

102. Deutscher Ärztetag

1. bis 5. Juni 1999 in Cottbus

Bericht und Meinungsäußerungen sächsischer Ärzte

Auf Beschluß des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer nahmen die sächsischen Ärzte Frau Dr. Brigitte Güttler (Sosa) und die Herren Prof. Dr. Jan Schulze (Dresden), Dr. Wolf-Dietrich Kirsch (Wiederitzsch) und Dr. Peter Schwenke (Leipzig) als Delegierte am 102. Deutschen Ärztetag in Cottbus teil. In den folgenden Ausführungen berichten sächsische Ärzte über die Schwerpunkte des Deutschen Ärztetages, sowie über einen umstrittenen Gesetzesplan und setzen sich mit der sogenannten Gesundheitsreform 2000 auseinander.



Während der Arbeitstagen des 102. Deutschen Ärztetages in Cottbus

Grundsätze einer patientenrechtlichen Gesundheitsreform

Antworten und Forderungen der Deutschen Ärzteschaft zur Strukturreform

Im Tagesordnungspunkt Nr. 1 wurde durch Herrn Professor Hoppe und Herrn Schirmer (Leiter der Rechtsabteilung bei der Bundesärztekammer), der Referentenentwurf einer kritischen Analyse unterzogen und die daraus entwickelnden Folgen aller Ebenen des sozialen Versorgungssystems aufgezeigt.

Einführung eines Globalbudgets

In dem vorliegenden Referentenentwurf der Bundesgesundheitsministerin regelt § 142 die Einführung des Globalbudgets. Durchbudgetierung erfolgt auf mehreren Ebenen (§ 85, § 84, § 17c). Die damit verknüpften sektoralen Budgets sind kassenärztliche Leistungserbringung - Arzneimittelbudgets - landesweite Gesundheitsverträge mit den Krankenkassen (§ 17c) - budgetfreie Sektoren.

Die Folgen des Zusammenwirkens der Budgets sind eine kassengesteuerte Lenkung unter Kasseninteressen. Das Globalbudget ist nicht verhandelbar und wird durch das Bundesministerium für Gesundheit festgelegt und würde nach den derzeitigen Vorgaben ausschließlich durch die Krankenkassen allein gere-

gelt. Damit erhalten die Krankenkassen einen ungewöhnlichen Einfluß auf die Lenkung der gesundheitlichen Versorgung der Bürgerinnen und Bürger. Die für Integrationsversorgung eingesetzten Finanzmittel führen letztendlich zur Verarmung beim Leistungserbringer und zu einem ungewöhnlichen Verteilungskampf der Krankenhäuser. Dem Referentenentwurf liegt ein neues Prinzip zugrunde, ein **pseudobedarfsorientiertes Prinzip**, welches auch in seiner Umsetzung zu eindeutig statistischen Rationierungen führen muß.

Die **monistische Krankenhausfinanzierung** löst die bisherige duale Krankenhausphilosophie ab und wird demzufolge zu einem erheblichen Bettenabbau und konsekutiv zu einem **erheblichen Personalabbau** führen müssen. Andererseits behalten die Leistungserbringer – das Morbiditätsrisiko – das Fortschrittsrisiko und – das Haftungsrisiko.

Die Leistungserbringer sollen diszipliniert werden mit

- Prozeßqualitätssicherungsmaßnahmen
- Ergebnisqualitätssicherungsmaßnahmen und
- Leitlinien.

Die Betrachtung dieser Auswirkung führt eindeutig zur Konfliktverlagerung in die Arzt-Patienten-Ebene und bedingt eine erhebliche Stärkung der Patientenrechte.

Für Ärzte sind die Folgen: weniger Rechte, mehr Leistungen mit weniger Vergütung.

Mit der geplanten Ausgestaltung eines Globalbudgets ist die Leistungsrationierung vorprogrammiert. Ein landesweiter Gesamtbetrag ohne gesetzlich festgelegte Vorhaben, wie zum Beispiel Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts, Fallzahlentwicklung, BAT-Auswirkungen, Auswirkungen des Krankenhausplanes und der Investitionsförderung, bedeuten staatliche Willkür. Die unbegrenzte Weitergeltung des Beitragslastungsgesetzes würde die notwendigen Instandhaltungsmaßnahmen allein den Krankenhäusern auferlegen bei zusätzlicher Abgabe einer 1%igen Fehlbelegungsabgabe. Diese Entscheidung ist nicht tragfähig und unverantwortlich.

Die beabsichtigte Modifizierung des § 110, SGB 5, höhlt die Planungskompetenz der Bundesländer aus. Die Vorgaben einer einvernehmlichen Regelung zwischen dem Land und den Krankenkassen ermöglicht in diesem Konzept

den Zugriff der Krankenkassen zur Kündigung von Versorgungsverträgen.

Die Entwicklung eines Fallpauschalensystems durch die Selbstverwaltung auf Bundesebene ist zu begrüßen. Die im Referentenentwurf beabsichtigten Rahmenbedingungen konterkarieren allerdings sämtliche Anforderungen an ein leistungsgerechtes Vergütungssystem.

Zerstörung der Selbstverwaltung

Die §§ 64 und 140a, die insbesondere Festlegungen zur Integrationsversorgung regeln sollen, führen in der Ausführung zur Teilauflösung des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Dem ausschließlich an die Kassenärztlichen Vereinigungen gebundenen Sicherstellungsauftrag stellt der Referentenentwurf einen Modellversuch gegenüber, in denen die Krankenkassen mit einzelnen Ärzten Versorgungsverträge eingehen.

Die geplante Aufhebung des Kräftegleichgewichtes zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern durch die Möglichkeit, selektiv mit Ärztenetzen, Facharztgruppen oder gar einzelnen Ärzten sowie Krankenhäusern zu kontrahieren, wird

- eine gleichmäßige, flächendeckende qualitativ hochstehende und für jeden zugängliche Versorgung der Patienten gefährden,
- die freie Arztwahl einschränken,
- zu Risikoselektion durch Krankenkassen und Entsolidarisierung führen und
- eine Zwei- und Mehr-Klassen-Medizin provozieren.

Die nahezu ausschließliche Festlegung des Versorgungsbedarfes durch die Krankenkassen macht aus mündigen Versicherten entmündigte Patienten. Um jedoch individuell und nach ihrem Behandlungsbedarf versorgen zu können, muß der Arzt in beruflicher Unabhängigkeit nach medizinischen Kriterien frei entscheiden können. Medizinisch notwendige Leistungen dürfen den Pa-

tienten nicht aus rein ökonomischen Gründen vorenthalten werden.

Integrationsversorgung ambulanter und stationärer Versorgung

In den §§ 140a ff. wird die Einbindung der Krankenhäuser in vorhandene und künftige integrierende Versorgungsstrukturen fixiert.

Hochproblematisch gestaltet sich die sektorübergreifende Versorgung dahingehend, daß auf Bundesebene Rahmenbedingungen zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen unter Mitwirkung der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geschlossen werden sollen, die Krankenhausbereiche als gleichberechtigte Vertragspartner in diesen Verträgen nicht vorsehen. Zusätzlich ergeben sich eine Reihe von Problemen aus der Gestaltung dahingehend, daß einerseits die Krankenkassen als Vertragspartner mit einzelnen Gruppen von Leistungserbringern Budgets eigens verhandeln könnten und andererseits die Budgets aus den anderen Budgets herausgerechnet werden könnten.

Der Referentenentwurf läßt eine unnötige Degradierung der Kassenärztlichen Vereinigungen erkennen und gleichzeitig stellt er eine ungewöhnliche Regulierung und einen Eingriff in die Selbstverwaltungen dar.

Statt einer solchen institutionellen Öffnung der Krankenhäuser gilt es,

- die persönliche Ermächtigung besonders qualifizierter Fachärzte am Krankenhaus zur Erbringung hochspezialisierter Leistungen zu ermöglichen,
- die gemeinsame Nutzung von Ressourcen auszubauen,
- überholte Hierarchiestrukturen an Krankenhäusern zugunsten eines Teamarztsystems zu überwinden und
- vernetzte Versorgungsstrukturen (Versorgungsketten) zu fördern.

Freie Arztwahl darf nicht gefährdet werden!

Die Bedarfsplanung wird in den §§ 73,

101 - 103, 87 und 87a geregelt. Diese Bedarfsplanung sieht eine eindeutige Steigerung der Hausärzteschaft vor mit einer langfristigen Umstellung im Vertragsarztsystem. Zum einen soll der Versicherte seinen Hausarzt benennen und der Hausarzt darf bestimmte Leistungen absolvieren, §§ 87 und 87a. Eine Einflußnahme der Krankenkassen auf den HVM wird hier durch den Gesetzgeber fixiert.

Ab 2003 sieht der Gesetzgeber eine normierte Bedarfszulassung auf der Grundlage wissenschaftlicher Ermittlungen vor (§ 102). Die Realisierung dieser Vorgaben wäre ein Eingriff in die Niederlassungsfreiheit von Ärzten und hätte in der Weiterentwicklung der Ärzteschaft sowohl in der Weiterbildung zu Fachärzten als auch in der Versorgung der Bürgerinnen und Bürger notwendigen Fachärzteschaft in den Niederlassungen verheerende Auswirkungen.

Die Integration ambulanter/stationärer Leistungen kann nur durch dreiseitige Verträge der Krankenhausträger, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen gestaltet werden.

Katalog der Aufgaben der neuen Kompetenzen des medizinischen Dienstes der Krankenkassen. Nicht nachvollziehbar ist, daß bei der Verknappung der finanziellen Mittel eine von den Krankenkassen abhängige Institution aus den Krankenversicherungsbeiträgen in einer monströsen Ausweitung jetzt zusätzlich finanziert werden soll, wobei die Sinnhaftigkeit und die Wirtschaftlichkeit dieser Institution nicht erkennbar wird.

Die Antwort der deutschen Ärzteschaft gründet sich auf die Aussage, daß die Gesundheit einen hohen Stellenwert in der Bevölkerung hat und daß das Gesundheitswesen ein Wachstumsmarkt der Zukunft und die Ärzteschaft nach wie vor Anwalt der Patienten ist. Das Bündnis 2000 Gesundheit tritt mit aller Entschiedenheit dem Referentenentwurf der Bundesministerin, Frau Fischer, entgegen.

Dieser Referentenentwurf zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 wirkt sich

- verheerend auf die Versorgungsqualität und das Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Ärzten aus,
- bestraft Ärzte, die vorrangig eine möglichst gute Versorgung der Patienten anstreben,
- vernichtet Arbeitsplätze,
- unterhöhlt die soziale Schutzfunktion des Gesundheitswesens,
- löst nicht die entscheidenden Herausforderungen der Zukunft!

Fortbildungsnachweis

Der TOP II des 102. Deutschen Ärztetages in Cottbus befaßte sich mit der „ärztlichen Fortbildung“. Dazu legte der Vorstand der Bundesärztekammer den Beschlußantrag: „Fortbildungszertifikat der Ärztekammer“ vor.

Dieser Beschlußantrag legt die Rahmenbedingungen für eine zertifizierte ärztliche Fortbildung fest. In der Begründung heißt es unter anderem: „Das Vertrauen des Patienten gegenüber seinem Arzt gründet sich im wesentlichen darauf, daß sich die medizinische Betreuung an aktuellem Fachwissen und Können ori-

entiert. Infolgedessen ist jeder Arzt verpflichtet, seine fachliche Kompetenz durch berufsbegleitendes Weiterlernen - durch Fortbildung - kontinuierlich zu aktualisieren und zu festigen. Das Fortbildungszertifikat ist der Nachweis für die freiwilligen Fortbildungsaktivitäten des Arztes.“

Es wurde ausdrücklich die Freiwilligkeit des Erwerbes eines Fortbildungszertifikates betont und gleichzeitig über die Möglichkeit der Dokumentation und des Nachweises der absolvierten Fortbildung hingewiesen. Bei den Voraussetzungen für den Erwerb des Fortbildungszertifikates wurde im Hinblick auf die europäische Einigung und die schon in vielen Kammern und wissenschaftlichen Gesellschaften laufenden Modellvorhaben im Rahmen der freiwillig zertifizierten Fortbildung der Erwerb von 150 Fortbildungseinheiten in minimal 3 Jahren beziehungsweise von 250 Fortbildungseinheiten im Laufe von 5 Jahren festgelegt. Des weiteren wurden die Voraussetzungen für die Anerkennung/Akkreditierung von Fortbildungsveranstaltungen durch die Landesärztekammer formuliert.

Obwohl die Beschlußvorlage des Vorstandes der Bundesärztekammer dem Wunsch der meisten Ärzte, ihre absolvierte Fortbildung auszuweisen, ent-

sprach, gab es auch Anträge, die die freiwillig zertifizierte Fortbildung ablehnten und dafür eine Rezertifizierung von Gebietsbezeichnungen aller 5 bis 10 Jahren forderten. Diese Anträge wurden allerdings mit großer Mehrheit abgelehnt. Der Beschlußantrag des Vorstandes der Bundesärztekammer wurde mit Mehrheit angenommen.

Für die sächsischen Ärzte ergeben sich daraus keine Konsequenzen, da dieser Beschluß offen läßt, daß die Landesärztekammern die laufenden Modellprojekte weiterführen. Zu einem späteren Zeitpunkt sollen die Erfahrungen aus den Landesärztekammern zu einem bundesweit einheitlichen Fortbildungszertifikat zusammengeführt werden.

Dr. med. Herzig
Ärztlicher Geschäftsführer
der Sächsischen Landesärztekammer

Rehabilitation

Neben der Akutmedizin bedarf der weitere Auf- und Ausbau der Rehabilitationsmedizin unserer vollen Aufmerksamkeit. Stichworte für die aktuelle und zukünftige Bedeutung des gegliederten Systems der Rehabilitation sind:

- *veränderte Altersstruktur mit Langlebigkeit*
- *Zunahme chronisch Kranker mit Multimorbidität*
- *sozialmedizinische Dimension bei verändertem Arbeitsmarkt*

Nach der Definition des Rehabilitationsangleichungsgesetzes (1973) werden unter Rehabilitation alle Maßnahmen verstanden, die darauf gerichtet sind, körperlich, geistig und seelisch behinderten Menschen zu helfen, ihre Fähigkeiten und Kräfte zu entfalten und einen angemessenen Platz in der Gemeinschaft zu finden; dazu gehört vor allem eine dauerhafte Eingliederung in Arbeit und Beruf. Vor zwei Jahren, beim 100. Deutschen Ärztetag 1997 in Eisenach, haben wir in einem Beschluß Rehabilitation als die Behandlung Kranker,



Sächsische Delegierte zum 102. Deutschen Ärztetag

Genesender oder Behinderter mit speziellen Mitteln und Maßnahmen bezeichnet, um vorhandene oder absehbare Schädigungen auszuheilen und, wenn dies nicht möglich ist, Restfunktionen zu aktivieren. Ziel ist eine optimale Wiederherstellung der Gesundheit, um eine möglichst dauerhafte Integration beziehungsweise Reintegration in Familie und Gesellschaft, Arbeit und Beruf zu sichern.

Ziel der Bemühungen muß es sein, durch abgestufte Komplexbehandlung im diagnostisch-therapeutischen Team Kranke, Genesende und Behinderte zur bestmöglichen Rehabilitation und Reintegration zu bringen.

Eine kritische Bilanz des Systems ergibt erhebliche Mängel sowohl in inhaltlicher wie auch logistischer Hinsicht und befindet sich noch immer weitab von einem Optimum betreuungswirksamer Rehabilitation.

Schon der zitierte 100. Deutsche Ärztetag hatte Anforderungen an eine sinnvolle medizinische Rehabilitation gestellt, die auch heute volle Gültigkeit besitzen:

- ganzheitlicher Ansatz
- interdisziplinär arbeitendes qualifiziertes Team der unterschiedlichen Fachberufe
- dauernd präsente fachärztliche Leitung
- Schwerpunktunktionsdiagnostik
- leistungsgerechter Personalschlüssel
- Fortsetzung bereits bestehender Qualitätssicherung

Ein ausgezeichnetes Referat mit dem Thema „Rehabilitation nach dem Stand der Zeit“ von Prof. G. Zilvold aus Enschede/Niederlande widmete sich dem Stand der Rehamedizin in den europäischen Staaten und zeigte die guten flächendeckenden Ergebnisse der Rehabilitationsmedizin in Holland auf.

Aus dem zweiten Referat zu diesem Komplex von R. Henke, der als Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer einen Abriss der Rehamedizin in Deutschland gab, seien einige Kritik-

und Mängelpunkte genannt, die als Denkanstöße auch für die Organisation der Reha in den Ländern gelten können:

1. Die heutige Einleitungs- und Bewilligungspraxis von Reha-Maßnahmen behindert den integrierten Einsatz und die Behandlung chronisch Kranker.
2. Die Zuständigkeiten, Verwaltungsverfahren und zeitlichen Abläufe der Entscheidungs- und Einbestellungsverfahren sind für Ärzte und Patienten nicht verständlich und eher eine Behinderung als eine Hilfe.
3. Es gibt keine trägerübergreifend verbindlichen Qualitätsstandards in der Rehabilitation. Das gilt auch für die medizinische Prävention.
4. Anerkannte Qualitätsstandards werden in der Praxis der Träger und in der Preisgestaltung von Leistungen nicht konsequent berücksichtigt.
5. Es fehlen Abstimmungsprozesse für eine bedarfsorientierte rehabilitative Versorgung.
6. Es fehlen Planungs- und Vertragssicherheit für die Leistungserbringer.
7. Jeder Reha-Träger verfährt nach seinen eigenen Vorstellungen für Qualitätsvorgaben, Vergütung, Bedarfsbestimmungen und die Auslegung zentraler Rechtsbegriffe.
8. Medizinische Rehabilitation ist in der Aus-, Weiter- und Fortbildung von (kurativ tätigen) Ärzten und klinischem Personal mangelhaft berücksichtigt.
9. Die verfügbare rehabilitative Kompetenz reicht für die Integration von kurativer und rehabilitativer Versorgung derzeit nicht aus.
10. Auch in der Fortführung der rehabilitativen Behandlung sind Akutmedizin und Rehabilitation nicht ausreichend verzahnt. (Untersuchungen über die Risikofaktoren der koronaren Herzkrankheit lassen beispielsweise erkennen, daß sich zwischen der Aufnahme und Entlassung aus einer stationären Rehabilitation hervorragende Besserungen des Risiko-

profils erreichen lassen, sich dann das Risikoprofil Koronarkranker jedoch über Monate hinweg wieder verschlechtert, und dies, wie eine ergänzende Analyse ergibt, übrigens insbesondere bei jüngeren Personen.)

11. Die Erbringung ambulanter Rehabilitationsleistungen ist nicht hinreichend geregelt. Der Auftrag des Gesetzgebers aus dem Gesundheitsreformgesetz von 1989 ist nicht umgesetzt.

12. Trotz eindeutiger Vorgaben sind die gesetzlichen Forderungen „Rehabilitation vor Pflege“ und „Rehabilitation auch bei Pflegebedürftigkeit“ nicht eingelöst.

Dieser Mängelanalyse wurden vom Vorstand der Bundesärztekammer sechs Schwerpunkte zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in Deutschland gegenübergestellt und diese im Plenum eingehend diskutiert und verabschiedet:

- Ausrichtung von Rehamaßnahmen an medizinischen Kriterien
- Schlüsselfunktion des Arztes bei der Einleitung von Rehamaßnahmen
- Vorrangigkeit ambulanter vor stationärer Rehabilitation
- Integration kurativer und rehabilitativer Medizin
- Gemeinsame Qualitätsanforderungen/Therapiekonzepte nach Indikation
- Verbesserung des gegliederten Systems

Wenn man bedenkt, daß nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums 1997 zirka 60 Milliarden für die Rehabilitationsmedizin in Deutschland ausgegeben wurden, so sollte es bei effektivem Einsatz der Mittel gelingen, eine gut abgestimmte flächendeckende wohnortnahe und wohnortferne Rehabilitation in Deutschland weiterzuentwickeln.

*) Interessenten können die beiden Originalbeiträge in der Sächsischen Landesärztekammer, Redaktionskollegium, abfordern.

Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Bereits viele Wochen vor dem Deutschen Ärztetag war den Delegierten zum Zwecke der gründlichen Vorbereitung der umfangreiche, mehr als 550 gedruckte Seiten umfassende Tätigkeitsbericht zugegangen. Es ist nicht nur eine Dokumentation „für die Akten“ sondern ein empfehlenswertes, vorzüglich erarbeitetes und sogar spannend zu lesendes Nachschlagewerk, unter der Federführung des Hauptgeschäftsführers der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Christoph Fuchs, von den Mitarbeitern der Geschäftsstelle mit ihren zahlreichen Fachabteilungen mit Fleiß zusammengestellt. Deshalb wurde der Tagesordnungspunkt auch von Herrn Prof. Fuchs vorgetragen. Dabei ging er einleitend auf die allgemeine politische Situation ein, die zu Ende der vergangenen Regierungskoalition durch eine gesteigerte Gesetzgebungs- und Verordnungstätigkeit sowie durch die Wahlkämpfe auf Landes- und Bundesebene gekennzeichnet war. Dieses und die Unsicherheit, Unberechenbarkeit und Gesprächsverweigerung der neuen Regierung, engten den Handlungsrahmen der Bundesärztekammer erkennbar ein. Der infolge der Massenarbeitslosigkeit, der medizinischen Innovationen und der demographischen Entwicklung entstandene Finanzierungsmangel im Gesundheitssystem und die deshalb von der neuen Regierung vorgesehene Budgetierung aller Gesundheitsausgaben sollen nun, so meinte er, in ihren Auswirkungen unter anderem von einer Patientencharta und gar eines Patientenschutzgesetzes verschleiert werden.

Im einzelnen ging Prof. Fuchs dann auf die Situation der ärztlichen Versorgung in Deutschland ein, die Lage im ambulanten Sektor und die der Ärzte im Krankenhaus und beschrieb die Aktivitäten der Bundesärztekammer mit ihren Ausschüssen in diesem Bereich. Die Ausschüsse und andere Gremien bear-



Herr Dr. Schwenke als Diskussionsredner

beiteten wichtige Themenfelder. Ihre Ergebnisse sind die Grundlage allgemeingültiger Satzungen der Bundesärztekammer, die den Landesärztekammern als Vorlage für die praktische Umsetzung auf Landesebene dienen, vor allem in der Weiter- und Fortbildung, für Leitlinien und Richtlinien. So wurden die Themen Gesundheit und Umwelt, Arbeitsmedizin, Qualitätssicherung, Notfall und Katastrophenmedizin sowie Öffentlicher Gesundheitsdienst intensiv bearbeitet, ebenso Prävention und Rehabilitation und über die Arbeit der Ständigen Kommission Organtransplantation und die des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer berichtet. Umfangreich waren die Aktivitäten der Bundesärztekammer im Bereich ärztlicher Ausbildung. Weiterbildung und Fortbildung, vor allem aber bei der Förderung der Allgemeinmedizin. Auch die Auslandsbeziehungen der Bundesärztekammer kamen zur Sprache, nicht zuletzt natürlich Vergütungsfragen, für welche die Bundesärztekammer zuständig ist.

Zu alle diesen Problemfeldern wurden Anträge gestellt, begründet und zum

Teil vielfältig und kontrovers diskutiert und dann das erzielte Ergebnis durch Abstimmung beschlossen. Es ist hier nur möglich, einige Beispiele zu nennen. So wurden in einem einstimmig gefaßten Beschluß Bund und Länder angemahnt - wie schon auf früheren Ärztagen - die längst überfällige Novellierung der Approbationsordnung vorzunehmen. Seit Jahren ist klar, daß die universitäre Mediziner Ausbildung an die veränderten Anforderungen in der gesundheitlichen Versorgung angepaßt werden muß. Würde mehr praktische Ausbildung wie gefordert während des Studiums erfolgen, könnte die AiP-Zeit entfallen. Des weiteren wurde in mehreren Beschlüssen den unseriösen Geschäften entgegengetreten, die von privaten Unternehmen gemacht werden, welche sich Pflichtkurse im Rahmen der Weiterbildung und während der AiP-Zeit überbeuert bezahlen lassen, und das von den Berufsanfängern, deren Einkünfte bekanntermaßen schon sehr gering sind. Deshalb sollen in Zukunft im Rahmen der Weiterbildung nur solche Kurse anerkannt werden, die von den Landesärztekammern hinsichtlich des Inhaltes und der Kosten akzeptiert werden. Auch wurde beschlossen, die ersten sechs Wochen des Mutterschutzes auf die Weiterbildung anzurechnen, denn Schwangerschaft kann nicht schlechter gestellt sein als Krankheit, bei der das schon heute gilt.

Als redlich aber in der gegenwärtigen Arbeitsplatzsituation an den Krankenhäusern wohl nur appellativ zu verstehen ist ein Beschluß, welcher den Vorstand der Bundesärztekammer auffordert, sich weiter intensiv dafür einzusetzen, daß die im Krankenhaus geleisteten unbezahlten Überstunden in Zukunft unterbleiben. Die Chefarzte werden aufgefordert, die Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes zu beachten und nur noch bezahlte Überstunden zu dulden - eine Utopie angesichts der realen Situation in „gesundschumpfenden“ Krankenhäusern.

Nicht anders ist wohl auch der Beschluß zu beurteilen, der sich mit neuen Leitungsstrukturen in den Krankenhäusern befaßt. Hier wurde ein „Positionspapier“ verabschiedet, welches die Abschaffung der Chefärzte und damit der Krankenhaushierarchie vorsieht. An ihre Stelle soll eine größere Gruppe gleichberechtigter Fachärzte treten, die aus ihrer Mitte einen wechselnden „Sprecher“ wählen, der sie „nach aussen“ vertritt.

Auf Antrag von Dr. Jonitz, dem neuen Berliner Kammerpräsidenten und von Beruf Krankenhauschirurg, wurde eine Entschließung verabschiedet, welche die geplante flächendeckende Einführung von Fallpauschalen in der Krankenhausvergütung ablehnt. Unter Hinweis auf amerikanische Verhältnisse würden sie die Qualität nachweislich verschlechtern durch massiven Druck auf die Verweildauer im Krankenhaus, wodurch die für Behandlung und Heilung notwendige Zeit nicht mehr ausreichend zur Verfügung steht. So veränderte sich in den USA durch Einführung von Fallpauschalen bei hüftgelenksnahen Frakturen die Verweildauer von 16,6 auf 10,3 Tage, die Zahl der krankengymnastischen Behandlungen im Krankenhaus von 9,7 auf 4,9, die Entlassung in Pflegeheime jedoch von 21 % auf 48 % und die Haushaltspflegebedürftigkeit von 13 % auf 39 %!

Intensiv befaßte sich der Deutsche Ärztetag auch mit Vergütungsfragen. So wurde die Reform des Gesetzes über die Entschädigung von Zeugen und Sachverständigen als für die Ärzteschaft diskriminierend bezeichnet. Mit ihm sollte das Justizkostenrecht vereinfacht werden. Das Ergebnis ist aber so, daß die Ärzte nach der gleichen, niedrigen Tabelle Gruppe 2 bezahlt werden sollen, die für Handwerksberufe gilt. Dagegen werden Gutachten über Schmuck- und Kunstgegenstände oder politologische Sacherverhalte der höchsten Tabellen-Gruppe 4 zugeordnet.

Wieder, wie schon in den vergangenen Jahren Herr Seehofer, wurde die Gesundheitsministerin aufgefordert, auf dem Gebiete der GOÄ gleiche Bedingungen in Ost und West herzustellen und den Ost-Abschlag neun Jahre nach der Deutschen Einheit endlich abzuschaffen, denn die Leistungen der ostdeutschen Ärzte sind nicht geringer zu bewerten, als die Leistungen der Beratungsberufe, wie zum Beispiel Rechtsanwälte, Steuerberater u. a., deren Vergütung in Ost und West gleich sind. Außerdem zahlen die im Osten privat Krankenversicherten schon immer die gleichen Beiträge wie im Westen, andererseits gibt es bekanntlich keinen „Ostrabatt“ für Praxisinvestitionen.

Das war nur ein kleiner Ausschnitt aus dem umfangreichen Spektrum der zum Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer geführten Diskussionen und erfolgten Beschlüsse.

Bericht über die Jahresabrechnung der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 1997/98 (1. 7. 1997 bis 30. 6. 1998) und den Haushaltsvorschlag 1999/2000

Der Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, Herr Prof. Fuchs, gab den Bericht über die Jahresabrechnung. Aus der Sicht der Finanzkommission der Bundesärztekammer referierte darüber deren Vorsitzender, Herr Dr. Buck-Gramcko, der Jahrzehnte dieses Amt bekleidet hatte und nun nach einer Würdigung durch Prof. Fuchs mit langanhaltendem Beifall des Plenums in den Ruhestand verabschiedet wurde. - Mit großer Aufmerksamkeit wurden die Darlegungen der beiden Redner verfolgt. Sie überzeugten die Delegierten derart, daß kein Diskussionsbedarf entstand. Mit Genugtuung nahm man das Ergebnis - einen ausgeglichenen Haushalt - zur Kenntnis. Dazu hatte auch die 11%ige Rendite aus dem Ärzte-Verlag beigetragen, an dem die Bundesärztekammer beteiligt ist. Abschließend for-

derte Herr Dr. Buck-Gramcko dazu auf, eine Rücklage zu bilden, um die Übersiedlung der Bundesärztekammer von Köln nach Berlin vorzubereiten, was mit lebhaftem Beifall quittiert wurde. Der Abschluß der Jahresabrechnung wurde von den Landesärztekammern einstimmig gebilligt.

Dieses Votum wurde auch dem Haushaltsvorschlag für das Jahr 1999/2000 zuteil, der ebenfalls von den beiden Verantwortlichen vorgetragen und begründet wurde und unter TOP VII aufgerufen war. Er liegt bei 20.460.000,- DM. Alle Landesärztekammern tragen entsprechend der Anzahl der von ihnen vertretenen Ärzte dazu bei, die neuen Bundesländer zahlen dabei 90 % der West-Bemessungsgrundlage, für Sachsen sind das aber immerhin pro Jahr rund 750.000,- DM! Durch gute Vorbereitung und ganz stringente Planung jedes einzelnen Haushaltsposten gelang es, die Steigerungsrate bei 3,5 % zu halten. Wollte man aber alles, was ohne Zweifel berufspolitisch notwendig wäre, auch durchführen, so wäre sie doppelt so hoch! Das ist nicht finanzierbar bzw. den Landesärztekammern nicht vermittelbar. So muß deshalb leider zum Beispiel auf die Pflege europäischer und außereuropäischer Kontakte weitgehend verzichtet werden. Besonders ärgerlich und nicht ohne das Risiko, daß Deutschland „abgehängt“ wird, ist das auf dem Gebiete der europäischen Normung und Integration. - Wortmeldungen gab es zu diesem Tagesordnungspunkt nicht.

Dr. med. Peter Schwenke, Leipzig
Delegierter zum Deutschen Ärztetag

Wahlen

Die Wahlen waren das beherrschende Thema des 4. 6. 1999. Sie wurden moderiert durch Herrn Prof. Dr. med. Brandtstätter, den Präsidenten der Landesärztekammer Sachsen-Anhalt. Dieser, 1995 zum Vizepräsidenten gewählt, kandidierte in Cottbus für dieses Amt nicht wieder.

Wahlmodus:

Es waren zu wählen der Präsident, zwei Vizepräsidenten und zwei weitere Ärztinnen/Ärzte, die zusammen mit den Präsidenten der Landesärztekammern den Vorstand der Bundesärztekammer bilden sowie die Mitglieder in die Vorstände des „Deutschen Senats für Ärztliche Fortbildung“, der „Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin“ und der „Deutschen Akademie der Gebietsärzte“.

Nach der Satzung der Bundesärztekammer erfolgt die Wahl für den Präsidenten, für jeden der beiden Vizepräsidenten und für die genannten zwei weiteren Ärztinnen/Ärzte in getrennten Wahlgängen durch geheime, schriftliche Abstimmung. Zur Wahl ist jeweils die Mehrheit der abgegebenen Stimmen notwendig. Wird diese Mehrheit in zwei Wahlgängen nicht erreicht, so findet im dritten Wahlgang eine Stichwahl zwischen den beiden Kandidaten mit der höchsten Stimmzahl aus dem zweiten Wahlgang statt.

Die Wahl erfolgt für die Dauer von vier Jahren, satzungsgemäß bedarf jeder Wahlvorschlag die schriftliche Unterstützung von mindestens zehn Delegierten.

Wahl des Präsidenten:

Nach einer sehr erfolgreichen 21jährigen Amtsperiode als Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages stand für dieses Amt der noch amtierende Präsident, Herr Prof. Dr. med. Karsten Vilmar, nicht mehr zur Verfügung.

Es kandidierten die beiden bisherigen Vizepräsidenten, Herr Prof. Dr. med. Jörg Dietrich Hoppe, Präsident der Landesärztekammer Nordrhein, Pathologe und Arzt für Allgemeinmedizin, Chefarzt des Institutes für Pathologie in Düren sowie Herr Dr. med. Frank-Ulrich Montgomery, Präsident der Ärztekammer Hamburg und Vorsitzender des Marburger Bundes. Von 247 Stimmberechtigten votierten bereits im ersten Wahlgang 181 Delegierte für Herrn Prof. Dr. med. Hoppe und nur 60 für Herrn Dr. med. Montgomery, vier enthielten sich der Stimme, zwei Stimmen waren ungültig. Damit war **Herr Prof. Dr. med. Hoppe** mit großer Mehrheit zum Präsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages gewählt worden.

Wahl des Ehrenpräsidenten:

Auf Antrag von Herrn Prof. Hoppe und Herrn Henke, MdL, wurde mit grosser Mehrheit durch Akklamation **Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Karsten Vilmar** zum Ehrenpräsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages auf Lebenszeit unter „standing ovations“ gewählt.

Wahl der zwei Vizepräsidenten:

Im ersten Wahlgang stellten sich fünf Kandidaten zur Wahl, im zweiten wurde ein weiterer vorgeschlagen, so daß es insgesamt sechs Kandidaten gab. Das waren in alphabetischer Reihenfolge:

- **Frau Dr. med. Ursula Auerswald**, Präsidentin der Ärztekammer Bremen
 - Herr Prof. Dr. med. habil. Heinz Diettrich, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer
 - Herr Dr. med. Dieter Everz, Präsident der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz
 - Frau Dr. med. Elisabeth Hauenstein, Landesärztekammer Baden-Württemberg
 - Herr Dr. med. Alfred Möhrle, Präsident der Landesärztekammer Hessen
- und ab der Wahl zum zweiten Vizepräsidenten noch
- **Herr Dr. med. Andreas Crusius**, Präsident der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

Durch die Darstellung der einzelnen Wahlgänge im Verlauf der Wahlen zum Vorstand der Bundesärztekammer in Tabellenform wird versucht, dem Leser zumindest einen Hauch der spannenden Atmosphäre im Tagungsraum an diesem Tage zu vermitteln.

Damit wurden Frau Dr. med. Auerswald mit 207 von 240 und Herr Dr. med. Crusius mit 132 von 239 gültigen Stimmen, jeweils im dritten Wahlgang, zu Vizepräsidenten gewählt.

Wahl der „zwei weiteren Ärztinnen/Ärzte“ zum Vorstand der Bundesärztekammer:

Es stellten sich insgesamt sechs Kandidaten zur Wahl. Vier von diesen waren bereits zum 1. Wahlgang nominiert worden, die weiteren zwei erst zum 2. Wahlgang. Alle wurden wieder in alphabetischer Reihenfolge und entsprechend den Wahlgängen aufgeführt:

- Herr Prof. Dr. med. Dieter Adam, Bayerische Landesärztekammer
 - Frau Dr. med. Astrid Bühren, Bayerische Landesärztekammer
 - Frau Dr. med. Elisabeth Hauenstein, Landesärztekammer Baden-Württemberg
 - Herr Rudolf Henke, MdL, Ärztekammer Nordrhein
- im 2. Wahlgang traten erstmalig an
- Herr Dr. med. habil. Wulf Dietrich, Bayerische Landesärztekammer
 - Frau Dr. med. Heidrun Gitter, Ärztekammer Bremen.

Damit war Herr Henke bereits im 1. Wahlgang mit 136 von 239 Stimmen gewählt worden, Frau Dr. med. Bühren erreichte die notwendige Mehrheit mit 127 von 234 Stimmen erst in der Stichwahl.

Nach dieser Wahl fand die Verpflichtung des neuen Vorstandes, bestehend aus dem neugewählten Präsidenten, den beiden neuen Vizepräsidenten, der Kollegin Frau Dr. med. Bühren und Herrn Henke sowie den Präsidenten der Landesärztekammern, statt. Sie wurde durch den Alterspräsidenten dieses 102.

Deutschen Ärztetages, Herrn Dr. Dr. Hofmann, vorgenommen.

Weitere Wahlen:

Danach übernahm die weitere Leitung der Wahl der neue Präsident, Herr Prof. Dr. med. Hoppe. Es waren die Vorstände für den „Deutschen Senat für Ärztliche Fortbildung“, die „Deutsche Akademie für Allgemeinmedizin“ und für die „Deutsche Akademie der Gebietsärzte“ zu wählen. Dazu lagen Vorschlagslisten des Vorstandes der Bundesärztekammer vor.

Für den siebenköpfigen Vorstand des „Deutschen Senates für Ärztliche Fort-

bildung“ kandidierten neun, für den fünfköpfigen der „Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin“ ebenfalls neun und für den fünfköpfigen Vorstand der „Deutschen Akademie für Gebietsärzte“ sieben Persönlichkeiten.

Tagungsort für den 105. Deutschen Ärztetag 2002:

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer beschloß der 102. Deutsche Ärztetag einstimmig Rostock als Tagungsort für den 105. Deutschen Ärztetag.

Dr. med. Wolf-Dietrich Kirsch, Wiederitzsch
Delegierter zum Deutschen Ärztetag

Ergebnisse der Wahl zum „ersten“ Vizepräsidenten:

	1. Wahlgang	2. Wahlgang	Stichwahl der beiden Erstplatzierten
abgegebene Stimmen	248	244	242
ungültige Stimmen	0	0	2
gültige Stimmen	248	244	240
Enthaltungen	2	1	6
notwendige Stimmen	125	123	einfache Mehrheit
Kandidaten	Stimmenzahl	Stimmenzahl	Stimmenzahl
Dr. med. Auerswald	80	108	207 - gewählt
Prof. Dr. Diettrich	52	51	Verzicht
Dr. med. Everz	50	47	entfällt
Dr. med. Hauenstein	14 - Rücktritt ¹	entfällt	entfällt
Dr. med. Möhrle	48	37	entfällt

¹ Rücktritt in diesem Wahlgang zugunsten von Frau Dr. med. Auerswald

Ergebnisse der Wahl zum „zweiten“ Vizepräsidenten:

	1. Wahlgang	2. Wahlgang	Stichwahl der beiden Erstplatzierten
abgegebene Stimmen	239	237	240
ungültige Stimmen	0	2	1
gültige Stimmen	239	235	239
Enthaltungen	1	5	11
notwendige Stimmen	120	118	einfache Mehrheit
Kandidaten	Stimmenzahl	Stimmenzahl	Stimmenzahl
Dr. med. Crusius	71	108	132 - gewählt
Prof. Dr. Diettrich	59 - Rücktritt ²	entfällt	entfällt
Dr. med. Everz	60	69	96
Dr. med. Möhrle	48	46	entfällt

² Rücktritt von der weiteren Wahl zugunsten der neu hinzugekommenen Kandidaten aus den neuen Bundesländern.