

15. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern

Dresden
23. September 2000

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Professor Dr. Jan Schulze, eröffnete pünktlich 9.00 Uhr die turnusmäßig einberufene Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern des Freistaates Sachsen im Max-Bürger-Saal des Kammergebäudes.

Der Präsident begrüßte herzlich die Vorsitzenden der Kreisärztekammern, die fünf Referenten der Tagung, die Mitglieder des Vorstandes, die Geschäftsführung und die Mitarbeiter der Sächsischen Landesärztekammer.

Aktuelle gesundheits-, sozial und berufspolitische Lage

Bericht: Professor Dr. Jan Schulze

Schwerpunkthemen des umfassenden Berichtes waren:

1. „Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen“

Die Auswirkungen des Gesundheitsstrukturgesetzes mit seinen gravierenden negativen Seiten verspüren wir jeden Tag. Wir sind nicht bei einer ablehnenden Kritik stehen geblieben, sondern wir haben seit einem Jahr im „Bündnis Gesundheit 2000“ in einer streitbaren konstruktiven Diskussion ein Positionspapier gemeinsam erarbeitet. Das Bündnis hat sich gründlich und umfassend mit der Weiterentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Privaten Krankenversicherung auseinandergesetzt.

Dieses Diskussionspapier zur Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung stellte das „Bündnis Gesundheit 2000“ in einer Podiumsdiskussion am 14.10.2000 im Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer der Öffentlichkeit und den sächsischen Bürgern vor.

Die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern haben die Verpflichtung, im politischen Raum die Aktivitäten von verschiedenen Seiten (Koalition, Opposition, Bertelsmann-Stiftung), die sich Gedanken zu einer Neustrukturierung des Gesundheitswesens und zur künftigen Finanzierung der Versicherungssysteme machen, wachsam zu beobachten.

Die Diskussionsstrategie der Ärzte mit der Politik hat sich verändert. Die Aktionswoche vom 25. bis 30. September 2000 der „Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände in Sachsen“, des „Sächsischen Berufsverbandes der Fachärzte für Allgemeinmedizin e.V.“ und des „Aktionsbündnisses der Psychotherapeutenverbände in Sachsen“ hat aufgezeigt, dass der gesundheitspolitische und berufspolitische Disput mit anderen Mitteln auch in Zukunft geführt wird.

Der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer unterstützte diese Aktionswoche.

Die Landesärztekammern sind Körperschaften des öffentlichen Rechts und können per Gesetz nicht führend an berufspolitischen Protesten teilnehmen. Verbände sind dazu berufen und berechtigt. Die Sächsische Landesärztekammer ist mit den Fachverbänden ungeteilter Meinung, dass die Tatsache der Benachteiligung der Ärzte in den neuen Bundesländern – hundertprozentige ärztliche Leistung für 25 Prozent weniger Budgetanteile Ost – sich umgehend ändern muss. Sonst ist ein Sterben der Arztpraxen in Sachsen programmiert.

Der Haupttenor der Aktionswoche war, „auch in Zukunft eine qualitätsvolle medizinische Versorgung durchzuführen und in den modernen medizinisch ausgestatteten Praxen unseren Bürgern ein Optimum an medizinischer Versorgung zu gewährleisten“.

2. Symposium des Bundeskriminalamtes zu Fragen des Abrechnungsbetruges

Herr Professor Dr. Jan Schulze begann seine Ausführungen zu dieser Problematik:

„Das ist einfach Unrecht in dieser Weise von Polizei und Justiz, mit einem solchen Generalverdacht die Ärzteschaft zu belasten.“ Wir Ärzte können nicht akzeptieren, dass ein ganzer Berufsstand diskriminiert wird. Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer wird in dieser Frage auf den Generalstaatsan-

walt in Sachsen direkt zugehen, um regionale Probleme, die zwischen Medizin und Justiz vorliegen, aktiv anzusprechen. Die negative Sanktionierung von „schwarzen Schafen unter den Ärzten“ ist die Aufgabe der Ärztekammer.

3. Patienteninformationen

Mehr Transparenz und der verstärkte Einsatz neuer Medien bei der Vermittlung von Ärzten, bei der Anfrage nach Krankenhäusern und nach dem öffentlichen Gesundheitsdienst, ist ein wichtiges Anliegen der Landesärztekammern und der Kassenärztlichen Vereinigung. Perspektivisch ist eine weitere Öffnung des multimedialen Angebotes der Sächsischen Landesärztekammer im Internet für Körperschaften und Verbände wie Zahnärztekammer, Apothekerkammer, Berufsgenossenschaften, Physiotherapeuten und anderen Berufsverbänden, vorgesehen. Das Internet-Angebot muss ständig aktuell sein.

Die Koordinierung der Internet-Darstellung von

- Kassenärztlicher Vereinigung Sachsen (niedergelassene Ärzte)
- Krankenhausgesellschaft Sachsen (Krankenhäuser)
- SMS (Gesundheitsamt)
- weiteren Körperschaften und Verbänden

erfolgt durch die Sächsische Landesärztekammer.

4. Patientenberatung

Die Sächsische Landesärztekammer hat Aktivitäten zur Patientenberatung auf körperschaftlicher Ebene gemeinsam mit den Krankenkassen und Patientenverbänden eingeleitet. Es erfolgte mit der AOK Sachsen ein Informationsgespräch. In Vorbereitung ist ein Rundtischgespräch, an dem die Interessierten und potentiell Beteiligten des unabhängigen Informationssystems, das von den Kassen finanziert wird, Platz nehmen werden. Die Kompetenz der Patientenberatung liegt bei den Körperschaften des Gesundheitswesens.

5. Einführung des elektronischen Arztausweises

Es besteht ein Modellprogramm zur Digitalisierung bildgebender Verfahren und Bildkommunikation der Krankenhäuser im Freistaat Sachsen, das von SMS getragen wird. Der elektronische Arztausweis beinhaltet einen gesicherten Zugang zu den digitalisierten Daten unter Berücksichtigung der Anforderungen aus dem Gesetz über die elektronische Signatur.

6. Weiterbildung Allgemeinmedizin

Die Inanspruchnahme der durch die Kassenärztliche Vereinigung und der Krankenhausgesellschaft finanzierten Weiterbildungsstellen von Ärzten zum Facharzt für Allgemeinmedizin ist unbefriedigend. Deshalb soll die Werbung von jüngeren Kolleginnen und Kollegen für das Fachgebiet Allgemeinmedizin bereits an den Hochschulen beginnen.

Es wäre sinnvoll und zu empfehlen, dass Medizinstudenten in der Praxis eines Facharztes für Allgemeinmedizin famulieren.

Die altersmäßige Entwicklung bei den Ärzten der Allgemeinmedizin ist alarmierend. Bereits im Jahr 2000 sind mehrere Allgemeinärztliche Praxen nicht besetzt.

7. Zur Beitragsordnung

Auf Grund einer sozial verträglichen Verteilung der steigenden finanziellen Belastungen der Sächsischen Landesärztekammer erfolgte die Einführung eines Mindestkammerbeitrages von 30 DM/Jahr für alle Kammermitglieder bis zur Vollendung des 70. Lebensjahres einschließlich der Altersrentner, soweit keine Berufseinnahmen aus ärztlicher Tätigkeit erzielt werden.

Die Gegenleistungen der Sächsischen Landesärztekammer sind:

- Rückflussgelder in Höhe von 24 DM/Jahr für jedes Kammermitglied an die Kreisärztekammern aus dem Beitragsaufkommen
- Rentnerbetreuung und Seniorenfahrten

- Zusendung des „Ärzteblatt Sachsen“ an alle Kammermitglieder
- Unterstützung junger oder arbeitsloser Ärzte bei Weiter-/Fortbildung (ermäßigte Gebühren)

Das Auditorium dankte Herrn Professor Dr. Schulze für den umfassenden Bericht zur aktuellen Gesundheits- und Berufspolitik.

Nach den Ausführungen des Präsidenten erfolgte eine sachliche und sehr lebhaft **Diskussion**, die folgende Schwerpunkte zum Inhalt hatte.

■ Der Informationsaustausch zwischen Sächsischer Landesärztekammer und den Vorsitzenden der Kreisärztekammern ist ausreichend.

■ Die Vorsitzenden der Kreisärztekammern haben zum Teil Schwierigkeiten bei der Weitergabe der erhaltenen Informationen an das einzelne Kammermitglied.

■ Die Transparenz der ärztlichen Tätigkeit ist notwendig. Nachweisbare und gut dokumentierte ärztliche Leistungen sind dazu Voraussetzung.

■ Eine Möglichkeit der Transparenz wäre: jeder Patient erhält zunächst die Rechnung des Arztes ausgehändigt, überzeugt sich von den erbrachten Leistungen und reicht diese Rechnung an seine Krankenkasse weiter.

■ Die praxisnahe Ausbildung (Praktika, Famulatur) der Medizinstudenten an kleineren Krankenhäusern und in der Allgemeinärztlichen Praxis wird von den Ärzten favorisiert.

■ Jede Kreisärztekammer benennt einen Ansprechpartner für die Ärzte, die sich in der Ausbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin befinden.

■ Nur wenige Senioren sind aktiv in der Kammerarbeit integriert. Die Ärzte im Altersruhestand sind aufgefordert, ihren umfangreichen Erfahrungsschatz in die Kammerarbeit einzubringen.

■ Die satzungsgemäße Verwendung von Rückflussmitteln aus den Kreisärztekammern durch die Sächsische Landes-

ärztekammer ist notwendig und wurde von allen Teilnehmern der Tagung unterstützt.

Neuregelungen der Krankenhausfinanzierung

Bericht: Dr. med. Stefan Helm
Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft Sachsen e.V.



Dr. Stefan Helm

Im Zusammenhang mit der aktuellen Gesundheitsreform ist die Selbstverwaltung beauftragt, die Grundlagen und Voraussetzungen für ein neues Vergütungssystem im stationären Bereich zu schaffen.

Dabei soll das bisherige Mischsystem (Basis-, Abteilungspflegesatz, Fallpauschalen, Sonderentgelte) in ein einheitliches, vollpauschaliertes Entgeltsystem überführt werden, das sich an internationalen Erfahrungen orientiert.

Insbesondere unter Beachtung der Entscheidungskriterien „medizinische Progressivität“ und „Gemeinfreiheit“ wurde zunächst das australische PCS (AR-DRG's) ausgewählt.

Gegenwärtig werden unter hohem Zeitdruck die „technischen“ Anwendungsvoraussetzungen (Übersetzung und Anpassung insbesondere des Codiervfahrens) geschaffen. Darüber hinaus sind die vergütungsrechtlichen und -technischen Bedingungen zu vereinbaren.

Dies betrifft insbesondere:

- Zu- und Abschläge,

- Vergütung nicht DRG-basierter Leistungen,
- Kalkulation der Gewichte

Neben diesen stark medizinisch und ökonomisch geprägten Entscheidungsprozessen ist von außerordentlicher Bedeutung, dass in Hinblick auf eine verbindliche Einführung einer DRG-Systems in den Krankenhäusern ab 2003/04 auch die ordnungspolitischen und finanzierungsrechtlichen Rahmenbedingungen fixiert werden. Dies gilt insbesondere für die damit verbundene Weiterentwicklung der Krankenhausplanung und -investitionsfinanzierung sowie die Sicherstellung der Krankenhausversorgung.

In den sächsischen Krankenhäusern haben die Vorbereitungen auf ein neues Vergütungssystem begonnen, zunächst insbesondere die Qualität der medizinischen Dokumentation betreffend.

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die Einbindung der Krankenhausärzte in betriebswirtschaftliche und betriebsorganisatorische Prozesse außerordentlich an Bedeutung gewinnen wird.

Anforderungen an die Einführung des Qualitätsmanagementsystems – von der Selbstbewertung zur Akkreditierung

Bericht: Frau Dr. Maria Eberlein-Gonska
Vorsitzende des Ausschusses Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie

In der Gesundheitsstrukturreform 2000 hat der Gesetzgeber zur Qualitätssicherung deutliche Akzente gesetzt. So sind zugelassene Krankenhäuser und weitere stationäre Einrichtungen dazu verpflichtet, einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln (§ 135 a SGB V). Damit ist die Frage danach, ob wir uns ein Qualitätsmanagement leisten können, überholt, vielmehr muss es nun heißen: „Können wir es uns leisten, kein Qualitätsmanagement zu haben?“ Doch die positive Beantwortung induziert als logische Konsequenz zwei weitere Fragen: Welches Qualitätsmanagement erfüllt die gesetz-

lichen Anforderungen, und welches Qualitätsmanagement ist für meine Einrichtung geeignet? Um Antworten hat sich eine Arbeitsgruppe der hessischen Krankenhausgesellschaft mit Unterstützung namhafter Experten bemüht und diese in einer Broschüre als „Orientierungshilfe für Krankenhäuser“ zusammengefasst. Hierin werden die derzeit in Deutschland gängigen Verfahren (EFQM-Modell, Joint Commission Akkreditierungs-Verfahren, KTQ, DIN EN ISO 9000-Familie) vergleichend nebeneinander dargestellt (<http://www.hkg-online.de>). So handelt es sich bei dem **EFQM-Modell** um ein Bewertungsverfahren, das bereits seit 10 Jahren der Beurteilung von Organisationen im Hinblick auf die von ihnen erbrachte Qualität dient. Es basiert auf einem Assessment (Selbstbewertungs)-Verfahren, dessen Ergebnisse in einem Qualitätsbericht zusammengefasst werden. Zu Grunde liegen zwei Gruppen von Einflussfaktoren – Befähiger und Ergebnisse – denen insgesamt neun Hauptkriterien mit zirka dreißig Subkriterien und weiteren Ansatzpunkten zugeordnet sind. Das EFQM-Modell ist das Verfahren mit der stärksten Ergebnisorientierung und dient vor allem dazu, eine Bestandsaufnahme in Stärken und Verbesserungsreichen vorzunehmen. Es ist nicht zur Zertifizierung und Akkreditierung vorgesehen, seine Stärke liegt im Erkennen von Versorgungsdefiziten. Die Alternative bietet das amerikanische Verfahren der **Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)**. Es ist ein über die Jahre für Gesundheitseinrichtungen entwickeltes Modell mit dem Ziel, die Qualität von Pflege und Behandlung durch die Bereitstellung der Möglichkeit zur Akkreditierung und damit verbundenen Hilfestellungen zu verbessern. Grundlage ist eine Selbstbewertung anhand vorgegebener Merkmale, die in einem strukturierten Qualitätsbericht zusammengefasst und durch den Besuch vor Ort auf Konformität überprüft werden. Vergleichbar ist das zur Zeit in der Pilotphase befindliche Verfahren der

KTQ – Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus, eine Initiative des Verbandes der Angestellten Krankenkassen und der Bundesärztekammer mit dem Ziel, gemeinsam Möglichkeiten eines Qualitätsmanagementsystems in Krankenhäusern zu untersuchen und hierfür ein geeignetes Zertifizierungsverfahren zu entwickeln. KTQ beinhaltet Elemente der JCAHO und stellt den Bezug zu den Befähigungskriterien des EFQM-Modells her. Es verbindet die Selbstbewertung mit einem strukturierten Qualitätsbericht und eröffnet die Möglichkeit der Fremdbewertung durch Visitoren im Rahmen eines Zertifizierungsverfahrens. Die bisherigen Modelle entsprechen Bewertungsmodellen. Die **DIN EN ISO 9000-Familie** hingegen ist ein prozessorientiertes Modell, das in seiner neuen Revision komplett überarbeitet wurde und sich nun sehr stark am EFQM-Modell orientiert. Dabei werden Qualitätsgrundsätze, Prozesse und Standards in einem Handbuch niedergelegt, und in einem Zertifizierungsaudit wird geprüft, ob die vorgegebene Norm erfüllt ist und ob sie der Realität entspricht. Es ist kein akkreditives Verfahren, sondern führt gegebenenfalls zur Zertifizierung. Während also die Zertifizierung das Audit beinhaltet, vereint die Akkreditierung das Audit mit dem Assessment.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass auf der Basis des Gesetzgebers verschiedene Möglichkeiten und Wege existieren, ein internes Qualitätsmanagement im Krankenhaus und vergleichbaren Einrichtungen einzuführen. Dabei ist bereits heute sicher, mit der Bewertung und Zertifizierung von Krankenhäusern werden zukünftig Milliarden verdient und auch Macht ausgeübt werden. Unabhängig davon, welches Verfahren sich in Deutschland durchsetzen wird, sind Krankenhäuser und vergleichbare Einrichtungen jedoch gut beraten, mit dem Auf- und Ausbau eines internen Qualitätsmanagements spätestens jetzt zu beginnen. Dabei sollte Hauptziel nicht das Zertifikat

und die Plakette sein, sondern vielmehr die Darlegung der Qualität im Dienst des Patienten gemeinsam mit allen Mitarbeitern!

Reanimationskurse in Sachsen – Sachstandbericht und praktische Übungen

Bericht: Frau Dr. med. Kristina Kramer, Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie, Universitätsklinikum Leipzig

Jede Kette ist so gut oder so schlecht wie das schwächste Glied? Überträgt man diese Aussage auf die Rettungskette, muss man feststellen, dass in der BRD das erste Glied das Schwächste ist. 130.000 Menschen sind in der BRD vom plötzlichen Herztod betroffen, 20 – 30 % dieser Patienten hätten gerettet werden können, wenn mit den Basismaßnahmen der Herz-Lungen-Wiederbelebung (HLW) in den ersten drei Minuten begonnen worden wäre (nur vier bis sechs Prozent überleben). Die Ersthelfer können als der limitierende Faktor in der Rettungskette betrachtet werden. Das betrifft aber auch gleichermaßen alle praktizierenden Ärzte, Zahnärzte, Krankenhausärzte und das gesamte Pflegepersonal, die deshalb alle einmal jährlich ihre Fähigkeiten in HLW unter Beweis stellen sollten, eine Forderung, die SAFAR 1990 erhob.

Auf dem 3. Sächsischen Ärztetag 1993 wurde deshalb der Vorschlag zum obligatorischen Reanimationstraining für sächsische Ärzte aller Fachrichtungen von den Kammermitgliedern einstimmig angenommen. Die Sächsische Landesärztekammer kaufte für 70.000 DM Übungspuppen, die in folgende Zentren kamen: Aue, Bautzen, Freiberg, Görlitz, Hoyerswerda, Leisnig, Plauen, Torgau, Zwickau – mit eigenen Übungspuppen Leipzig, Dresden, Werdau.

Es wurde ein einheitliches Trainingsprogramm (8 Stunden) entwickelt und durch die Erarbeitung eines Curriculums kann eine Kompatibilität der Veranstaltungen von Aue bis Zwickau gewährleistet werden.

Das Curriculum liegt als Grünes Heft „Unterrichtsmaterialien, Seminar für Praktische Reanimationsübungen“, 2. überarbeitete Auflage (1998), vor.

In der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer vom 07.10.1994 wurde die Reanimation unter § 10/5 aufgenommen.

Für das freiwillig zertifizierte Fortbildungsdiplom der Sächsischen Landesärztekammer erhielt der Reanimationslehrgang die höchste Punktzahl – 15 Punkte.

In diesen Kursen wird großer Wert auf das praktische Üben der HLW gelegt, gleichzeitig haben die Kollegen die

Möglichkeit, mit ihren eigenen Notfallmaterialien an der Puppe zu üben. Nach Absolvieren der Ausbildung erhält jeder Teilnehmer den Reanimationspass der Sächsischen Landesärztekammer.

Betrachtet man die Teilnehmerzahlen der Reanimationskurse, muss man eine rückläufige Tendenz feststellen, auch wurden Puppen-Sets von Freiberg, Görlitz, Plauen wegen mangelnder Teilnahme zurückgegeben.

Gesamtüberblick der Kurse „Praktische Reanimationsübungen“ der Sächsischen Landesärztekammer 1994 – 2000

Jahr	Teilnehmer	Kurse
1994	208	11
1995	580	31
1996	555	36
1997	444	25
1998	389	29
1999	345	19
2000	202	13
Gesamt	2723	164

Können es die Kollegen? Sicher gab und gibt es auch viele private Anbieter für die Ausbildung der Basismaßnahmen in Herz-Lungen-Wiederbelebung, aber unsere Devise ist, „**Sachsen rettet sich selbst, die Kollegen, die es können, bilden die anderen Kollegen aus!**“ Vielleicht muss unseren Kollegen auch noch ein-



Während der praktischen Ausbildung

mal klar gemacht werden, was seitens der Sächsischen Landesärztekammer geleistet worden ist – eine einheitliche, flächendeckende Ausbildung in HLW anzubieten – darum beneiden uns viele Notfallmediziner der alten Bundesländer.

Die Reanimationen fordern einen komplexen Handlungsablauf unter Zeitdruck, deshalb sind einheitliche Richtlinien für ein erfolgreiches Therapiekonzept unter den Ausnahmebedingungen des Herz-Kreislauf-Stillstandes notwendig.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die praktischen Kenntnisse in HLW bei Ärzten bedenkliche Lücken offenbaren. Es besteht aber eine große Bereitschaft bei unseren Kollegen, ihre Kenntnisse auf diesem Gebiet theoretisch und besonders praktisch zu verbessern. Die Voraussetzungen für eine flächendeckende, basisnahe Ausbildung der sächsischen Kollegen in HLW ist durch die Sächsische Landesärztekammer gewährleistet worden.

Durchgeführte Seminare „Praktische Reanimationsübungen“ der Sächsischen Landesärztekammer im Jahr 2000

Ort	Teilnehmer	Kurse
Dresden	60	4
Leipzig	71	4
Aue/Schwarzenberg	60	4
Zwickau	11	1
Gesamt	202	13

Möglichkeiten zur Verbesserung:

1. Bei jeder Facharztprüfung die HLW zu trainieren.
2. Bei allen Weiterbildungsveranstaltungen der Sächsischen Landesärztekammer praktische Übung der HLW durchzuführen.

Die Teilnehmer der 15. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern führten von 14.00 bis 15.00 Uhr unter der Anleitung von Frau Dr. med. Kristina Kramer (Leipzig) und Herrn Dr. med. Christian Rudolph das Reanimationstrai-



Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer trainiert

ning durch. Die vorgegebene Übungsnorm der Herz-Lungen-Wiederbelebung wurde nur von einigen Ärzten erreicht. Die Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit, dass wir Ärzte unsere Kenntnisse zur kardiopulmonalen Reanimation in Theorie und Praxis verbessern und die HLW praxisrelevant in Abständen trainieren müssen.

Änderungen der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer

Bericht: Dr. med. Stefan Windau
Mitglied des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer

Der 103. Deutsche Ärztetag im Mai dieses Jahres hatte auch Beschlüsse zur Novellierung der Muster-Berufsordnung gefasst. Nach ausführlicher Diskussion in den Ausschüssen Satzung und Berufsrecht sowie im Vorstand unserer Landesärztekammer wurden die in Köln angeregten Veränderungen im Entwurf zur Änderung unserer Sächsischen Berufsordnung umgesetzt. Der 23. Kammerversammlung im November 2000 wird dieser Entwurf zur Diskussion und als Beschlussvorlage zugeleitet werden. Einige Eckpunkte sollen hier skizziert werden. Gestützt und befördert durch die Tendenz bundesweiter Rechtssprechung, die das Recht des Patienten auf Information in den Vordergrund stellt, kommt es in der Berufsordnung zu einem – vorsichti-

gen – Paradigmenwechsel. Das alte Gebot der „unerlaubten Werbung“ wird relativiert im Sinne von „berufswidriger Werbung“. Werbung im Sinne von sachlicher Information wird einen breiteren Raum bekommen. Verboten ist die berufswidrige Werbung (im Sinne von anpreisend, irreführend und vergleichend). Auch bezüglich der Ankündigungsfähigkeit auf dem Praxisschild gibt es eine behutsame Öffnung. Folgende weitere Angaben, sofern die Voraussetzungen vorliegen, dürfen in Zukunft auf dem Praxisschild genannt werden:

- a) Zulassung zu den Krankenkassen
- b) „hausärztliche Versorgung“
- c) „Durchgangsarzt“ oder „D“-Arzt, „H“-Arzt
- d) „Dialyse“
- e) Zugehörigkeit zu einem Praxisverbund nach Kapitel D Nr. 11
- f) Bereitschaftsdienst- oder Notfallpraxis

Erwähnenswert ist an dieser Stelle, dass der Bundesgesetzgeber im SGB V § 76 mit Wirkung vom 1. Januar 2000 festgelegt hat, dass die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung auf dem Praxisschild anzugeben ist. Mit der nun erfolgenden Umsetzung auch im Berufsrecht wird Allgemeinmediziner, praktischen Ärzten, hausärztlich tätigen Internisten und Kinderärzten die Möglichkeit gegeben, diese „hausärztliche Versorgung“ berufsrechtskonform anzukündigen.

Die Darstellungsmöglichkeiten sachlicher Informationen in Anzeigen und Verzeichnissen sowie die Patienteninformation in den Praxisräumen und in den Computerkommunikationsnetzen werden erweitert. Analoges gilt auch für die Patienteninformation durch Praxisverbände, was mit Blick auf neue Strukturen der Versorgung erforderlich ist.

Im Einklang mit der Entwicklung auf Bundesärztekammerebene wird als Anhang zur Berufsordnung eine „Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion“ aufgenommen.

Novellierung der Verfahrensgrundsätze zur Gestaltung des Vermittlungs-, Rüge- und berufsgerichtlichen Verfahrens nach dem Sächsischen Heilberufekammergesetz

Bericht: Dr. med. Andreas Prokop
Vorsitzender des Ausschusses Berufsrecht

Seit sechs Jahren konnten Erfahrungen bei der Bearbeitung berufsrechtlicher Angelegenheiten gesammelt werden. Leider war die erste Annahme, dass sich die Sächsische Landesärztekammer im Verlaufe der Jahre immer weniger mit solchen Angelegenheiten befassen müsse, falsch. Der Tätigkeitsbericht aus dem Jahr 1999 spricht eine andere Sprache. Wir müssen davon ausgehen, dass sich die „Fallzahlen“ noch erhöhen werden. Dabei sind die einzelnen Verfahren zum Teil sehr kompliziert.

Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, wurden die Verfahrensgrundsätze neu gestaltet.

Folgende Gremien befassen sich mit Arzthaftpflichtfragen und berufsrechtlichen Angelegenheiten:

- die Schlichtungsstelle
- die Kreisärztekammern
- der Ausschuss Berufsrecht
- der Vorstand

Vorwürfe wegen vermuteter fehlerhafter Behandlung werden an die Schlichtungsstelle weitergeleitet und dort bearbeitet.

Patientenbeschwerden über den „falschen Ton“ des Arztes, unterlassene Hausbesuche sowie Auseinandersetzungen zwischen Ärzten werden im Vermittlungsverfahren durch die Kreisärztekammern durchgeführt, soweit nicht erhebliche Verstöße vorliegen. Alle anderen Vorgänge werden im Ausschuss Berufsrecht bearbeitet und für den Vorstand entsprechende Beschlussvorlagen vorbereitet. Innerhalb eines Rügeverfahrens wird das Mitglied angehört (schriftliche Stellungnahme). Anhand dieser Stellungnahme empfiehlt der Ausschuss Berufsrecht dem Vorstand, das Rügeverfahren durch Er-



Dr. Andreas Prokop

teilung einer Rüge abzuschließen oder, bei Schuldlosigkeit des Mitglieds, das Verfahren ohne Rügeerteilung einzustellen. Beim Vorliegen nicht nur geringer Schuld empfiehlt der Ausschuss Berufsrecht dem Vorstand die Einleitung eines berufsgerichtlichen Verfahrens.

Am Ende der 15. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern bedankte sich der Präsident, Herr Professor Dr. Jan Schulze, „für die rege Diskussion und für viele gute Anregungen, die wir uns wechselseitig wieder gebracht haben“. Herr Professor Dr. Schulze wünschte am späten Sonnabendnachmittag allen Teilnehmern der Tagung noch ein schönes Restwochenende und eine gute Heimfahrt.

klug

Bekanntgabe der Termine für die Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern 2001

16. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern
Sonnabend, 31. März 2001

17. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern
Sonnabend, 22. September 2001