerversammlung



*Dr. med. Stefan Windau, Leipzig, Vizepräsident:
„Alle unsere konstruktiven Vorschläge wurden von
der Politik nicht angenommen“.*

„Noch ist der Sack nicht zu, noch können Details verändert werden. Diese Chancen müssen wir nutzen.“

Wie könnten deshalb kurz-, mittel- und langfristige Maßnahmen zu dem in parlamentarischer Beratung befindlichen GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – eigentlich Schwächungsgesetz – aussehen?!

1. Nutzung aller parlamentarischen und außerparlamentarischen Ebenen während des Anhörungsverfahrens, um Änderungen im Gesetz zu erreichen – einschließlich der Prüfung auf Verfassungsmäßigkeit.

2. Politische Aktionen zur Übermittlung klarer Botschaften zu den Folgen der Gesundheitsreform an die Politik aber auch an die Wähler durch einen Nationalen Protesttag der Heilberufe und durch Protestschreiben sowie Protestnoten an die Koalitionsparteien.

3. Erarbeitung eines eigenen Gesetzesentwurfes durch die verfasste Ärzteschaft gegebenenfalls mit den Krankenkassen. Zum Abschluss seines Vortrages machte Prof. Dr. Schulze deutlich, dass die Entwicklung in der Gesundheitspolitik eine starke Ärzteschaft mehr denn je notwendig mache. Wenn diese nicht zusammenstehe, dann würden sie von den Politikern auseinanderdividiert. So wie man einen Arzt mit Einzelverträgen unter Druck setzen könne, so können einzelne Arztgruppen gegeneinander ausgespielt werden. Das dürfe man nicht zulassen. Nur die



*Herr Erik Bodendieck, Wurzen, Vorstandsmitglied:
„Die Nachteile der geplanten Staatsmedizin
müssen wir unseren Patienten darstellen“.*

Sächsische Landesärztekammer vertritt alle Ärzte in Sachsen. Dieser Zusammenhalt müsse für die politische Arbeit stärker genutzt werden.

Ausführliche Diskussion Mehr Freiheit wagen und Verantwortung tragen.

Die anwesenden Mandatsträger stellten sich geschlossen hinter die auf dem Außerordentlichen Deutschen Ärztetag und der Sonder-Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung am 24. Oktober 2006 verabschiedete Resolution.

Auch die sächsischen Ärzte fordern weiterhin eine Patientenversorgung auf hohem Niveau und eine Abkehr von einer geplanten Staatsmonopolisierung auf Kostenträgerseite. Eine flächendeckende Versorgung der Patienten wird nach dem geplanten Gesetz nicht möglich, weil die ambulante Versorgung zerschlagen und die bestehende Unterfinanzierung von mehr als 30 Prozent weiter verschärft werden. Schon heute sind durch die Unterfinanzierung der ambulanten Versorgung viele Arztpraxen in ihrer Existenz gefährdet. Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz muss gestoppt werden und ein Neuanfang erfolgen. Dazu bieten die Ärzte ihre konstruktive Mitarbeit an. Ein Vorschlag unter anderen ist, einen Gesundheitsrat einzurichten, der sachgerecht und transparent politische Entscheidungen



*Frau Dr. med. Kristina Kramer, Leipzig:
„Die West-Ost-Differenz wurde durch den
Tarifabschluss der Uni-Ärzte nicht geschlossen.“*

gen für das Gesundheitswesen vorbereitet und Prioritäten unter ärztlichen, ethischen, medizinischen und sozialen Kriterien entwickelt. In einem solchen Gremium sollten Ärzte, Wissenschaftler und Patientenvertreter berufen werden.

Die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer hat den Beschlussantrag Nr. 8 „Reform zerstört freies Gesundheitswesen“ einstimmig angenommen. Dieser wurde als Protestnote dem CDU-Parteitag am 26. November 2006 in Dresden übergeben.

Gegenentwurf zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz der deutschen Ärzteschaft

Die 35. Kammerversammlung forderte einstimmig die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf, zusammen mit der deutschen Krankenhausgesellschaft, der Gesetzlichen Krankenversicherung, den privaten Krankenkassenversicherungen ihre Sach- und Fachkompetenz in Politik umzusetzen, indem ein Rahmenentwurf für eine Gesundheitsgesetzgebung erarbeitet wird. Dieser Gegenentwurf zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz soll deutlich darstellen, dass die deutsche Ärzteschaft sachlich begründete Alternativen zur gegenwärtigen Gesundheitspolitik bietet. Wir verweisen auf den einstimmig angenommenen Beschlussantrag Nr. 9, der unter www.slaek.de nachzulesen ist.

Nationaler Aktionstag: 4. Dezember 2006

Ärzte in Praxen und Krankenhäusern verstärken ihren Protest gegen die Gesundheitsreform durch einen weiteren Aktionstag, an dem alle Ärztinnen und Ärzte aller hausärztlichen, fachärztlichen und stationären Versorgungsebenen und alle Beschäftigten im deutschen Gesundheitswesen teilnehmen. Die Zielstellung ist den Bürgerinnen und Bürgern aufzuzeigen, wie die medizinische Versorgung nach Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes aussieht: Versorgungsengpässe, lange Wartezeiten, keine wohnortnahe Versorgung, Minimalversorgung mit Qualitätseinbrüchen. Der Aktionstag

wurde von den sächsischen Ärzten voll unterstützt und mitgetragen.

Nur durch umfassende Information der Bevölkerung in Deutschland und somit der Wählerinnen und Wähler besteht eine reale Chance, bei den Politikern Gehör zu finden. Durch diese Aktionskampagne wurde erneut die Solidarität in der Ärzteschaft demonstriert und den Bürgern die Realität der medizinischen Versorgung nach Inkrafttreten des angedachten GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vermittelt.

Tarifabschluss des Marburger Bundes

Erneut kritisierten die Mandatsträger den Tarifabschluss vom 20.6.2006 zwischen dem Marburger Bund und der Tarifge-

meinschaft deutscher Länder. Die auf lange Sicht einmalige Chance einer Ost-West-Angleichung der ärztlichen Tarife wurde eindeutig verpasst.

Die Vergütungsunterschiede liegen zwischen 400 und 800 Euro im Monat. Das entspricht bei einer 42-Stunden-Woche 88 Prozent des Westgehaltes. Ostdeutsche Ärzte liegen mit ihren Einkommen damit unter den 92,5 Prozent des öffentlichen Dienstes der neuen Bundesländer.

Dieser Tarifvertrag wird die Abwanderung der Ärzte aus Sachsen weiter beschleunigen. 16 Jahre nach der deutschen Einheit ist es bei gleichen Arbeitsbedingungen in der gesamten Bundesrepublik eindeutig an der Zeit, gleiche Entlohnung vorzunehmen!

35. Kammerversammlung

Stärkere Einbeziehung nicht ärztlicher Heilberufe in Versorgungskonzepte – Chance oder Deprofessionalisierung?

Frau Dr. med. Regina Klakow-Franck
Bundesärztekammer,

stellvertretende Hauptgeschäftsführerin

Laut Koalitionsvereinbarung von November 2005 soll eine stärkere Einbeziehung nicht ärztlicher Heilberufe in Versorgungskonzepte geprüft werden. Unterstellt wird hierbei, dass durch einen Neuzuschnitt von Aufgabenfeldern mit Verlagerung von bislang unter Arztvorbehalt oder von ärztlicher Verordnung abhängigen Tätigkeiten in die eigenständige Verantwortung nicht ärztlicher Heilberufe Effizienz- und Wirtschaftlichkeitsreserven für das GKV-System erschlossen werden können. Prüft man die bislang vorliegende wissenschaftliche Literatur zu diesem Thema, lassen sich jedoch keine belastbaren Ergebnisse zur Unterstützung dieser Erwartungshaltung finden [Literatur kann bei Frau Dr. med. Regina Klakow-Franck angefordert werden]. Im internationalen Vergleich scheint die Übertragung bestimmter ärztlicher Aufgaben der Primärversorgung da sinnvoll, wo anders ansonsten die Versorgung nicht sichergestellt werden kann, wie zu Beispiel in dünn besiedelten Regionen in Schweden. Studien über die Einführung des (Advanced) Nurse Practitioner in den USA oder in Großbritannien geben keinen Anhaltspunkt für eine Kosteneinsparung für das Gesamt-System, im Gegenteil, die Einführung neuer Leistungserbringer birgt das Risiko der Leistungsauswertung in sich, Fragen zur Sicherstellung der Versorgungsqualität bleiben unbeantwortet.

Insbesondere die Einführung des Advanced Nurse Practitioner in den USA sowie die WHO-Erklärung von 2000 („Pflegerische und Hebammen – ein Plus für die Gesundheit“) erscheinen stark von den Lobby-Interessen der dahinterstehenden nicht ärztlichen Berufsgruppen getragen. Auch in Deutschland fordern die Pflegeberufe, aber zum Beispiel auch die Physiotherapeuten, neue Zuständigkeiten unab-



Frau Dr. med. Regina Klakow-Franck

hängig von ärztlicher Anordnung und eigene Budgetverantwortung. Die psychologischen Psychotherapeuten stellen das Delegationsprinzip und die Letztverantwortung des behandelnden Arztes mittlerweile grundsätzlich in Frage.

Eine etwaige Kompetenzerweiterung für nicht ärztliche Heilberufe oder gar Vonselbstständigkeit von Teil-Kompetenzen ist unter den gegebenen rechtlichen Rahmenbedingungen jedoch stark limitiert. Die Ausübung der Heilkunde ist Ärzten und Heilpraktikern vorbehalten (§ 1 Abs. 1 HeilprG). Der Begriff der Heilkunde ist dabei sehr weit gefasst: Die Ausübung der Heilkunde dient nicht nur der Heilung im engeren Sinn, sondern ist „jede Tätigkeit zur Feststellung, Heilung, oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen“ (§ 1 Abs. 2 HeilprG). Die Notwendigkeit der ärztlichen Anordnung oder Verordnung als Voraussetzung der Durchführung bestimmter Tätigkeiten durch nicht ärztliche Heilberufe ergibt sich aus der dem Arzt zugeordneten Verantwortung, die Komplexität der Tätigkeit einzuschätzen (vgl. sog. Dekubitus-Urteil des BGH vom 18.03.1986). In Anbetracht dieser „ärztlichen Dominanz“, die vom Gesetzgeber im Interesse der Abwehr von Gefahren, die von fachlich ungeeigneten Personen für die Gesundheit der Patienten ausgehen, gewollt ist, kommen die Befürworter einer Ausweitung von Kompetenzen für die nicht ärztlichen Heilberufe deshalb auch zu

dem Schluss, dass gegebenenfalls die rechtlichen Rahmenbedingungen angepasst werden müssen.

Jenseits der von Lobby-Interessen entfachten politischen Debatte besteht jedoch ein realer Handlungsbedarf zur Entwicklung neuer interdisziplinärer und berufsgruppenübergreifender Versorgungskonzepte, und zwar insbesondere aufgrund folgender Ursachen:

- veränderter Versorgungsbedarf (demografische Entwicklung, morbiditätsrelevantes Armutsproblem insbesondere unter Kindern und Jugendlichen, Auflösung traditioneller familiärer und sozialer Netze und zunehmende Vereinzelung in der Gesellschaft unter anderem auch mit der Folge kompensatorischer Inanspruchnahme von medizinischen und insbesondere psychotherapeutischen Leistungen),
- gestiegene Komplexität der modernen Medizin,
- zunehmender Wirtschaftlichkeitsdruck,
- regionale Unterversorgung durch begrenzte Humanressourcen (Ärzte- und Pflegepersonalmangel, hervorgerufen durch die Unattraktivität der Rahmenbedingungen),
- veränderte Rolle/Selbstverständnis der Patienten (mehr Eigenverantwortung, größerer Aufklärungs-/Beratungsbedarf),
- sukzessive Angleichung der Rahmenbedingungen/Wettbewerbsbedingungen auch für Gesundheitsdienstleistungen in der EU,
- Akademisierung der nichtärztlichen Heilberufe.

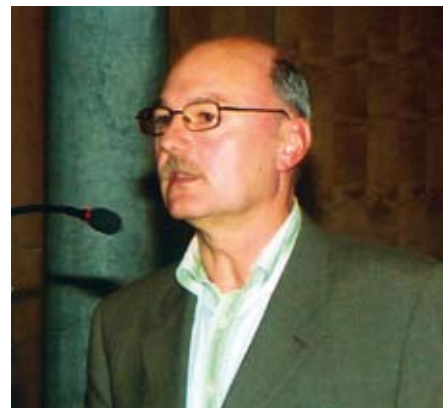
Die Herausforderungen und Probleme der medizinischen Versorgung von morgen können nicht mit Instrumenten von gestern bewältigt werden. Im Interesse von Versorgungsqualität und Patientensicherheit müssen die therapeutische Gesamtverantwortung und die Behandlungssteuerung dem Arzt zugeordnet bleiben, doch die neuen Rahmenbedingungen machen einen Ausbau von Teamfähigkeit und Führungskompetenz, Organisationsverständnis und Managementwissen als Voraussetzung einer berufsgruppenübergreifen-



Frau Dr. med. Ute Taube, Reichenbach: „Wir lassen uns das Vertrauensverhältnis und die Steuerung der Behandlung eines Patienten nicht durch Andere aus den Händen nehmen“.



Professor Dr. med. habil. Michael Laniado, Dresden: „Die ärztlichen und nichtärztlichen Teams müssen bei der Behandlung der Patienten gemeinsam arbeiten. Das muss auch den Studenten klargemacht werden“.



Dr. med. Uwe Krause, Grimma: „Es ist nicht zu akzeptieren, die Intubation an nichtärztliche Mitarbeiter zu delegieren. Wir müssen den Facharztstandard erhalten“.

den Koordinierungs- und Leitungsfunktion des Arztes erforderlich. Als Beitrag zur kontinuierlichen Weiterentwicklung der ärztlichen Profession ist die Bundesärztekammer deshalb in Vorbereitung für ein Curriculum „Ärztliche Führung“, das den Landesärztekammern ab 2007 als Ausgangsbasis ärztlicher Führungsseminare zur Verfügung gestellt werden soll. Daneben sind Weiterbildungs-, Fortbildungs- und andere Serviceangebote in Entwicklung oder schon in der Umsetzung, die insbesondere niedergelassene Ärzte und ihr Praxisteam bei der Bewältigung der bevorstehenden Strukturveränderungen unterstützen sollen (Zusatzweiterbildung Qualitätsmanagement, neue Fortbildungsmodule für medizinische Fachangestellte, Praxiszertifizierung nach KTQ etc.). Um mit der Dynamik der Öffnung der sektoralen Grenzen und dem Vertragswettbewerb Schritt halten zu können, hat der Deutsche Ärztetag außerdem frühzeitig durch Änderung der Musterberufsordnung die berufsrechtlichen Voraussetzungen für die vor diesem Hintergrund erforderliche Flexibilisierung der ärztlichen Kooperationsformen geschaffen.

Des weiteren fördert die Bundesärztekammer die berufsgruppenübergreifende Kooperation durch Einzelprojekte (zum Beispiel InterKiK/Überleitungsmanagement), regelmäßige Kontakte und Koope-

rationspapiere mit den Pflegeverbänden und dem Deutschen Pflegerat sowie im Rahmen der „Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen bei der Bundesärztekammer“ mit 38 Verbänden der Gesundheitsfachberufe.

Fazit:

- Berufsgruppenübergreifende Konzepte sind insbesondere an den Schnittstellen der Versorgung sinnvoll. Die Förderung berufsgruppenübergreifender Kooperationen wird jedoch nur dann einen Beitrag zur Steigerung der Effizienz und Wirtschaftlichkeit leisten können, wenn die Synergie der verschiedenen Kompetenzen im Vordergrund steht.
- Das Erzeugen einer Konkurrenzsituation zwischen Ärzteschaft und den Gesundheitsfachberufen durch den Gesetzgeber und/oder einzelne Gesundheitsfachberufe ist für das Gesamtsystem und insbesondere für die Patienten kontraproduktiv.

Die Ärzteschaft leistet kontinuierlich Beiträge zu einer qualitätsorientierten Weiterentwicklung der Versorgung im Dialog mit den Gesundheitsfachberufen und zur Weiterentwicklung der eigenen Profession. In Anbetracht der Umbruchsituation im deutschen Gesundheitswesen macht die Behauptung eines Führungsanspruchs jedoch mehr denn je Lern- und Verände-

rungsbereitschaft, Organisationsverständnis und vor allen Dingen Sozialkompetenz bei der Ärzteschaft erforderlich.

Diskussion:

Einbeziehung von nicht ärztlichen Gesundheitsberufen in die Patientenversorgung

Der Katalog der delegierbaren Leistungen an nicht ärztliche Gesundheitsberufe muss durch die Bundesärztekammer aktualisiert werden. Die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung sowie die Mandatsträger der sächsischen Ärzteschaft lehnen entschieden eine eigenständige Budgetverantwortung für nicht ärztliche Gesundheitsberufe bzw. die Einführung einer Versorgungsebene ab. Durch eine medizinisch sinnvolle Einbeziehung nicht ärztlicher Gesundheitsberufe können Arbeitsabläufe und Organisation optimiert und Entlastungseffekte für den Arzt erzielt werden. Die Medizinischen Fachangestellten in den Arztpraxen und Medizinischen Versorgungszentren sollten im Sinne der Teamarbeit stärker einbezogen und dafür qualifiziert werden. Doppelstrukturen mit kommunal angestellten Gemeindeschwestern sind nicht zielführend. Künftig können sich Medizinische Fachangestellte in der Prävention, der Ernährung, der Geriatrie, der Palliativmedizin und Patientenkoordination zusätzlich qualifizieren.

35. Kammerversammlung

Der Arzt ist rechtlich verantwortlich für die Arbeitsaufgaben der AGNeS (Arztentlastende, Gemeindefahe, E-Healthgestützte, Systemische Intervention):

Das heißt, der Hausarzt delegiert bestimmte Tätigkeiten an die Telegesundheitsschwester. Sie ist unter anderem ausgerüstet mit Geräten zur Blutdruck- und Augendruckmessung, EKG und Waage. Sie sucht Patientinnen und Patienten zu Hause auf, erhebt Befunde und übermittelt diese in die Arztpraxis.

Akademisierung der Pflege

Akademisch ausgebildete Krankenschwestern und Krankenpfleger lösen keine strukturellen Probleme in unserem Gesundheitswesen. Die bisher vorhandenen nicht-ärztlichen Versorgungsstrukturen sollten besser vernetzt werden, statt zusätzliche Berufsbilder zu schaffen. Neue Versorgungskonzepte müssen sich daran messen lassen, ob die bisherige Versorgungsqualität weiterhin gesichert ist, die Arbeitsabläufe optimiert werden können und die Arbeitszufriedenheit der verschiedenen nichtärztlichen Gesundheitsberufe dadurch gesteigert wird.

Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer

*Professor Dr. med. habil. Gunter Gruber
Vorsitzender des Ausschusses
Weiterbildung*

Prof. Dr. Gruber trug die von der Bundesärztekammer empfohlenen Satzungsänderungen der Weiterbildungsordnung vor und begründete sie. So wird das Wort „Cockpit-“, im Abschnitt C unter Nr. 7 „Flugmedizin“ gestrichen, weil aufgrund der internationalen Flugbestimmungen nach dem 11. September 2001 die Realisierung von Cockpit-Erfahrung für Flugmediziner nicht mehr möglich ist.

Außerdem wird im gleichen Abschnitt unter Nr. 18 „Labormedizin – fachgebunden –“, vor dem Wort „Definition“ der Satz eingefügt „Die Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Labordiagnostik – fachgebunden – sind integraler Bestandteil der



Prof. Dr. med. habil. Gunter Gruber

Weiterbildung zum Facharzt für Laboratoriumsmedizin.“ Dabei handelt es sich um eine Selbstverständlichkeit, die aber im Gegensatz zu den anderen fachgebundenen Zusatz-Weiterbildungen noch nicht an der entsprechenden Stelle im Text formuliert war.

Herr Prof. Dr. Gruber verabschiedete sich von den Mandatsträgern. Seit der Gründung der Sächsischen Landesärztekammer war er über einen Zeitraum von 16 Jahren ehrenamtlich kontinuierlich nicht nur auf dem Gebiet der Weiterbildung für den sächsischen Ärzteschaft tätig. Er nahm an allen 35 Kammerversammlungen seit 1990 teil. Herr Prof. Dr. Gruber war Vorsitzender des Ausschusses Weiterbildung. Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer sprach Herrn Prof. Dr. Gruber den aller herzlichsten Dank für seine umfangreiche Arbeit und seinen wesentlichen berufspolitischen Impulsen seit der Gründung der Sächsischen Landesärztekammer aus.

Satzung zur Änderung der Satzung für Fortbildung und Weiterbildungszertifikat der Sächsischen Landesärztekammer

*Professor Dr. med. habil. Otto Bach,
Vorstandsmitglied*

*Vorsitzender der Sächsischen Akademie
für ärztliche Fort- und Weiterbildung*

Die Kammerversammlung hat einen Beschluss zu einigen Satzungsänderungen der „Satzung Fortbildung und Fortbil-

dungszertifikat“ gefasst. Im Einzelnen geht es um eine etwas stärkere Betonung der sächsischen Statuten im Hinblick auf die Mustersatzung der Bundesärztekammer. Es erweist sich, dass viele Ärztekammern abweichende Regeln haben, die in Bezug auf die Sächsische Satzung zu Unklarheiten führen könnten. Hinzu kommen redaktionelle Verbesserungen. Die Kammerversammlung nahm die Änderungen – die an der Gesamtkonzeption der Satzung nichts geändert hat – einstimmig an.

Haushaltsplan 2007

*Dr. med. Claus Vogel, Vorstandsmitglied
Vorsitzender des Ausschusses Finanzen*

Herr Dr. Claus Vogel erläuterte den als Beschlussvorlage Nr. 3 allen Mandatsträgern vorgelegten Haushaltsplan 2007 und ging insbesondere auf die Besonderheiten, die den Haushaltsplan 2007 entscheidend prägen, ausführlicher ein.

Die Übernahme neuer Aufgaben hat Auswirkungen sowohl auf der Einnahmenseite wie auf der Ausgabenseite.

Als Erstes ist die Ausgabe des elektronischen Arztausweises zu nennen. Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte verzögert sich weiter. Die Sächsische Landesärztekammer ist durch die Bestätigung der Testregion Löbau/Zittau allerdings nach wie vor für die Ausgabe der elektronischen Arztausweise mit allen notwendigen konzeptionellen Vorarbeiten gefordert. Damit ist entsprechender personeller und finanzieller Aufwand zu kalkulieren.

Die gesetzliche Einführung der Pflichtfortbildung für Ärzte erhöht den Aufwand für die Zertifizierung der zunehmenden Fortbildungsveranstaltungen und für die Ausstellung der Fortbildungszertifikate an die Kammermitglieder. Damit sind allerdings auch steigende Gebühreneinnahmen verbunden. Die Führung eines Online-Fortbildungspunktekontos für jedes Kammermitglied, welches seine Einwilligung dafür erklärt hat, wurde im Jahr 2006 realisiert, im Jahr 2007 ist eine weitere Optimierung vorzunehmen und der steigende

Erfassungsaufwand rationell zu gestalten. Mit der Einführung der neuen Weiterbildungsordnung hat sich die Zahl der durchzuführenden mündlichen Prüfungen bereits im Jahr 2006 beträchtlich erhöht, da künftig sämtliche Weiterbildungsanerkennungen mit einer mündlichen Prüfung abschließen. Diese Tendenz wird sich im Jahr 2007 weiter verstärken.

Die im Jahr 2007 stattfindende Kammerwahl ist mit den notwendigen finanziellen Aufwendungen zu planen. Gleichzeitig müssen alle ehrenamtlichen Funktionen, die mit der Zahlung einer Aufwandsentschädigung verbunden sind, ab 1. Juli 2007 in voller Höhe geplant werden. Mögliche Doppelbesetzungen bleiben außer Betracht.

Auf Beschluss des Finanzausschusses und des Vorstandes wurde seit 2006 eine neue Kostenstelle „Berufspolitische Aktivitäten“ eingerichtet, um flexibel auf aktuelle berufspolitische Situationen reagieren zu können.

Die Anzahl der Kammermitglieder nimmt stetig zu. Wir rechnen im Jahr 2007 mit einem Anstieg gegenüber dem Jahr 2000 von ca. 13 Prozent. Damit verbunden ist eine Steigerung des Verwaltungsaufwandes insbesondere im Melderegister, im Beitragswesen und in der Fort- und Weiterbildung.

Der Mehrwertsteuersatz wird ab 1. Januar 2007 auf 19 Prozent steigen. Diese Steigerung wirkt sich insbesondere auf die Höhe des Sachaufwandes aus.

Die erfolgte Senkung des Kammerbeitragsatzes von 0,6 Prozent auf 0,58 Prozent der Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit zum 1. Januar 2006 beeinflusst natürlich auch die Planung der Kammerbeiträge für das Jahr 2007.

Der zum 1. Januar 2006 erfolgte Kauf des Ostflügels der 1. Etage des Kammergebäudes spiegelt sich einerseits bei den Abschreibungen und Unterhaltungskosten und andererseits bei den anteiligen Mieteinnahmen wider.

Seit dem Jahr 2006 sind keine Zinszahlungen für das Darlehen zur Finanzierung

des Kammergebäudes wegen der erfolgten Tilgung des Darlehens mehr zu planen.

Außerdem entfallen Abschreibungen für den Parkplatz Albert-Fromme-Weg, die Außenanlagen des Kammergebäudes und für Büro- und Geschäftsausstattung wegen des Ablaufs der buchhalterischen Nutzungsdauer.

Insgesamt sieht der Haushaltsplan 2007 eine Steigerung der Ausgaben gegenüber dem Ist des Jahres 2005 um 5,2 Prozent und gegenüber dem Haushaltsplan 2006 um 3,0 Prozent vor. Bei den Einnahmen ist gegenüber dem Ist 2005 eine Senkung von 18,7 Prozent und gegenüber dem Haushaltsplan 2006 eine Erhöhung von 0,3 Prozent vorgesehen.

Der ausgeglichene Haushaltsplan 2007 wurde durch die 35. Kammerversammlung bestätigt.

Vorbereitung und Durchführung der Wahl der Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer in der Wahlperiode 2007/2011

Herr Prof. Dr. habil. Jahn Schulze, Präsident.

Herr Prof. Dr. Schulze rief erneut alle Ärztinnen und Ärzte des Freistaates Sachsen auf, sich zu den im Jahr 2007 anstehenden Wahlen für die Legislaturperiode 2007/2011 zu bewerben und aktiv zu wählen. Nicht nur in politisch turbulenten Zeiten ist es wichtig, mit den Politikern

und mit den sächsischen Bürgern das Gespräch zu finden und ihnen unsere berufspolitischen und gesundheitspolitischen Positionen eindeutig und unmissverständlich zu vermitteln. Der Präsident appellierte an die Ärzteschaft, sich für eine Mitarbeit in der ärztlichen Selbstverwaltung zu entscheiden. Die Mandatsträger, die Mitglieder des Vorstandes, der Ausschüsse und der Kreisärztekammern sind die Streiter für die ärztliche Profession.

Nach Einschätzung von Herrn Prof. Dr. Schulze wird es bei der Kammerwahl im Juni 2007 einen Generationswechsel geben. Dazu benötigt die sächsische Ärzteschaft die konstruktive Mitarbeit der jungen Ärztinnen und Ärzte. Durch ihre berufspolitische Mitarbeit und Aktivitäten setzen sich alle ehrenamtliche Mitstreiter für die Belange des ärztlichen Berufsstandes ein.

Die Kandidatenvorschläge müssen bis spätestens 13. Februar 2007 bei den Kreiswahlausschüssen vorliegen.

Die Zielstellung ist, dass alle über 19.000 Ärztinnen und Ärzte im Freistaat Sachsen an der Wahl des Ärzteparlaments als aktive Wähler teilnehmen. Informationen zur Wahl finden Sie im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 10/2006, und im Internet unter www.slaek.de.

35. Kammerversammlung

Personalia

Versetzung der Hauptgeschäftsführerin, Frau Dr. jur. Verena Diefenbach, in den Ruhestand



Die Hauptgeschäftsführerin der Sächsischen Landesärztekammer, Frau Dr. jur. Verena Diefenbach, wird auf eigenen Antrag nach Vollendung des 63. Lebensjahres zum 31. März 2007 in den Ruhestand versetzt.

Frau Dr. jur. Verena Diefenbach wurde für ihre Tätigkeit bei der Sächsischen Landesärztekammer durch die Mandatsträger der sächsischen Ärzte auf der 35. Kammerversammlung gedankt.

Eine ausführliche Würdigung der Leistungen von Frau Dr. jur. Verena Diefenbach für die Sächsische Landesärztekammer erfolgt zum Festakt am 31. Januar 2007.

Anstellung des Hauptgeschäftsführers Herr PD Dr. jur. Dietmar Boerner



PD Dr. jur. Dietmar Boerner wird ab 1. Januar 2007 als designierter Hauptgeschäftsführer der Sächsischen Landesärz-

tekammer angestellt. Ab dem 1. Februar 2007 übernimmt Herr PD Dr. jur. Boerner die Amtsgeschäfte als Hauptgeschäftsführer der Sächsischen Landesärztekammer. Die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer stimmte einstimmig der Anstellung von Herrn PD Dr. jur. Dietmar Boerner zu.

Im Heft 2/2007 des „Ärzteblatt Sachsen“ stellt sich Herr PD Dr. jur. Dietmar Boerner der sächsischen Ärzteschaft vor.

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Prof. Dr. Jan Schulze, bedankte sich am Ende der 35. Kammerversammlung bei allen Mandatsträgern für ihre tatkräftige Mitarbeit und Mitgestaltung des berufspolitischen ärztlichen Lebens in den letzten 3,5 Jahren, für ihre facettenreiche sachlichen und konstruktiven Diskussionen, die zu vielen berufspolitischen Entscheidungen und Beschlüssen geführt haben.

Beschlüsse der 35. Kammerversammlung

Die Mandatsträger der Sächsischen Landesärztekammer fasten auf der 35. Kammerversammlung am 11. November 2006 folgende Beschlüsse:

Beschlussvorlage Nr. 1:

Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 2:

Satzung zur Änderung der Satzung Fortbildung und des Fortbildungszertifikat der Sächsischen Landesärztekammer (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 3:

Haushaltplan 2007 (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 4:

Versetzung der Hauptgeschäftsführerin Frau Dr. jur. Verena Diefenbach in den Ruhestand (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 5:

Anstellung des Hauptgeschäftsführers Herrn PD Dr. jur. Dietmar Boerner (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 6:

Bildung einer Rücklage zur Finanzierung der Studie „Gesundheitszustand und Berufszufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte im Freistaat Sachsen“

(bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 7:

Bekanntgabe der Termine zum 17. Sächsischen Ärztetag/36. Konstituierende Kammerversammlung der neugewählten Mandatsträger der Kammerversammlung für die Wahlperiode 2007/2011

37. Kammerversammlung 2007

(bestätigt)

Beschlussantrag Nr. 8

Reform zerstört freiheitliches Gesundheitswesen

(bestätigt)

Beschlussantrag Nr. 9

Aktuelle Probleme der Gesundheits- und Berufspolitik

(bestätigt)

Bekanntgabe der Termine

Der 17. Sächsischer Ärztetag / 36.

Konstituierende Kammerversammlung

der neugewählten Mandatsträger

der Kammerversammlung für die Wahl-

periode 2007/2011 findet am **Freitag**

und Sonnabend, dem 22. und 23.

Juni 2007, statt.

Die **37. Kammerversammlung** wird

am **Sonnabend, dem 10. November**

2007, im Kammergebäude der Säch-

sischen Landesärztekammer durchge-

führt.

Prof. Dr. Winfried Klug
Knut Köhler M.A.
Referent für Press- und Öffentlichkeitsarbeit