

# 103. Deutscher Ärztetag

## Bericht und Meinungsäußerung sächsischer Ärzte

Köln, 9. bis 12. Mai 2000

Erstmals unter dem Vorsitz des Bundesärztekammerpräsidenten Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe fand der diesjährige Deutsche Ärztetag in gesundheitspolitisch etwas entspannterer Atmosphäre statt. Zu den Aufgaben der 250 Delegierten aus den 17 Landesärztekammern gehörte es, länderübergreifende Regelungen zum Berufsrecht zu erarbeiten, aktuelle gesundheitspolitische Entscheidungen zu bewerten, ärztliche berufspolitische Themen zu diskutieren und sie der Öffentlichkeit zu vermitteln.

Bereits bei der Eröffnung des Ärztetages war eine Befriedung zwischen der Ärzteschaft und den Politikern der Rot-Grünen-Koalition erkennbar. Trotz der Kritik an der sektoralen Budgetierung, willkürlichen Kostendämpfung und monopolarartigen Einkaufsmodellen durch die Gesundheitsreform 2000 war der Tenor der Eröffnungsveranstaltung – Wille der Ärzte und der Gesundheitsministerin, Frau Andrea Fischer, zu ergebnisoffenen Diskussionen aller Probleme.

In den folgenden Ausführungen berichten sächsische Ärzte über die Hauptthemen des 103. Deutschen Ärztetages.

### Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Der 103. Deutsche Ärztetag in Köln stand diesmal nicht im Zeichen der zentralen Auseinandersetzung mit der Gesundheitsreform 2000. Wesentliche Inhalte bildeten vor allem die Novellierung der Musterberufsordnung sowie die Modifizierung der Musterweiterbildungsordnung. Dennoch war die Gesundheitsreform 2000 Gegenstand vieler Diskussionen und Anträge.

Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe ging in seiner Eröffnungsrede ausführlich auf gesundheitspolitische Themen ein. Er unterstrich, dass zwei Jahrzehnte kurz-sichtiger Kostendämpfungspolitik das deutsche Gesundheitswesen in die Rationierung geführt und die Ende vergangenen Jahres verabschiedete Gesundheitsreform zu einer Verschärfung von Risikoselektion und Rationierung ge-



Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer und der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe Foto: Bernhard Eifrig, Bonn

führt habe. Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe geißelte in diesem Zusammenhang „das politische Gerede von zuwendungsintensiver Medizin als pure Heuchelei“. Gleichmaßen verhielte es sich bei der Debatte um die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe forderte eine neue Diskussionskultur: „Wir brauchen mehr Ehrlichkeit in der Analyse unseres Gesundheitswesens und müssen dann offen über die Konsequenzen diskutieren“. Er begrüßte in diesem Kontext die Überlegungen der Bundesgesundheitsministerin zur Verbreiterung der Einnahmehasis der GKV. Denn es würde erstmals vom Bundesgesundheitsministerium anerkannt, dass die Probleme im Gesundheitswesen sich vor allem aus der sinkenden Lohnquote infolge anhaltender Arbeitslosigkeit sowie aus dem medizinischen Fortschritt und der Bevölkerungsentwicklung ergeben.

Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe stellte heraus, dass es mit dem Bündnis Gesundheit 2000 gelungen sei, in öffentlichen Veranstaltungen den Zusammenhang zwischen Budgetierung und Rationierung deutlich zu machen: „Wir haben im Bund und in den Ländern die politische Stimmung beeinflusst und so sicherlich mit dazu beigetragen, das Globalbudget wie auch einen grundlegenden Systemwechsel in die Staatsmedizin zu verhindern.“

Mit Blick auf das verabschiedete „Rumpfgesetz“ kritisierte Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe sektorale Budgets, willkürliche Kostendämpfung und geplante monopolartige Einkaufsmodelle als untaugliche Rezepte für ein modernes, patientengerechtes Gesundheitswesen und forderte, dass keine selektiven Verträge mit Ärzten ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen als Vertragspartner geschlossen werden dürften.

Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe griff auch das Thema Patientenrechte auf und stellte klar, dass die Patientenrechte in Deutschland sehr wohl verankert seien, unterentwickelt jedoch die Rechte der Patienten gegenüber den Krankenkassen. Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe ging auf derzeit im Brennpunkt stehende ethische Fragen ein, beispielsweise in Zusammenhang mit der Entschlüsselung des menschlichen Genoms oder bei der Problematik der Präimplantationsdiagnostik. Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe arbeitete dabei die Ambivalenz des medizinischen Fortschrittes heraus und stellte fest, dass wir erst am Anfang einer notwendigen gesamtgesellschaftlichen Diskussion zu diesen Fragen stehen.

Schließlich spannte Prof. Dr. Hoppe den Bogen zu den Schwerpunktthemen des 103. Deutschen Ärztetages vor dem Hintergrund der Anforderungen des Alltags und forderte dabei von der Politik die entsprechenden Rahmenbedingungen für eine würdige Berufsausübung ein.

In ihrem Grußwort an den Deutschen Ärztetag verteidigte Frau Gesundheitsministerin Fischer die Gesundheitsreform, vermied jedoch eine offene Konfrontation mit der verfassten Ärzteschaft. Mit zunehmender Dauer im Amt ist offenbar auch bei ihr die Einsicht in die Komplexität der Zusammenhänge gewachsen. Freilich ließen sich verwendungsfähige Ansätze grundsätzlicher Art nicht erkennen.

Enttäuschend war, dass die Bundesgesundheitsministerin auf die Spezifik der Probleme des Gesundheitswesens im Osten Deutschlands nicht eingegangen ist.

Frau Fischer äußerte sich auch zu ethischen Problemen und hinterfragte kritisch die zunehmenden Möglichkeiten in der Medizin unter dem Blickwinkel, ob alles Machbare auch sinnvoll sei. Auch Frau Fischer forderte eine gesamtgesellschaftliche Debatte zu diesen grundsätzlichen Fragen.

Aus der Rede der Gesundheitsministerin konnte der Eindruck gewonnen werden, dass derzeit die Zeichen eher auf Gesprächsbereitschaft stehen. Ob sich daraus tatsächlich ein konstruktiver Dialog zwischen Regierung und verfasster Ärzteschaft ergibt, hin auf eine Gesundheitsreform, die diesen Namen tatsächlich verdient, oder ob es sich nur um die Ruhe vor dem Sturm handelt, wird die Zukunft zeigen.

Der 103. Deutsche Ärztetag formulierte und beschloss zu Fragen der Gesundheits-, Sozial- und ärztlichen Berufspolitik verschiedene Anträge und Leitanträge, die hier nur schwerpunktmäßig angerissen werden sollen.

„Ein freies und soziales Gesundheitswesen ist der beste Patientenschutz.“

Unter diesem Motto wurden Positionen und Forderungen der Ärzteschaft zusammengefasst.

Nicht neue Dirigismen seien nötig, sondern Verhinderung von Risikoselektion und einseitiger Sammlung von Patientendaten bei den Kostenträgern; Orientierung an der medizinischen Notwendigkeit statt an unangemessenen Budgets; freie Arztwahl und Selbstverwaltung in gleichberechtigter Partnerschaft; sach- und bedarfsgerechte Krankenhausfinanzierung.

Die Verantwortung für die Finanzierung des medizinisch Notwendigen liege bei der Politik. Gefordert wird Eigenverantwortung des Einzelnen als notwendiges Element im System der solidarischen Absicherung sowie eine Verbreiterung der Einnahmehbasis der GKV bei Ausgrenzung versicherungsfremder Leistungen. Wenn schon Wettbewerb, dann qualitätsorientiert.

Als dringend erforderlich wurde die An-



Sächsische Delegierte: (v.l.n.r.) Dr. Clemens Weiss, Frau Dr. Gisela Trübsbach, Prof. Dr. Rolf Haupt, Prof. Dr. Gunter Gruber, Dr. Erik Bodendieck, Dr. Günter Bartsch

Foto: Bernhard Eifrig, Bonn

passung der vertragsärztlichen Vergütungen in den neuen Ländern an das Niveau der alten bis 2004 gefordert, analog die Anpassung der GOÄ.

Die Fortentwicklung der Patientenrechte nahm Raum in einigen Leitanträgen ein – gewissermaßen als Pendant zur Forderung der Regierung nach einem „Patientenschutzgesetz“ (Man fühlt sich an den Artenschutz erinnert. Als müsse die Species Patient vor dem Arzt geschützt werden?)

Herausgearbeitet wurde die Bedeutung der Selbstverwaltungsstellen, Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen. Es wurde auf die hohe Akzeptanz der Entscheidungen dieser Stellen bei Gerichten hingewiesen wie auf die insgesamt positive Bilanz. Möglichkeiten und Notwendigkeiten zu Verbesserungen wurden eingeräumt. Eine Absage wurde der Beteiligung von Patientenvertretern in den Spruchkörpern der Gutachterkommissionen und der Schlichtungsstellen erteilt. Eine einseitige Beteiligung selbst ernannter Patientenvertreter gefährde das Verfahren.

Der 103. Deutsche Ärztetag beschloss einen Antrag für mehr Transparenz und Chancengleichheit im Berufungsverfahren für die Besetzung von Lehrstühlen etc.

Ebenso wurde die Gesundheitsministerin aufgefordert, die Reform der Approbationsordnung für Ärzte, – wie auch von der Ministerin aktuell angekündigt –, voranzubringen.

Der Ärztetag hat den Vorstand der Bundesärztekammer beauftragt, sich an der Definition der Leistungen der medizinischen Basisversorgung und an der Definition der Leistungen der Ergänzungs- oder Komplementärversorgung aktiv zu beteiligen, damit baldestmöglich eine Strukturreform der GKV durchgeführt werden kann.

Die Sozialpolitiker wurden aufgefordert, sich endlich mit der überfälligen Reform der GKV zu befassen, in der neben einer Pflicht zur solidarisch finanzierten medizinischen Basisversorgung die Möglichkeit zur privaten Versicherung von Ergänzungs- oder Komplementärleistungen besteht.

Dr. Stefan Windau  
Delegierter zum Deutschen Ärztetag

### Novellierung der Muster-Berufsordnung

Aufgrund der disziplinierten Debatte der Delegierten am Dienstag, 09.05.2000, konnte der Vorsitzende des Ausschusses und der Ständigen Konferenz Berufsordnung für die deutschen Ärzte, Herr

Dr. Dieter Everz, Präsident der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz, die letzte Dreiviertelstunde des 1. Sitzungstages die beabsichtigte Novellierung der Muster-Berufsordnung vorstellten. Er führte aus, um Fragen der Delegierten vorzubeugen, warum drei Jahre nach dem 100. Deutschen Ärztetag, auf dem die Gesamtnovellierung der Muster-Berufsordnung beschlossen wurde, bereits jetzt die Novellierung der Muster-Berufsordnung ansteht. Zunächst handelt es sich nicht um Gesamtnovellierung, sondern um die Änderung der Vorschriften zur beruflichen Kommunikation sowie die Neuregelung zum Praxisverbund.

Im Folgenden führte er die Gründe für diese beabsichtigte Novellierung sowie die Grundgedanken der Regelung an:

### I. Novellierung im Rahmen der Vorschriften der beruflichen Kommunikation

#### 1. Zweck der Novellierung

- Information des Patienten, in seriöser Form, gleichzeitig als Schutz vor gewerblichen Anbietern,
- Entwicklung in der Politik, Rechtsprechung und Gesetzgebung,
- Regelungsbedarf durch die Ärzteschaft selbst erfüllen und nicht erst als Eingriff durch die Politik oder Andere, wonach Patienten als „Gesundheitskunden“ degradiert würden,
- Verbot der berufswidrigen Werbung muss beibehalten werden.

2. Die Änderungen der Berufsordnung im Einzelnen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

– Die bisherige Regelung des Verbotes der berufswidrigen Werbung und den begrenzten Ausnahmen zur sachlichen Information erhält insofern eine andere Gewichtung, dass nunmehr sachliche Information erlaubt ist, jedoch berufswidrige Werbung, im Sinne der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes verboten ist.

Berufswidrig ist eine Werbung insbesondere, wenn es sich um eine anpreisende,

irreführende oder vergleichende Werbung handelt. Im dem Beschlussantrag des Vorstandes der Bundesärztekammer sollen, um den Entwicklungen der Änderung der Weiterbildungsordnung Rechnung zu tragen, grundsätzlich die Bezeichnungen führungsfähig sein, die nach der Weiterbildungsordnung vorgesehen sind. Dies würde bedeuten, dass fakultative Weiterbildung und Fachkunden generell ankündigungsfähig werden könnten.

– Diese grundsätzlichen Ausführungen haben hinsichtlich der „Schilderordnung“ folgende Auswirkungen:

#### • *Praxisschilder*

Nach bisheriger Leseart sind auf dem Praxisschild nur die Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnung führungsfähig. Zukünftig sind alle, von der Ärztekammer verliehenen Qualifikationen auf dem Praxisschild ankündigungsfähig. Präsident Dr. Everz verweist darauf, dass in den Gremien der Landesärztekammern vor Vorlage dieser Beschlüsse an den Deutschen Ärztetag auch diskutiert worden ist, ob Angaben auf dem Praxisschild möglich sein sollen, die von anderen öffentlich-rechtlichen Stellen, z. B. Kassenärztlichen Vereinigungen, verliehen worden sind, ankündigungsfähig sind. Dies ist jedoch vom Vorstand der Bundesärztekammer und einer überwiegenden Anzahl der Ärztekammern abgelehnt worden, da die Vergabe von berufsrechtlichen Qualifikationen allein den Ärztekammern vorbehalten bleiben soll.

Er weist darauf hin, dass dies zu diskutieren sei. Diese Ankündigung beweist sich, wie die Zusammenfassung der Diskussion aufzeigt, als eine prophetische Angabe.

Darüber hinaus sollen auf dem Praxisschild weitere Qualifikationen, z. B. hausärztliche Versorgung, Dialyse, Bereitschaftsdienste sowie die Zugehörigkeit zu einem Praxisverbund, ankündigungsfähig sein.

#### • *Briefbögen*

Nach bisherigem Recht galten die Regularien für die Praxisschilder entsprechend für die Briefbögen. Diese Gleichstellung ist mit der neuen Novellierung der Berufsordnung aufgegeben worden. Die Führungsfähigkeit von Bezeichnungen für die Briefbögen richten sich nunmehr nach den zulässigen Patienteninformationen in Praxisräumen.

#### • *Weitere Informationsmöglichkeiten*

Nach der geltenden Regelung sind Patienteninformationen in elektronischen Medien und Printmedien unterschiedlich behandelt worden. Dabei konnten in elektronischen Medien weitergehende Angaben, ähnlich wie Patienteninformationen in Praxisräumen kundgetan werden. Die bedeutsamste Neuerung besteht darin, dass nach neuem Recht die Möglichkeit besteht, auch auf besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden hinzuweisen, die **nicht** durch weiterbildungsrechtliche Qualifikationen ableitbar sind. Dabei sollen nicht mehr als drei solcher Behandlungs- bzw. Untersuchungsmethoden angegeben werden dürfen. Diese Angaben dürfen darüber hinaus auch nicht mit weiterbildungsrechtlichen Qualifikationen verwechslungsfähig sein. Dass es sich bei der Angabe der besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden um eigene selbst eingeschätzte Angaben handelt und nicht um Qualifikationen, ist deutlich zu kennzeichnen.

### II. Novellierung zum Praxisverbund

Präsident Dr. Everz führt zu den beabsichtigten Änderungen hinsichtlich des Praxisverbundes aus, dass die bisherige Regelung der Gründung eines Praxisverbundes allein im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung, bezogen auf den Verbund von Ärzten untereinander, nicht mehr zeitgemäß sei. Um Neuerungen Rechnung zu tragen, wird vorgeschlagen, dass Praxisverbände auch außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung möglich sein sollen und das Teilnehmer am Pra-



Sächsische Delegierte: (v.l.n.r.) Dr. Rudolf Marx, Dr. Helmut Schmidt, Dr. Thomas Fritz, Dr. Stefan Windau, Dr. Thomas Lipp, Prof. Dr. Otto Bach  
Foto: Bernhard Eifrig, Bonn

xisnetz neben Ärzten auch stationäre Einrichtungen und Gesundheitsberufe, mit denen die Ärzte nach derzeitigem Recht bereits medizinische Kooperationsgemeinschaften eingehen können, sein können. Der Antrag, überörtliche Gemeinschaftspraxen zu ermöglichen, wurde abgelehnt.

### III. Diskussion

Im Verlauf der Diskussion ergab sich ein deutliches Bild dafür, dass die deutsche Ärzteschaft sich für eine Novellierung ausspricht. Breiten Raum in der Diskussion nahm die Frage ein, wie von Präsident Dr. Everz auch angesprochen, ob Qualifikationen anderer öffentlich-rechtlicher Einrichtungen, insbesondere der Kassenärztlichen Vereinigungen, führungsfähig seien. Als Argumente standen sich das Primat der die Qualifikationen prüfenden Ärztekammern dem Interesse der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gegenüber.

Weitere Diskussionspunkte waren die Führung des Begriffes „fachärztliche Versorgung“ für fachärztlich tätige Internisten und Kinderärzte. Dieser Antrag wurde mit großer Mehrheit abgelehnt. Weiterer Diskussionsraum wurde dem Problem gewidmet, ob ein Arzt seine

Berufspflichten verletzt, wenn er eine berufswidrige Werbung duldet. Hier sprachen sich die Delegierten für die Beibehaltung einer solchen Regelung aus. Würde man diese Vorschrift des Duldens streichen, so würde jeder Arzt immer darauf hinweisen, dass er die Werbung nicht veranlasst habe. Im Rahmen der Diskussion wurde auch der Diskrepanz zwischen den Informationsmöglichkeiten eines niedergelassenen Arztes als auch die Informations- bzw. Werbemöglichkeiten von Kliniken breiten Raum eingeräumt.

Im Rahmen der Diskussion zur Weiterentwicklung der Vorschriften der berufsrechtlichen Regelungen des Praxisverbundes wurde angesprochen, ob die bedeutsame Regelung der Zulassung einer überörtlichen Gemeinschaftspraxis nicht Zusammenschlüsse und Kartellbildung begünstigt, welches die Niederlassung weiter erschweren würde. Dieser Antrag wurde jedoch abgelehnt.

Angenommen wurde dagegen ein Antrag, wonach ein Praxisverbund sich in Kommunikationsnetzen selbst ankündigen darf. Im Ergebnis ist festzuhalten, dass die Anträge des Vorstandes der Bundesärztekammer mit kleineren Änderungen akzeptiert wurden.

Nachdem alle Delegierten in den folgenden Tagen davon ausgegangen waren, dass die Muster-Berufsordnung so novelliert worden sei, beantragte ein Delegierter den abgelehnten Antrag Nr. 8 am Freitagmorgen zur zweiten Lesung zuzulassen. Der Antrag sah vor, dass die nicht führungsfähigen Bezeichnungen „Fakultative Weiterbildung und Fachkunden“, der Muster-Weiterbildungsordnung von 1992, die nach den 1. Beschlüssen als führungsfähig angesehen worden wäre, nicht führungsfähig werden sollten.

Für den Freistaat Sachsen gilt bis zur Änderung der Berufsordnung die derzeitige Berufsordnung, so dass bis zur Beschlussfassung der Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer die sächsischen Ärzte **nicht** bzw. noch nicht die erweiterten Bezeichnungen führen dürfen.

Ass. Iris Glowik  
Juristische Geschäftsführerin

### Ärztliche Zusammenarbeit in Europa

Den Einführungsvortrag zu diesem Themenbereich hielt Herr Dr. Markku Äärilä, Präsident des „Ständigen Ausschusses der Europäischen Ärzte“.

In einem geschichtlichen Abriss widmete er sich der Entstehung großer nationaler Ärztevereinigungen am Ende des 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts als Gegengewicht zu politischen Entscheidungsträgern und Krankenversicherungen. Schwieriger gestaltete sich zu allen Zeiten die internationale Zusammenarbeit. Seit 1959 wirkt das in Amsterdam gegründete Comité Permanent als Organ der Ärzte für deren Interessen in der EU und in Europa.

Standpunkte, Betätigungsfelder und Probleme wurden dargelegt.

Rechtsanwalt Horst-Dieter Schirmer (BÄK) referierte über den Einfluss des Europäischen Gemeinschaftsrechtes auf die Gesundheitssysteme und die ärztliche Berufsausübung. Er legte dar, wie umfangreich und nachhaltig Europäisches



Diskussionsrunde der sächsischen Delegierten

Foto: Bernhard Eifrig, Bonn

Recht nationale Lebensverhältnisse beeinflusst und reguliert.

Das Gesundheitswesen, insbesondere auch die Systeme der Gesundheitsversorgung und die der sozialen Sicherheit erlangen zunehmende Aufmerksamkeit. Während beispielsweise die Niederlassungsfreiheit der Ärzte, die gegenseitige Anerkennung der Arzt- und Facharzt-diplome und anderes in Richtlinie geregelt sind, bedarf es in weiteren Bereichen (zum Beispiel: Wer darf die Heilkunde am Menschen ausüben? Welche Rechte haben Patienten?) noch einer Harmonisierung.

Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe verwies in seinem Beitrag auf wichtige Tatbestände, denen sich eine europäische Gesundheitspolitik nicht verschließen kann. Hierzu zählen die Entwicklung einer Grundrechts-Charta, der europäische Markt, die Einführung des Euro und das Problem der Osterweiterung.

Es ist deshalb von besonderer Wichtigkeit, Aktionen, die der Verbesserung der Information zur Entwicklung der öffentlichen Gesundheit, des raschen Reagierens auf Gesundheitsgefahren und der Gesundheitsförderung und Prävention dienen, zu unterstützen.

An alle auf europäischer Ebene tätigen Kolleginnen und Kollegen erging die Aufforderung, die Zusammenarbeit unter dem Dach des Ständigen Ausschusses zu suchen, um gegenüber der Union eine starke Ärztevertretung zu haben.

Dr. med. Rudolf Marx  
Delegierter zum Deutschen Ärztetag

### **Eckpunkte zur Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung**

Nach ausführlicher und nur von wenigen Delegierten kontraproduktiv geführten Diskussionen stimmte das „Ärzteparlament“ mit einer sehr großen Mehrheit den Anträgen des Vorstandes der Bundesärztekammer zu dieser Thematik zu. Es wird in der novellierten (Muster-) Weiterbildungsordnung (MWBO) neben den Gebieten, Schwerpunkten und Zusatzbezeichnungen nur noch Befähigungsnachweise als besondere Qualifikationsformen geben.

Das Gebiet wird wie in der gültigen MWBO von 1992 abschließend definiert und umfasst einheitlich sämtliche innerhalb des Gebietes zu erwerbende Kompetenzen. Die Facharztweiterbildung bildet eine wesentliche Teilmenge des Gebietes ab und beschreibt die obligato-

rischen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten für alle Ärzte dieser Fachgruppe. Darüber hinaus können innerhalb des Gebietes zusätzliche Kompetenzen (z.B. Schwerpunkte und Zusatzbezeichnungen) individuell erworben werden.

Werden definierte fakultative Qualifikationen im Rahmen der Facharztweiterbildung oder aber berufsbegleitend im Sinne der Nachqualifikation angestrebt, so müssen diese Kenntnisse bei der Facharztprüfung oder in einer gesonderten Prüfung vor der Ärztekammer nachgewiesen werden. Diese fakultativen Inhalte werden von der Ärztekammer gesondert bescheinigt.

Bei der Definition der Schwerpunkte ergeben sich keine Veränderungen. Lediglich die Mindest-Weiterbildungszeit im Schwerpunkt soll einheitlich 3 Jahre betragen, um die Anerkennung und Migration innerhalb der Europäischen Union für deutsche Ärztinnen und Ärzte zu erleichtern (Richtlinie 93/16 EWG: Gegenseitige Anerkennung von Diplomen ...). Dabei soll aber mindestens 1 Jahr in die Gebietsweiterbildung „versenkbar“ sein.

Zusatzbezeichnungen, gebietsübergreifende Qualifikationen, umfassen in Zukunft Basiskenntnisse, die von allen gleichermaßen erworben, und gebiets-spezifische Kenntnisse, die nur für das jeweilige Fachgebiet gelernt werden müssen (sog. Menü-Lösung). Damit soll künftig vermieden werden, dass gebietsfremde Inhalte zu erlernen sind, die später nicht ausgeübt werden dürfen. Letzteres ist nach dem gültigen Weiterbildungsrecht der Fall.

Die Fachkunden und die Fakultativen Weiterbildungen entfallen in Zukunft als Qualifikationsform. Soweit bislang als Fachkunde oder Fakultative Weiterbildung beschriebene Weiterbildungsinhalte als eigenständige Qualifikationen erhalten bleiben sollen, sind sie in andere Qualifikationen, z.B. Schwerpunkte oder Zusatzbezeichnungen, zu überführen, anderenfalls in die Facharztwei-

terbildung zu reintegrieren. In diesem Zusammenhang wurden Anträge auf Erhalt der Inhalte, z.B. für Klinische Geriatrie und spezielle Intensivmedizin, vom Deutschen Ärztetag befürwortet. Für den Antrag nach Umbenennung des Gebietes Kinderheilkunde in „Kinder- und Jugendmedizin“ wurde eine Vorstandsüberweisung beschlossen.

Weiterhin wurde die Einführung des Befähigungsnachweises als neue Qualifikationsform im Weiterbildungsrecht beschlossen. Der Befähigungsnachweis ist definiert als fakultative, theoretische und berufs begleitend zu erwerbende Qualifikation.

Der Erwerb der Kenntnisse für den Befähigungsnachweis ist nicht an die Vermittlung durch einen weiterbildungsbefugten Arzt gebunden, muss aber durch eine von der Ärztekammer anerkannte Weiterbildungsmaßnahme erfolgen. Neu einzuführende Befähigungsnachweise werden vom Vorstand der BÄK vorgeschlagen und von den Landesärztekammern beschlossen. Dieses flexible Instrument in der Weiterbildung soll zur Nach- bzw. Weiterqualifikation dienen.

In Zukunft kann der Arzt nach der ebenfalls auf diesem Ärztetag geänderten Muster-Berufsordnung alle nach der WBO erworbenen und andere von der Ärztekammer verliehenen Qualifikationen führen dürfen, wenn der Arzt die von weiterbildungsrechtlichen Qualifikationen umfassten Tätigkeiten nicht nur gelegentlich ausübt. Dazu bedarf es aber noch der Änderung des Heilberufekammergesetzes. Ausgenommen werden hiervon ausdrücklich die als nicht führungsfähig bezeichneten Qualifikationen nach der MWBO von 1992!

Weiterhin befürwortete der Deutsche Ärztetag die Möglichkeit einer Strukturierung der Weiterbildung verschiedener geeigneter Gebiete über einen „common trunk“ als weitgehend identische Weiterbildung. In diesem Zusammenhang nahm der Deutsche Ärztetag die geplante Neuordnung der Weiterbildung der

chirurgischen Gebiete zustimmend zur Kenntnis. Aufbauend auf einen 2-jährigen common trunk und unter Anerkennung eines Weiterbildungsjahres nach freier Wahl sollen nach 5 beziehungsweise 6 Jahren Gesamtweiterbildungszeit 8 gleichberechtigte chirurgische Fachgebiete (Chirurgie, Gefäßchirurgie, Herzchirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Thoraxchirurgie, Unfallchirurgie/Orthopädie und Visceralchirurgie) erworben werden können. Die Orthopädie und der Schwerpunkt Unfallchirurgie sollen nach der Novellierung zu einem neuen Fachgebiet verschmelzen. Der Deutsche Ärztetag befürwortet die kontinuierliche Evaluierung von Weiterzubildenden, Weiterbildungsbefugten und Weiterbildungsstätten. Der Antrag auf Einführung eines bundeseinheitlich gestalteten Weiterbildungsbuches zur Dokumentation der Weiterbildung, das zur Prüfung vorgelegt werden muss, wurde an den Vorstand überwiesen.

Auf Grund eines weiteren Ärztetagbeschlusses werden die Landesärztekammern aufgefordert, zukünftig ihre Weiterbildungsordnungen und die dazugehörige Verwaltungspraxis auf der Grundlage der Zusammenarbeit der Ärztekammern in der Bundesärztekammer und der Beschlüsse des Deutschen Ärztetages bundeseinheitlich abzustimmen und zeitnah umzusetzen. Die MWBO 1992 wurde von keiner Landesärztekammer inhaltlich völlig identisch in das Landesrecht übernommen. Die Bayerische Landesärztekammer hatte diese novellierte WBO 1993 als erste Kammer, die Sächsische Landesärztekammer 1994 als zweite Kammer eingeführt. Aber erst 1997 hatten alle Landesärztekammern diese MWBO von 1992 in das Landesrecht umgesetzt. Es bleibt also abzuwarten, ob die o.g. Forderung dieses Ärztetages in der föderalen deutschen Struktur schneller als bisher umsetzbar sein wird. Die Hauptarbeit liegt also jetzt noch vor uns, um die verabschiedete Struktur mit konkreten Inhalten auszufüllen. Um die

Forderungen nach Deregulierung zu erfüllen, muss die Notwendigkeit des Fortbestehens oder der Neueinführung von Arztbezeichnungen in Zusammenarbeit mit den Fachgesellschaften und Berufsverbänden von den Weiterbildungsgremien geprüft werden, müssen alle Inhalte auf ihre praktische Relevanz und Vermittelbarkeit überprüft werden u.v.a.m., damit dem Deutschen Ärztetag 2002 oder 2003 eine novellierte MWBO zur Diskussion vorgelegt werden kann. Insbesondere müssen überzogene Richtzahlen korrigiert werden.

Der Antrag von den Delegierten der Sächsischen Landesärztekammer Prof. Dr. Gruber und Prof. Dr. Haupt (IV-25), der von Prof. Gruber auch in einem Redebeitrag begründet wurde, überraschte die Delegierten, so dass sie die Vorstandsüberweisung beschlossen haben. Nach unserem Antrag sollten vollbefugte Weiterbilder grundsätzlich ihre Weiterbildungsassistenten für 1 Jahr in nicht vollbefugte Weiterbildungsstätten delegieren, jeweils im Austausch mit den Ärzten in Weiterbildung dieser Einrichtungen. Begründet ist dieser Antrag durch die Probleme der Machbarkeit der Weiterbildung (Weiterbildungsassistenten kleinerer Einrichtungen haben oft große Schwierigkeiten bei der Vollendung ihrer Weiterbildung infolge unzureichender Rotationsstellen in den großen Kliniken) und der Vermittelbarkeit (durch zunehmende Spezialisierung können in den vollbefugten Kliniken für die spätere Berufsausübung praxisrelevante Inhalte oft nur noch ungenügend vermittelt werden). Dieser vorgeschlagene Austausch würde der Bereicherung der Weiterbildung in Theorie und Praxis sowohl für die Weiterbildungsassistenten der vollbefugten als auch der nicht vollbefugten Kliniken und Praxen dienen. Der Austausch wäre vertraglich zu regeln. In mehreren anderen Anträgen wurde auch die berechnete Forderung nach verstärkter Einbeziehung der ambulanten Weiterbildung formuliert und vom Ärztetag beschlossen.

Der Deutsche Ärztetag lehnt die Einrichtung von fachübergreifenden ärztlichen Bereitschaftsdiensten in den Krankenhäusern als wesentlichen Rückschritt in der Qualität ärztlicher Versorgung ab. Dies entspricht weder dem geforderten Facharztstandard noch sind sie unseren Patienten zumutbar.

Weiterhin fordert der Deutsche Ärztetag die Verantwortlichen auf, die Ausbeutung der Arbeitskraft durch Missbrauch der Abhängigkeit junger Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung zu unterbinden. Die „Weiterbildung in angemessener Vergütung“ soll auch in der WBO festgeschrieben werden.

Die Einführung und Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes wurde ebenfalls nachdrücklich gefordert.

Alle Ärztekammern werden außerdem aufgefordert, eine Vertrauensperson/Ombudsperson zu bestellen, die unter Einhaltung der Verschwiegenheit den Hilfe suchenden Assistenzärztinnen und -ärzten zur Verfügung steht. Gravierende Missstände sollten bis zum Entzug der Weiterbildungsbefugnis geahndet werden.

In Zukunft soll die Begründungspflicht bei der Ärztekammer für Teilzeittätigkeiten und damit die Zustimmungspflicht durch die Ärztekammer entfallen. Letzteres soll bereits vor der Novellierung der MWBO umgesetzt werden. Es sind richtungsweisende Beschlüsse gefasst worden. Um Verunsicherungen zu vermeiden, muss ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass die novellierte MWBO frühestens 2002 dem Deutschen Ärztetag vorgelegt werden wird. Nach Bestätigung durch die zuständige Landesbehörde ist also erfahrungsgemäß mit einem Inkrafttreten frühestens in 4-5 Jahren zu rechnen. Besitzstandsrecht für die Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung und Übergangsregelungen, auch für die Weiterbildungsassistenten, werden wirksam werden.

Prof. Dr. med. Gunter Gruber  
Delegierter zum Deutschen Ärztetag

### Änderung der Satzung der Bundesärztekammer

Grundlage für diesen Tagesordnungspunkt waren die Anträge der Bayerischen Landesärztekammer auf

- a) Einführung eines gewichteten Stimmrechts im Vorstand der Bundesärztekammer und
- b) Verlegung des Sitzes der Bundesärztekammer nach Berlin.

Nach der derzeitigen Regelung der Satzung der Bundesärztekammer hat jeder Präsident einer der 17 Ärztekammern, ebenso wie die beiden aus der Mitte des Ärztetages zugewählten Vorstandsmitglieder, im Vorstand je eine Stimme. Dabei bleibt unberücksichtigt, so die Bayerische Landesärztekammer, dass sich die Stimmengewichte der dahinterstehenden Mitgliederanzahl der Landesärztekammer um mehr als das Zehnfache unterscheiden.

Der Antrag der Bayerischen Landesärztekammer sah vor, dass die Mitglieder des Vorstandes ein abgestuftes Stimmrecht haben, dass sich bei den Präsidenten der Ärztekammern an der Anzahl ihrer Kammermitglieder orientiert. Dabei hätte jeder Präsident einer Ärztekammer mindestens zwei Stimmen, Präsidenten der Ärztekammern mit mehr als 10 000 Ärzten, z. B. Sachsen, drei Stimmen, Präsidenten von Ärztekammern mit mehr als 20 000 vier Stimmen, und Präsidenten von Ärztekammern mit mehr als 30 000 Ärzten fünf Stimmen, haben sollen.

Auf der Grundlage der Mitgliederzahlen zum 31.12.1998 hätten sich dann für die Ärztekammern Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland, Sachsen-Anhalt und Thüringen jeweils je zwei Stimmen ergeben, für die Ärztekammern Hamburg, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Schleswig-Holstein je drei Stimmen, für die Ärztekammern Berlin, Hessen, Niedersachsen je vier Stimmen sowie für die Ärztekammern Baden-Württemberg, Bayern, Nordrhein, Westfalen-Lippe je fünf Stimmen.

Dieser Antrag der Bayerischen Landesärztekammer, der entsprechend der Satzung der Bundesärztekammer bereits drei Monate vor dem Deutschen Ärztetag den Ärztekammern zugeleitet wurde, hatte im Vorfeld zu bereits großen Diskussionen geführt. Die Beschlüsse des Vorstandes der Bundesärztekammer, vor allem Beschlüsse der Umsetzung von Entscheidungen des Deutschen Ärztetages, haben eher berufspolitischen und ethischen Charakter. Solche Beschlüsse und Diskussionen müssten nach Auffassung der Gegner, auch der Delegierten der Sächsischen Landesärztekammer, nicht stimmengewichtet, sondern von den Präsidenten nach Diskussion in ihren Kammern entschieden werden.

Dieser Tagesordnungspunkt, aufgerufen am Freitagmorgen, 9.00 Uhr, wurde, bevor die Delegierten in die Diskussion einstiegen, mit einem Antrag zur Geschäftsordnung von der Vizepräsidentin der Bundesärztekammer und Präsidentin der Ärztekammer Bremen, Frau Dr. Auerswald, mit einem Antrag auf Nichtbefassung begegnet. Bereits in der Diskussion über den Geschäftsordnungsantrag wurden die Befürchtungen der kleineren Ärztekammern und der großen Ärztekammern deutlich.

Aus der Abstimmung ergab sich jedoch, dass sich 118 der anwesenden Delegierten für eine Nichtbefassung aussprachen, lediglich 65 der Delegierten hätten sich mit dem Antrag befassen wollen.

Die Verlegung des Sitzes der Bundesärztekammer nach Berlin wurde diskutiert. Eine solche Satzungsänderung ist notwendig, da in der Satzung der Bundesärztekammer festgelegt war, dass der Sitz der Bundesärztekammer Köln ist. Prof. Dr. Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer, führte in die Problematik damit ein, dass insbesondere seit dem Sommer 1999 politische Gespräche, insbesondere mit Vertretern des Bundesgesundheitsministeriums, nur noch in Berlin stattfinden. Eine Beibehaltung des Sitzes in Köln würde nicht nur wei-

tere hohe Reisekosten nach sich ziehen, sondern die Verständigung zwischen Gesprächspartnern, die sich nicht in räumlicher Nähe befinden sowie die Medienrepräsentanz erschweren.

Im weiteren Verlauf der Diskussion, insbesondere auch durch Herrn Dr. Joachim Koch, Vorsitzender der Finanzkommission der Bundesärztekammer, wurde deutlich, dass der derzeitige Standort in Köln, insbesondere auch für die Kassenärztliche Bundesvereinigung, räumlich derzeit nicht ausreichend sei. Es bedürfe, sofern man sich gegen Berlin aussprechen würde, auch einer Standortüberlegung und eines Neubaus innerhalb der Stadt Köln. Die Finanzkommission hat sich für eine Standortverlegung ausgesprochen.

Eigentümer der Immobilie würden, da die Bundesärztekammer als Arbeitsgemeinschaft keine eigene Rechtspersönlichkeit darstelle, die Ärztekammern entsprechend ihrem Anteil an der Finanzierung. Aus der vorgelegten Finanzierungsschätzung ergibt sich für den Freistaat Sachsen ein Anteil entsprechend seinem Anteil Ärzte an der Gesamtzahl der deutschen Ärzte, dies entspricht 4,37 % der Gesamtsumme.

Für die Änderung der Satzung ist nach der derzeitigen Satzung der Bundesärztekammer eine Zweidrittelmehrheit der Delegierten des Deutschen Ärztetages (250 Ärzte) erforderlich. Dieses Quorum beträgt 167 Stimmen. Mit 202 Stimmen gegen 14 Gegenstimmen und 4 Stimmenthaltungen wurde der Sitzverlegung zugestimmt.

Im Weiteren beschloss der Deutsche Ärztetag, dass die Errichtung der Geschäftsstelle der Bundesärztekammer mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung an gleicher Stelle bei Trennung der Eigentumsverhältnisse angestrebt wird. Der Vorstand der Bundesärztekammer wird beauftragt, unter Hinzuziehung der Finanzkommission, die notwendigen Maßnahmen für den Erwerb einer entsprechenden Immobilie zu treffen. Der Deutsche Ärztetag lehnte eine Präsen-

tation der derzeit im Gespräch befindlichen Standorte und Planungen ab.

Ass. Iris Glowik  
Juristische Geschäftsführerin

### **Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Schwerpunkte waren

*ethischen Fragen:*

Die Deutsche Ärzteschaft forderte die Enquete-Kommission „Recht und Ethik in der modernen Medizin“ des Deutschen Bundestages auf, sich für rechtliche und ethische Rahmenbedingungen einzusetzen, die auch in Zukunft die notwendigen Fortschritte zur Verbesserung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung ermöglichen.

Die Enquete-Kommission soll sich insbesondere einsetzen für

■ ein weltweit verbindliches Verbot von gezielten Eingriffen in die Keimbahn des Menschen,

■ eine strenge Bindung von Gentests an gesundheitsbezogene Zwecke. Die Information über das menschliche Genom darf nicht zu kommerziellen Zwecken mißbraucht werden, sondern muss Erbe der gesamten Menschheit sein.

Niemand darf zu einem Gentest gezwungen werden, die Entscheidung über die Durchführung einer „genetischen Diagnose“ liegt allein in der Verantwortung des Betroffenen. Die durch genetische Untersuchungen gewonnene Erkenntnisse dürfen nicht in den Auskunftsanspruch der Versicherungen, insbesondere der Kranken- und Lebensversicherungen gestellt werden. Eine anders geartete Regelung hätte zwangsläufig zur Folge, dass aus Angst vor versicherungsrechtlichen Nachteilen diese wichtige Diagnostik unterbliebe, ebenso würde das Arzt/Patientenverhältnis in unerträglicher Weise belastet,

■ ein internationales Verbot der Patentierung des menschlichen Genoms oder Teile davon. Organe oder Zellen des menschlichen Körpers dürfen nicht patentierbar sein,

■ ein weltweites Verbot des Organhandels und die Stärkung der Erforschung alternativer Organersatzmethoden,  
■ den Schutz von Patienten bei biomedizinischer Forschung am Menschen.

*Präimplantationsdiagnostik:*

Herr Prof. Dr. Hoppe hob hervor: Mit ihrem Richtlinienentwurf zur Präimplantationsdiagnostik habe die Bundesärztekammer bewusst eine gesellschaftliche Diskussion eröffnet. „Wenn die Gesellschaft die Präimplantationsdiagnostik mehrheitlich möchte, dann sind Rechtssicherheit und ein hohes Schutzniveau nur über Zulassungskriterien zu erreichen, die äußerst restriktiv zu fassen sind“. Nach Auffassung des Bundeskammerpräsidenten ist eine isolierte Diskussion der Präimplantationsdiagnostik ohne generelle Diskussion über den Paragraphen 218 unververtretbar.

*Behandlungsbedürftige Folteropfer:*

Die Delegierten des Ärztetages verurteilten die Abschiebung von Kranken und behandlungsbedürftigen Opfern von Foltermaßnahmen.

Die Ärzte fordern einen gesicherten Aufenthalt für Flüchtlinge in der Bundesrepublik Deutschland, solange diese Menschen unter posttraumatischen Belastungsstörungen (PTSD) leiden. In der oft schwierigen Entscheidung zwischen Bleiberecht und Abschiebung sollen qualifizierte ärztliche Stellungnahmen und Gutachten, die sich für die Notwendigkeit einer Behandlung bei PTSD aussprechen, im Zweifel zugunsten des Bleiberechts den Ausschlag geben.

*Prozeßbeobachter:*

Die Delegierten des 103. Deutschen Ärztetages sprachen sich dafür aus, dass die Ärztekammern auch weiterhin Prozeßbeobachter stellen, wenn Ärzte im Ausland wegen der Behandlung von Folteropfern vor Gericht stehen.

Die Prozeßbeobachter haben für die betroffenen ausländischen Ärzte, denen aufgrund ihrer berufsethischen Grund-

haltung Gefängnisstrafen drohen, eine immense Bedeutung.

### *Verstöße gegen das Arbeitszeitgesetz:*

Die Delegierten des Ärztetages haben Krankenhausträger, Verwaltungsdirektoren, Chefärzte und die Aufsichtsbehörden der Länder aufgefordert, die Verstöße gegen das seit 1996 geltende Arbeitszeitgesetz zu unterbinden. Die Situation der jüngeren Klinikärzte ist nicht mehr tolerabel. Willkürlich befristete Arbeitsverträge und Weiterbildungsleistungen außerhalb der Arbeitszeit führen zu einer extremen Arbeitsbelastung der jungen Klinikärzte.

### *Ausbeutung der Arbeitskraft junger Ärztinnen und Ärzte:*

Im niedergelassenen Bereich werden die Kolleginnen und Kollegen aufgefordert, ihre angestellten Ärztinnen und Ärzte angemessen zu vergüten. Insbesondere ist im Bereich der allgemeinmedizinischen Weiterbildung der Missbrauch zu verurteilen, nicht die volle dreiteilige Vergütung von KV, Kasse und Arbeitgeber an die angestellten Ärztinnen und Ärzte auszubezahlen.

Die Krankenhäuser werden aufgefordert, im vorgesehenen Umfang Weiterbildungsstellen für angehende Allgemeinärzte zur Verfügung zu stellen. Die Klinikträger sollen Rotationsstellen speziell für die Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin einrichten.

### *Gesundheitspolitik:*

■ GOÄ-Abschlag Ost – eine Diskriminierung –

Die Delegierten forderten in einer mit großer Mehrheit gefaßten Entschlie-ßung: Mehr als zehn Jahre nach der deutschen Wiedervereinigung müssen der Vergütungsabschlag-Ost für die amtliche Gebührenordnung für Ärzte endlich beseitigt werden. Die eklatante Diskriminierung ostdeutscher Ärzte im Vergleich zu anderen Freien Berufen darf nicht mehr länger akzeptiert werden.

■ Bürgerinformation im Gesundheitswesen:

Der 103. Ärztetag 2000 ist der Auffassung, dass es zu den Aufgaben der ärztlichen Selbstverwaltung gehört, entsprechend ihrer Kompetenzen Bürger über Gesundheit und gesundheitliche Sachverhalte zu informieren.

Das aktive Engagement der Kammern und Kassenärztlichen Vereinigungen ist deshalb so wichtig, da der Bereich „Bürgerinformation“ zunehmend für kommerzielle Zwecke instrumentalisiert wird. Dies ist mit unterschiedlichen Gefahren für den Patienten verbunden.

Nur die Bereitstellung qualitativ hoch stehender Informationssysteme der ärztlichen Selbstverwaltung kann eine konkurrenzfähige Alternative für Rat suchende Bürger darstellen. Daher werden Ärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen aufgefordert, ihre diesbezüglichen Aktivitäten zu intensivieren und verstärkt zu koordinieren.

■ Absenkung des Mehrwertsteuersatzes für Arzneimittel im Rahmen der angekündigten Steuerreform:

Der Deutsche Ärztetag fordert den Finanzminister auf, bei der angekündigten erneuten Steuerreform die Gelegenheit zu nutzen, eine Absenkung des Mehrwertsteuersatzes (Mwst) für Arzneimittel vorzunehmen.

Begründung:

1. Ein erniedrigter Mwst.-Satz für Arzneimittel besteht auch in anderen EU-Staaten.
2. Eine Mwst.-Erhöhung senkt unmittelbar das Arzneimittelbudget der niedergelassenen Ärzte: 1 Prozent Mwst.-Erhöhung bei einem Arzneimittelbudget von 35 Mrd. pro Jahr bewirkt 350 Millionen mehr an Steuern und damit eine Absenkung des real zur Verfügung stehenden Arzneimittelbudgets 3 Prozent Mwst.-Erhöhung 1,5 Mrd. DM.
3. Es geht nicht an, dass die niedergelassenen Ärzte allein schon durch die Mwst.-Erhöhung das Arzneimittelbudget überschreiten, für das sie dann persönlich haften müssen.

Dieser Entschlie-ßungsantrag wurde von Herrn Dr. Thomas Lipp, Delegierter der Sächsischen Landesärztekammer, eingebracht und von dem Deutschen Ärztetag beschlossen.

Prof. Dr. med. Winfried Klug

### **Berichte über die Jahresrechnung der BÄK – Geschäftsjahr 1998/99 und zum Haushaltsvoranschlag – Geschäftsjahr 2000/2001**

Der Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Christoph Fuchs, legte zunächst den Bericht der Geschäftsführung zum Jahresabschluss 1998/1999 (Geschäftsjahr 1.7.1998 – 30.6.1999) vor.

Anschließend berichtete der Vorsitzende der Finanzkommission der Bundesärztekammer, Dr. Joachim Koch, über die Tätigkeit der Finanzkommission und die Prüfung der Jahresrechnung des Geschäftsjahres 1998/1999. Die Bilanzsumme zum 30.6.1999 beträgt DM 36.333.319,14. Sie ist gegenüber dem Vorjahr um DM 1.316.115,96 gestiegen. Dies ist im Wesentlichen auf der Aktivseite auf Zugänge beim Umlaufvermögen und den Sachanlagen zurückzuführen. Auf der Passivseite erhöhten sich Rücklagen und Rückstellungen planmäßig. Die Erfolgsrechnung des Geschäftsjahres 1998/1999 schließt mit nicht verbrauchten Mitteln in Höhe von DM 211.179,68 ab.

Im Finanzbericht sind die Aufwendungen untergliedert in Personalaufwendungen, satzungsbedingte Aufwendungen, allgemeine Verwaltungskosten und sonstige Aufwendungen detailliert dargestellt; ebenso die Erträge.

Durch Beschluss des Deutschen Ärztetages wird die Beitragsleistung der Landesärztekammern zur Bundesärztekammer auf der Basis der Zahl der berufstätigen Ärzte prozentual erhoben. Der Beitragssatz für die neuen Landesärztekammern lag im Geschäftsjahr 1998/1999 bei 90 %. Damit betrug der Beitragsanteil Sachsens am Gesamtgeschäftsjahr DM 762.896,00.

Der Deutsche Ärztetag wurde vom Ergebnis der Prüfung durch den Revisionsverband Ärztlicher Organisationen e.V. Münster über die Prüfung der Jahresrechnung unterrichtet. Die Delegierten billigten den Finanzbericht der Bundesärztekammer und erteilten dem Vorstand Entlastung für das Geschäftsjahr 1998/1999.

Anschließend wurde der Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2000/2001 (1.7.2000 – 30.6.2001) vorgelegt. Wie schon beim Jahresabschluss referierten zunächst Prof. Fuchs für die Geschäftsführung und dann Dr. Koch für die Finanzkommission der Bundesärztekammer. Der Haushaltsvoranschlag umfasst ein Volumen von DM 21.791.500,00 und steigt damit (ohne Aufwendungen für Rücklagen aus außerordentlichen Erträgen) gegenüber dem Haushaltsvoranschlag 1999/2000 (laufendes Geschäftsjahr) um DM 1.331.500,00 oder 6,7 %.

Bis zum endgültigen Umzug der Bundesärztekammer nach Berlin wird für eine Übergangszeit das bestehende Berliner Büro zu einer Geschäftsstelle Berlin der Bundesärztekammer erweitert. Die Aufwendungen hierfür werden in einer gesonderten Aufwandsgruppe ausgewiesen und betragen für das Geschäftsjahr DM 495.000,00.

Neben sonstigen Erträgen und Teilnahmegebühren der Fortbildungsveranstaltungen 2000/2001 wird der Haushalt der Bundesärztekammer durch Beiträge der Landesärztekammern gedeckt. Das Beitragsaufkommen der Landesärztekammern zur Bundesärztekammer in Höhe von DM 19.716.500,00 im Geschäftsjahr 2000/2001 bedeutet gegenüber dem Vorjahr (DM 18.295.000,00) eine Steigerung um DM 926.500,00 (+ 5,1 %) für den Basishaushalt und um weitere DM 495.000,00 (+ 2,7 %) für die Projekte Berlin. Die Beitragsleistung wird entsprechend der Beschlusslage prozentual auf die Landesärztekammern aufgeteilt. Für die neuen Bundesländer ergibt sich ein Beitragssatz von 90 %. Damit liegt

der Anteil Sachsens bei DM 861.196,00. Der vorgelegte Haushaltsvoranschlag wurde in den zuständigen Gremien der Bundesärztekammer im Vorfeld mehrfach, zum Teil kontrovers diskutiert. Bei der Abstimmung im Plenum verweigerten fünf Bundesländer, darunter auch Sachsen, ihre Zustimmung. Trotzdem wurde der Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2000/2001 mit großer Mehrheit bestätigt.

Dr. med. Helmut Schmidt  
Delegierter zum Deutschen Ärztetag

Der Bundeskammerpräsident, Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, zog zum Abschluß des 103. Ärztetages eine positive Bilanz. „Wir haben im Kampf gegen die Ge-

sundheitsreform eine Gesprächsbasis mit der Regierung gefunden“.

In den Sachfragen ist der Dialog in Gang gekommen. Zielgerichtet und fleißig haben die Delegierten ihr Programm abgearbeitet. Die Delegierten haben wichtige Weichen für die Zukunft gestellt. Besonders bemerkenswert waren die sachlichen Töne zwischen der Bundesgesundheitsministerin und der Bundesärztekammer. Die von den Landesärztekammern entsandten 250 Delegierten entschieden im Namen aller 363.400 Ärzte in Deutschland.

Zu einem erfolgreichen 104. Deutschen Ärztetag lädt 2001 die Pfalz-Metropole Ludwigshafen die Vertreter der deutschen Ärzteschaft ein. klug