

25. Kammerversammlung

10. November 2001

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Professor Dr. Jan Schulze, eröffnete 9:00 Uhr im Plenarsaal des Kammergebäudes die turnusmäßig einberufene 25. Kammerversammlung und begrüßte herzlich die Mitglieder des Vorstandes, die Mandatsträger und die Vorsitzenden der Ausschüsse.

Willkommen hieß Herr Professor Dr. Jan Schulze vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie Herrn Ministerialdirigent Dipl.-Med. Albrecht Einbock, Leiter der Abteilung Gesundheitswesen, Herrn Jürgen Hommel, Leiter des Referates Recht des Gesundheitswesens/Beruferecht und den Vertreter der Medizinische Fakultät der Universität Leipzig, Herrn Professor Dr. Wolfgang Reuter. Mit großer Freude begrüßte der Präsident die Träger der Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille und den Ehrenpräsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, Herrn Professor Dr. Heinz Diettrich.

Zum Zeitpunkt der Eröffnung der 25. Kammerversammlung waren 67 der 99 gewählten Mandatsträger anwesend. Damit war die Kammerversammlung beschlussfähig.

Bericht des Präsidenten Gesundheits- und berufspolitische Fragestellungen für die Zukunft

Allgemeine politische Lage

Spätestens seit den terroristischen Anschlägen vom 11. September 2001 in den USA, die unsere Welt tief erschüttert haben, ist ein Konflikt ausgebrochen, der schon seit Jahren und Jahrzehnten schwelte. Gegenwärtig fliegen amerikanische Bomber Tag und Nacht Einsätze gegen ein Land, welches eigentlich gar nicht mehr zu zerstören ist, weil es durch zurückliegende Invasionen bereits in großen Teilen dem Erdboden gleichgemacht wurde: Afghanistan.

Eine politische Lösung ist danach von den Taliban und ihren extremistischen

Helfershelfern niemals in Betracht gezogen worden. Dennoch sollten parallel zu den von der UNO und der sogenannten Antiterrorallianz sanktionierten Militärfaktionen der USA und Englands diplomatische Verhandlungen und humanitäre Aktionen im Sinne von „inter arma caritas“ nach Henry Dunant zur Lösung des Konflikts gesucht werden. Sonst wird das bisherige Verständnis für den Einsatz des Militärs unter großen Teilen der Bevölkerung in Ablehnung umschlagen.

Wir sind Ärzte und nach dem hippokratischen Eid verpflichtet, Leben zu schützen, zu erhalten und zu verbessern. Deshalb muss ich an dieser Stelle an die vielen Zivilisten und Flüchtlinge, vor allem an Kinder und ältere Menschen, in Afghanistan erinnern, die nicht erst jetzt am Rande des Existenzminimums leben und jeglichen Krankheiten ausgeliefert sind. Ihnen gilt es so schnell und so umfassend wie möglich zu helfen. Doch humanitäre Hilfe ist nur möglich, wenn die Angriffe zeitweise ausgesetzt und der Krieg noch vor Einbruch des Winters in der Region beendet wird. Viele Ärzte und Mitarbeiter von Nicht-Regierungsorganisationen und Initiativen, auch aus europäischen Ländern, sind bereit, in der Krisenregion unter Einsatz ihres Lebens medizinische Hilfe zu leisten. Ihnen möchte ich heute ganz besonders dafür danken.

Durch Medienberichte über die Situation und den Stand der medizinischen Versorgung in Deutschland nach den Milzbrand-Anschlägen in den USA entstand ein negativer Eindruck. Ich möchte deshalb deutlich sagen, dass sich die deutsche Ärzteschaft auf biologische Angriffe vorbereitet und genügend Impfstoffe und Antibiotika vorhanden sind. Die Patienten können sich auf eine schnelle und fachgerechte Behandlung ihrer Ärzte verlassen. Weitergehende Informationen über biologische Kampfstoffe und Bio-Terrorismus finden Ärzte und Patienten auf der Internetseite der Bundesärztekammer in Zusammenarbeit mit dem Robert-Koch-Institut unter <http://www.baek.de/>.

Gesundheitsreform

Wie sieht es an der gesundheitspolitischen Front aus? Insgesamt eher unbefriedigend, sieht man von den Diskussionen am Runden Tisch und von der Aufhebung des ohnehin nicht haltbaren Kollektivregresses gegen Ärzte ab. Zwei aktuelle positive Honorarsignale aus dem Vermittlungsausschuss von Bundestag und Bundesrat sollen nicht übergangen werden:

■ Werden ostdeutsche Ärzte nach Anerkennung des Wohnortprinzips ihnen zustehende Versicherungsgelder der sogenannten virtuellen Krankenkassen mit Sitz in den alten Bundesländern „vor Ort“ erhalten.

■ Sollen Ostärzte zusätzlich zur normalen Anpassung an die Grundlohnentwicklung in den nächsten drei Jahren bis zu sechs Prozent mehr Gesamthonorar erhalten können.

Dennoch, was fehlt ist eine erkennbare und berechenbare Reformperspektive für unser „aus dem Ruder“ laufendes Gesundheitswesen.

Statt der oft zitierten ruhigen Hand kommt es zu hektischer Betriebsamkeit der Bundesministerin für Gesundheit, der die Arzneimittelkosten davonzulaufen drohen. Prompt wird im Schnellverfahren ein Arzneimittelausgabenbegrenzungsgesetz in einem 5-Punkte-Programm vorgelegt, das fernab von jeder Patientensicherheit ist und das die ärztliche Verantwortung für den Therapieverlauf relativiert beziehungsweise in Frage stellt!

Aut-idem

Der kritischste Punkt ist die geplante aut-idem Regelung. Dieser Vorschlag hat es bis in den Deutschen Bundestag gebracht und wird als Gesetzesvorlage demnächst in zweiter Lesung behandelt.

Was sind die Folgen für uns Ärzte, wenn dieses Gesetz in der vorgelegten Form verabschiedet wird: Wir dürfen dann weiterhin den Patienten beraten, Krankheiten diagnostizieren, die Therapie festlegen und gegebenenfalls die Rehabilitation einleiten. Aber wir dürfen nicht mehr

25. Kammerversammlung

10. November 2001

entscheiden, welches Medikament der Patient nehmen darf, sondern nur noch welchen Wirkstoff. Die Auswahl des **preiswertesten** Medikaments soll in Zukunft der Apotheker übernehmen. Auch die Krankenhäuser benennen im Entlassungsbericht nur noch Wirkstoffe oder Alternativpräparate. Die Kassen erstatten für Medikamente, die nicht unter die Festbetragsregelung fallen, nur noch 95 % des Herstellerabgabepreises. Die Apotheker leiten einen höheren Teil des Apothekenrabattes an die Kassen weiter. Der Ausschuss Ärzte und Krankenkassen erhält das Recht, den therapeutischen Nutzen vergleichbarer Wirkstoffe zu bewerten! Zu dieser vorgeschlagenen Regelung tauchen einige Fragen auf:

- Ist die Patientensicherheit gewährleistet?
- Sind Apotheker für diese neue Aufgabe ausreichend ausgebildet?¹
- Wird die Berufsfreiheit der Ärzte mit der aut-idem Regelung eventuell eingeschränkt?

Viele dieser Fragen sind in der Bearbeitung. Auch verfassungsrechtliche Bedenken gegen das Gesetzgebungsverfahren selbst gibt es. Die kommenden Wochen werden zeigen, wie es in dieser Beziehung weitergeht. Vor allem jetzt, wo der deutsche Generika-Verband eine 3 %ige Senkung des Rabattes auf die Arzneimittelpreise mit einer Einsparung von 460 Mill. DM angeboten hat. Geht die Bundesgesundheitsministerin auf dieses Angebot ein, so könnte das laufende Gesetzgebungsverfahren zu aut-idem abgebrochen werden. Zweifel sind angebracht.

Natürlich bedarf es für die Steuerung des Gesundheitssystems Augenmaß, Geschick, guter Ideen und langen Atem. Allerdings sollten alle wichtigen Änderungen im System der paritätischen Selbstverwaltung in enger Abstimmung mit den sogenannten Leistungserbringern erfolgen, dafür werden wir uns immer wieder

nachdrücklich einsetzen – denn ohne unser Zu- und Mittun steht das System still.

Das gilt auch für die notwendige Reform der Krankenversicherung in unserem Land, für Inhalt und Auswirkungen des Risikostrukturausgleichs, des sogenannten Disease Managements (integrierten Versorgung) und anderes. Überall bedarf es des ärztlichen Sachverständes und ärztlich medizinischen Kalküls und der Folgenabschätzung für die gesundheitliche Betreuung der Bevölkerung. Eine Abkehr vom Prinzip der gemeinsamen Selbstverwaltung von „Playern“ und „Payern“ stellt einen Systembruch dar, der in sich die Gefahr einer Programm- und Kontrollmedizin enthält. Diesen Tendenzen muss konsequent entgegen gewirkt werden. Meines Erachtens darf es trotz begrenzter Wirtschaftskraft und bedrohlich hoher Arbeitslosigkeit kein starres Festhalten am Dogma der Beitragssatzstabilität geben. Gesundheit hat ihren Preis! Ich kann nicht erkennen, dass eine moderate Anhebung der Krankenkassenbeiträge den Wirtschaftsstandort Deutschland gefährden soll. Umgekehrt wird ein Schuh daraus: Bundesweit arbeiten 4 Millionen Menschen im Gesundheitswesen am Rand ihrer Leistungskraft. Hier bedarf es der Förderung, will man den zweitgrößten Arbeitgeber im Land nicht weiter strangulieren und die medizinische Versorgung nicht gefährden.

DRG – Fallpauschalen

Die nächste größere Herausforderung, die vor allem auf die Krankenhäuser und die Krankenkassen zukommt, ist die geplante verbindliche Einführung der DRG's im Jahre 2004. Eine freiwillige Beteiligung ist ab dem Jahr 2003 möglich. Grundsätzlich hat sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft im Oktober für dieses Modell als zukunftsweisend ausgesprochen. Für die Ärzte im stationären Bereich er-

geben sich mit den DRG's mögliche Verbesserungen in Bezug auf die Abrechnung von Behandlungsfällen. Trotzdem wurden einige Bedenken geäußert, die ich teile. Die Einführung des australischen DRG-Modells in Deutschland wird von Seiten des Bundesgesundheitsministeriums in einer besonders umfassenden Form angestrebt. Anders als in Australien soll die Erfassung aller Fallgruppen, außer Psychiatrie, von Anfang an möglich sein. Dieser Anspruch ist wegen der Fülle an Einflussfaktoren sehr hoch. In Australien war die Entstehung des DRG-Systems ein langwieriger Prozess über mehrere Jahre mit einem anderen Zweck. Nach der verpflichtenden Einführung in Deutschland ist eine Konvergenzphase von zwei Jahren vorgesehen. Sechs bis acht Jahre sind nach meiner Ansicht realistischer. Und selbst wenn alles wie geplant verläuft und das Gesetzgebungsverfahren im Januar 2002 abgeschlossen werden kann, sind es immer noch die Krankenkassen, die sich nicht in der Lage sehen, ab 2003 nach dem neuen Modell abzurechnen und schon jetzt eine längere Konvergenzphase verlangen. Auch verursacht das Führen zweier Abrechnungssysteme enorme Kosten für die Krankenkassen, deren Deckung bis jetzt noch ungeklärt ist.

Der Hauptkritikpunkt der Ärztekammer liegt noch an ganz anderer Stelle: Wie kann unter DRG-Bedingungen medizinischen Forderungen Rechnung getragen werden? Die unschöne Formulierung von der Entlassung des „blutigen Patienten“ kennen sie alle. Leider kommt sie nicht von ungefähr, denn mit Einführung des DRG-Systems werden kleine wie große Krankenhäuser versuchen, die Liegezeiten der Patienten einzuhalten oder sogar zu unterschreiten, um Kosten zu sparen und um zu überleben. Schon jetzt sind die Belegungszeiten von Krankenhausbetten ohne DRG's in den vergangenen fünf Jahren um durchschnittlich 4,5 Tage zurückgegangen. Es bedarf

¹ Nichterkennung kontraindizierter Mittel, JAMA 286, 1607ff

deshalb einer grundsätzlichen Neuausrichtung und Verbindung von ambulanten, stationären und rehabilitativen Behandlungsstrukturen. Außerdem wird der höhere Verwaltungsaufwand nur mit mehr Fachpersonal zu bewältigen sein. Bei der derzeitigen Arbeitsbelastung der Ärzte in den Krankenhäusern müssten zusätzlich 250 bis 300 Arztstellen in Sachsen geschaffen werden.

Disease Management – Integrierte Versorgung

Den Disease-Management-Programmen für chronisch Kranke soll, nach dem Willen von Politik und Krankenkassen, eine Schlüsselfunktion in der Reform des Gesundheitswesens zukommen. Deshalb muss bei der Entwicklung dieser Programme die Ärzteschaft mit ihrer Fachkompetenz unbedingt einbezogen werden, damit nicht nur monetäre Kriterien Berücksichtigung finden und ein von den Kassen dominierter Vertragswettbewerb entsteht. Die von Politik und Krankenkassen immer wieder in die Diskussion gebrachte Auflösung korporatistischer Strukturen, namentlich der Kassenärztlichen Vereinigungen, muss entschieden entgegen getreten werden. Eine Urabstimmung unter allen Ärzten als kraftvolle Meinungsäußerung, wie sie vom Präsidenten der Bundesärztekammer vorgeschlagen wurde, könnte für drei Modelle erfolgen:

- dem Einkaufsmodell ohne KV mit Direktverträgen zwischen freiberuflichem Arzt, Patient und Krankenkasse, als ungünstigste Variante
- dem Modell eines fest angestellten Arztes, wobei der Arbeitgeber als Vertragspartner der Kassen auftritt, als schwer realisierbare Variante
- einem korporatistischen Modell innovativer KVen als realistische Zukunftsperspektive.

Keine Berücksichtigung in allen ökonomischen Diskussionen findet bisher die individuelle Patienten-Arzt-Beziehung, die dringend in alle Überlegungen einbezogen werden muss.

Sächsisches Bündnis Gesundheit 2000

Um Interessen und Vorschläge geht es auch dem vor über einem Jahr gebildeten „Sächsischen Bündnis Gesundheit 2000“. Das Ziel des Bündnisses ist die Einflussnahme auf die gesundheitspolitischen Programme der Parteien auf Landes- und Bundesebene. Außerdem die gemeinschaftliche Vertretung von hoheitlichen Interessen der Kammer, der Berufsverbände und Vereine nach außen. Kurz vor der anstehenden Bundestagswahl wollen wir ab Februar 2002 Landes- und Bundespolitiker aller Fraktionen zu Gesprächen mit dem Bündnis in die Landesärztekammer einladen und über Inhalte streiten. Als Grundlage der Gespräche dienen die unterschiedlichen Ansätze der Parteien. Dabei richten sich die Positio-

nen des Bündnisses nicht gegen eine bestimmte Partei. Sie stellen vielmehr die Programme der Parteien im Vorwahlkampf auf den Prüfstand und eruieren deren Absichten in der Gesundheits- und Sozialpolitik für die nächste Legislaturperiode.

Arztzahlen in Sachsen

Einigkeit herrscht mittlerweile auch darüber, dass wir, entgegen einer bis vor kurzem gängigen Meinung einer Ärzteschwemme, einen Ärztemangel vor allem in Ostdeutschland und damit auch in Sachsen zu verzeichnen haben. Einer Statistik der Sächsischen Landesärztekammer zufolge ist in fast allen Bereichen bis zum Jahr 2010 mit einem durchschnittlichen Rückgang an Fachärzten

25. Kammerversammlung

10. November 2001

um 30 % zu rechnen. Besonders betroffen sind die Fachbereiche Allgemeinmedizin und Kinderheilkunde. Die Anzeigen über freie Klinikstellen oder freie Arztpraxen nehmen zu und tauchen über Wochen hinweg immer wieder auf. Auch das ein sicheres Zeichen dafür, dass es schon jetzt schwierig geworden ist, freie Stellen zu besetzen. Die Gründe dafür sind hinreichend bekannt:

- Überalterung der Ärzteschaft
- Fehlender Nachwuchs
- Berufseinstieg in nicht ärztliche Bereiche
- Schlechte Arbeitsbedingungen für AiP und junge Fachärzte.

Was können wir, was kann die Politik gegen diese Entwicklung unternehmen? Ein Bonussystem zur Werbung von Medizinerinnen aus anderen Bundesländern kommt aus finanzieller Sicht für den Freistaat Sachsen nicht in Frage. Außerdem wäre damit das Problem an sich für Gesamtdeutschland nicht gelöst.

Also muss nach anderen Möglichkeiten gesucht werden, die Attraktivität des Arztberufes wieder zu erhöhen und jungen Fachärzten Perspektiven für den Berufseinstieg zu bieten. Zum einen sollte das Ost-West-Gefälle in der Vergütung vollständig beseitigt werden und zum anderen eine staatliche, finanzielle Unterstützung bei der geplanten Niederlassung eines jungen Arztes in Form von zinsgünstigen Darlehen oder Krediten möglich sein. Mit Hilfe von Existenzgründer-Seminaren könnten junge Fachärzte bei der Übernahme einer freien Praxis fachlich unterstützt werden. Gleichzeitig sollten Anreize für Medizinstudenten geschaffen werden, den Arztberuf nach dem Studium auch zu ergreifen, damit sie nicht in andere Bereiche, wie zum Beispiel die Pharmaindustrie oder das Versicherungswesen, abwandern. Und zuletzt wäre zu überlegen, ob die Weiterbildungsstellen erhöht oder neu verteilt werden könnten. Eine „Green Card“ für Ärzte oder eine Niederlassung von Ärzten aus anderen Ländern der Europäischen

Union gehören auch noch zu den denkbaren Möglichkeiten, um die ärztliche Versorgung in der Zukunft zu sichern.

Reform der medizinischen Ausbildung

Die medizinische Ausbildung in Deutschland ist zwar im internationalen Vergleich noch immer eine der Besten, trotzdem muss sie verändert werden, damit der Arztberuf wieder attraktiver wird und Abiturienten verstärkt in die medizinische Ausbildung streben. Vor allem Studienzeiten und Praxisrelevanz sind zu verbessern. Auf Landes- und auch auf Bundesebene gibt es deshalb schon seit längerem Überlegungen, die Approbationsordnung entsprechend zu verändern. Zentrale Vorschläge sind:

- die Arbeit in kleineren Studiengruppen mit praxisorientierten Lernen zur Qualitätsverbesserung,
- die Implementierung praxisnaher Ausbildungsabschnitte in das Studium durch die Verbindung von vorklinischen und klinischen Studienabschnitten,
- die Verkürzung der Studienzeiten und damit die frühere Verfügbarkeit der Absolventen auf dem Arbeitsmarkt mit sofortiger tariflicher Vergütung,
- Mittelfristig die Abschaffung des Arzt im Praktikum (AiP) durch Änderung der Bundesärzteordnung.

Mit diesen Vorschlägen kann die Attraktivität und Qualität des Medizinstudiums und auch des Arztberufs verbessert werden. Diese geplante praxisnahe Ausbildung verursacht natürlich höhere Kosten, die bisher leider von den Kultus- und Hochschulministerien nicht bewilligt werden!

Weiterbildung und Fortbildung

Auf dem 104. Deutschen Ärztetag 2001 wurde ein Entwurf des Paragrafen-Teils für die zu novellierende (Muster-)Weiterbildungsordnung als Grundlage für die weiteren Beratungen verabschiedet. Die Novellierung soll die Bedingungen für den Erwerb von Facharzt- und Schwerpunktbezeichnungen von Bereichen sowie von Befähigungsnachweisen neu re-

geln. Die Bezeichnungen der Fakultativen Weiterbildung und der Fachkunde wird es in Zukunft nicht mehr geben. Zurzeit werden auf Bundesebene die Definition (umfassende inhaltliche Gebietsgrenzen) und die Festlegung der Facharztkompetenz sowie Definition, Inhalte und Mindestforderungen für den Erwerb von Schwerpunkten, Bereichen und Befähigungsnachweisen erarbeitet. Dazu werden Stellungnahmen der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften und Berufsverbände eingeholt. Mit ihnen soll überprüft werden, inwieweit Weiterbildungsbezeichnungen entfallen oder in andere bestehende Weiterbildungsgänge bzw. in die ärztliche Fortbildung übernommen werden könnten. Zusammengehörende Gebiete und Spezialisierungen werden so auf ihre gemeinsame Basis bzw. Grundkenntnisse hin überarbeitet und gegebenenfalls verknüpft (z.B. „common trunk“) mit dem Ziel, die Anzahl an Weiterbildungsbezeichnungen zu reduzieren sowie Weiterbildungsmöglichkeiten berufsbegleitend auszubauen.

Besonders beachtet werden sollte, dass die Weiterbildungsbezeichnung für den Patienten verständlich ist, die Möglichkeiten für eine Weiterbildung im ambulanten Bereich stärker berücksichtigt werden und eine Annäherung bzw. Abgleich mit den Bezeichnungen der Europäischen Richtlinie zur gegenseitigen Anerkennung von Diplomen geboten ist. Ein wichtiger Diskussionspunkt ist auch die geplante und notwendige Zusammenführung der allgemeinmedizinischen und der internistischen Weiterbildung.

In diese Novelle sollen die Landesärztekammern stärker einbezogen werden. Daher werden wir rechtzeitig vor der geplanten Verabschiedung auf einem Deutschen Ärztetag ausführlich in einer Kammerversammlung über den Entwurf berichten. In der Fortbildung ergeben sich für die Zukunft ebenfalls einige Neuerungen. So haben sich die deutschen Ärzte für eine Fortbildungspflicht ausgesprochen sowie ein Programm zur Zertifizierung erarbeitet. Bestrebungen seitens der Po-

25. Kammerversammlung

10. November 2001

litik, eine Pflichtfortbildung für Ärzte auf den Weg zu bringen, wurde damit eine Absage erteilt. Die Sächsische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung hält ein umfassendes, attraktives und vielfach genutztes Angebot an Fortbildungen für die sächsischen Ärzte bereit.

Transplantation und Allocation in Ostdeutschland

Seit Einführung des Transplantationsgesetzes und der dazu erlassenen Ausführungsbestimmungen besteht zwar Rechtssicherheit für die Organspende, jedoch keine Versorgungsgerechtigkeit. Wir und die Bürger müssen sich Gedanken darüber machen, wie 14 Tausend unheilbar kranke Patienten schneller mit Spenderorganen versorgt werden können. Voraussetzung dafür sind zum einen ausreichend vorhandene Spender und Transplantationszentren und zum anderen kurze Wartelisten. Die Zuteilung sollte sich nach der schwere der Erkrankung, der Aktualität und dem lokalen Faktor richten. Insgesamt muss ein besseres Verhältnis zwischen Spendenaufkommen und nachfolgender Transplantation gefunden und die Wartelisten entflochten werden. Neben der laufenden Aufklärung über die Organspende muss auch über verstärkte Aktionen zur Werbung unter den Bürgern, wie auch unter Ärzten nachgedacht werden, damit sich die Ein-

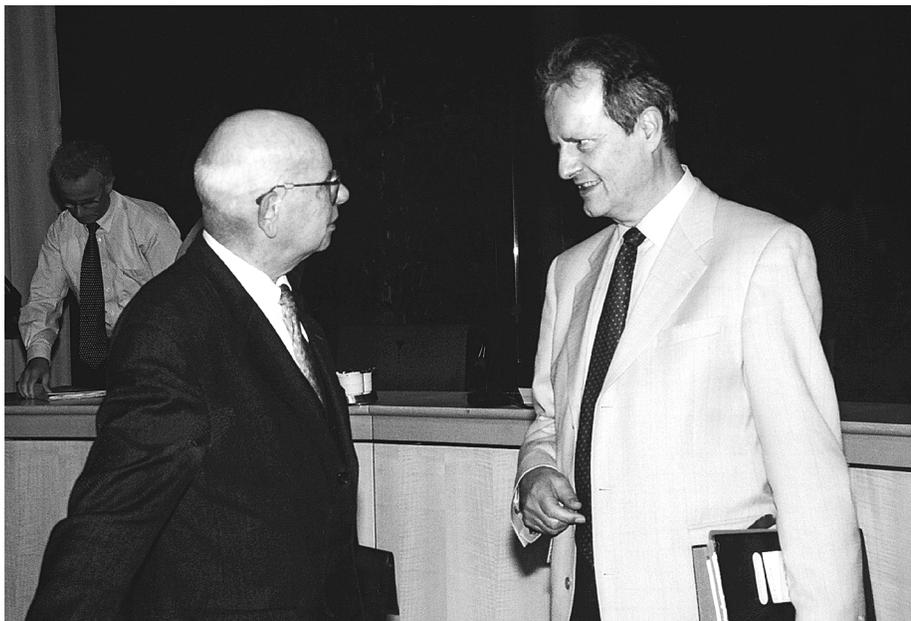
stellung zur Organspende langfristig ändert, denn ein Patient mit einem Spenderorgan hat eine sehr viel bessere Lebensqualität als ein Dialyse-Patient. Diesem Zweck soll im kommenden Monat ein Workshop dienen, der in unserer Kammer zusammen mit Transplantateuren, den Transplantationsbeauftragten Sachsens und den Dialyse-Ärzten durchgeführt wird.

Biowissenschaften/Bioethik

Biowissenschaften und Bioethik bilden den Abschluss meiner Ausführungen. Ich habe dieses Thema bewusst an das Ende gelegt, weil ihm eine sehr große Bedeutung für den Arzt, die Medizin und vor allem für die Gesellschaft des zweiten Jahrtausends innewohnt. Gleichzeitig dient der Punkt als Überleitung in die nachfolgenden Themen.

Die Möglichkeiten und Risiken, die mit den Biowissenschaften verbunden sind, werfen alte und neue ethische Fragen der Menschheit auf. Die Biowissenschaften sind, ich zitiere, „von herausragender strategischer Bedeutung im Bemühen Europas, zu einer führenden wissenschaftsbasierten Wirtschaft zu werden“. Dieses Zitat stammt aus einem Konsultationspapier der Europäischen Gemeinschaft zum Thema „Biowissenschaften“ und macht vor allem die wirtschaftliche Stellung des Wissenschaftszweiges deutlich.

Neue Technologien, neue Arbeitsplätze und Wettbewerbsfähigkeit stehen dort im Vordergrund. Für uns Mediziner sind ganz andere Fragen ausschlaggebend. Dem Menschen wird es nicht nur gelingen, neue Werkzeuge für Diagnose und Therapie zur Behandlung bisher nicht kontrollierbarer menschlicher Krankheiten zu entwickeln, sondern er wird auch die Versorgung chronisch Kranker durch gentechnisch hergestellte Arzneimittel und Gentests wesentlich verbessern. Die „Post-Genom-Ära“ wird insgesamt den Gesundheitszustand und die Lebensqualität vor allem älterer Menschen beeinflussen und die durchschnittliche Lebenserwartung weiter steigen lassen. All das sind für die Menschheit ungeahnte Erfolge der Biowissenschaften. Sie bergen aber ethische, gesellschaftliche und rechtliche Probleme, die noch gelöst werden müssen. Stammzellenforschung, überzählige Embryonen und Designer-Babys sind hier nur Schlagworte für die Herausforderung an die Gesellschaftsordnungen von Heute und in der Zukunft. Ärzte werden zunehmend zwischen dem Eid des Hippokrates und den Möglichkeiten der modernen Gen-Medizin stehen. Bioethik ist, nach der Definition von Warren Reich, „das systematische Studium des menschlichen Verhaltens auf dem Gebiet der Wissenschaften vom Leben und in der Gesundheitspflege, inso-



Der Präsident Prof. Dr. Jan Schulze im Gedankenaustausch mit Dr. Peter Schwenke



Frau Dr. Maria Eberlein-Gonska sprach zum Stellenwert der Obduktion

weit dieses Verhalten im Licht moralischer Werte und Prinzipien bewertet wird“.

Es muss vielleicht innerhalb der Ärzteschaft eine Diskussion über Biowissenschaften angestoßen werden, um Ärzte dafür zu sensibilisieren. Damit kann auch verhindert werden, dass es zu einem Missbrauch der Forschungsergebnisse aus der „Post-Genom-Ära“ kommt. Neue Theorien, wie die von Nobelpreisträger Blobel zur Stammzellenforschung, können auch dazu beitragen, Wege aus dem Entscheidungsdilemma zwischen einem und einem anderen Leben zu finden. Im internationalen Vergleich geht Deutschland einen bioethischen Sonderweg mit der wohl ausführlichsten und kontroversten Debatte in Politik und Wissenschaft. Eine umfassende Aufklärung und Information der Bevölkerung über Chancen und Risiken der Biowissenschaften wird sich sicher positiv auf die Anwendung deren Ergebnisse auswirken.

Den vollständigen Wortlaut der Rede des Präsidenten finden Sie auf unserer Homepage www.slaek.de, unter „Aktuelles in Kürze“.

Inhalte des sich anschließenden einstündigen produktiven und engagierten Meinungs- und Gedankenaustausches waren:

■ Die Auffrischung der theoretischen und besonders der praktischen Kenntnisse auf dem Gebiet der Herz-Lungen-Wiederbelebung wird vom Ausschuss „Notfall- und Katastrophenmedizin“ betont empfohlen.

Kommen Sie zum Reanimationstraining, damit sie im Notfall „2 : 15“ sicher, praktisch beherrschen!

■ Die zwingende Notwendigkeit einer tiefgreifenden Reform der Approbationsordnung und des Medizinstudiums, welches einen vollverantwortlichen, selbständigen in der Medizin breit ausgebildeten Arzt und Abschaffung der Arzt im Praktikum-Phase zum Ziel hat, wird erneut angemahnt.

■ Die Obduktion als Basiswerkzeug der Qualitätssicherung ist erforderlich. Der klinische Stellenwert der Obduktion wurde erneut deutlich hervorgehoben. Bedeutsam und wichtig ist die Frequenzsteigerung der Obduktion auch bei der

Bearbeitung von Gutachten und zur Feststellung der Tumorrezidivquote. Eine Umfrage des Ausschusses „Qualitätssicherung und Therapie“ der Sächsischen Landesärztekammer hat ergeben, dass die Obduktionsfrequenz an den Sächsischen Krankenhäusern 0 bis 39 Prozent, im Durchschnitt nur 6,7 Prozent beträgt.

■ Auch die sächsischen Ärzte sollten sich über die diagnostische Vorgehensweise bei Verdacht auf Kontamination mit gefährlichen Erregern (Milzbrand, Pest, Tularämie, Pocken, Ebola, Lassa, Q-Fieber, Brucellose, Botulismus) eingehend informieren. Das Robert Koch-Institut hat auf seiner Internetseite die Informationen zum Thema Bioterrorismus erweitert und spezifiziert [www.rki.de].

■ Umfassende berufspolitische Bedeutung hat weiterhin der Zusammenhalt und das Miteinander aller ärztlichen Kollegen, sowohl der niedergelassenen als auch der angestellten Ärzte.

■ Die Bereitschaftszeit im Krankenhaus muss als Arbeitszeit gewertet werden. Bedeutsam sind die Urteile der Arbeitsgerichte von Gotha und Kiel. Das Urteil des Europäischen Gerichtshofes vom 3. Okto-

25. Kammerversammlung

10. November 2001

ber 2000 besagt auch, dass europäisches Recht vor nationalem Recht besteht.

■ Patientenschulung, Patientenberatung und Patienteninformation muss in erster Linie in unseren Praxen stattfinden.

■ In ein Beratungsgespräch mit dem Patienten über seine Krankheit gehört eine transparente Patienteninformation mit Grenzziehung in ethischer Richtung.

Medizinische Aspekte der Präimplantationsdiagnostik

Professor Dr. Henry Alexander, Leipzig
Vorsitzender der Kommission „Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung“

Herr Professor Alexander sprach über fachliche Aspekte, Definition, Indikation, Verfahren, Risiken und geltende rechtliche Regelungen der Präimplantationsdiagnostik. Dieser Einführungsvortrag in die komplexe und komplizierte Thematik der Präimplantationsdiagnostik wird im „Arzteblatt Sachsen“ im ersten Quartal 2002 abgedruckt.

Ethische Aspekte der Präimplantationsdiagnostik

Professor Dr. Rolf Haupt, Leipzig
Vorsitzender der Ethikkommission

Unser Grundgesetz schützt in seinen ersten Artikeln menschliches Leben als höchstes Gut und verleiht ihm eine Würde, die wiederum ebenfalls unter dem Schutz des Grundgesetzes steht und unantastbar ist. Nach den Auseinandersetzungen im Embryonengesetz und den erfolgten Festlegungen beginnt menschliches Leben mit Verschmelzung von Eizelle und Samenzelle – von diesem Moment an ist menschliches Leben existent und untersteht somit dem eben vorher genannten Schutz. So lange eine befruchtete Eizelle in ihren ersten Teilungsphasen Zellen hervorbringt, die Anlagen für einen gesamten Menschen in sich tragen, werden auch diese einzelnen Zellen (bis zum 8-Zellen-Stadium) als Embryo angesehen. Es handelt sich in diesem Stadium um sogenannte totipotente Zellen, aus denen

sich ein ganzer Mensch entwickeln kann. Das Embryonenschutzgesetz verbietet in Deutschland das Manipulieren an diesen Strukturen, lässt aber möglicherweise die Frage unbeantwortet, inwieweit im späteren Stadium noch vor der Einpflanzung eine Entnahme von Zellen zur genetischen Untersuchung möglich ist und dann bereits als pränatale diagnostische Maßnahme eingeordnet werden kann. Die Abspaltung einer Zelle zur genetischen Untersuchung aus dem vorher genannten frühen Stadium käme einer strafbaren Klonierung im Sinne von § 6 Abs. 1 des Embryonenschutzgesetzes gleich.

Die Präimplantationsdiagnostik bei extraterin gezeugten menschlichen Anlagen soll verhindern, dass in frühesten Phasen erkennbare erbliche schwerwiegende Krankheiten nicht von vornherein ein sich entwickelndes Lebewesen belasten. Im Verdachtsfall einer solchen Möglichkeit einer erblichen Erkrankung soll deshalb nach der Präimplantationsdiagnostik entschieden werden, ob die betroffene Embryonenanlage intrauterin eingepflanzt oder „verworfen“ wird. Das Verwerfen dieser Embryonenanlage kommt einer Tötung nach gesetzlicher Definition gleich.

Die heftige Diskussion um die Präimplantationsdiagnostik geht einerseits von den Ängsten aus, dass die Freigabe dieser diagnostischen Möglichkeit dazu führt, dass eine Selektion generell zur Regel werden könnte und auch die Frage nach dem Geschlecht beispielsweise ein Grund für Einpflanzen oder Nichteinpflanzen sein könnte. Andererseits wird besonders von den christlichen Kirchen darauf hingewiesen, dass das wertvolle Gut des menschlichen Lebens ein göttliches Geschenk ist, und sich deshalb auch der Eingriff verbietet. Der Deutsche Ärztetag hat heftig und sehr kontrovers zu diesen Fragen diskutiert.

Die Ethikkommission der Sächsischen Landesärztekammer hat sich mit diesen Fragen mehrfach in Sitzungen befasst und folgende Meinung formuliert:

Die kleine Gruppe von extraterin ge-

zeugten Embryonenanlagen, die dazu dienen soll, Eltern, die auf natürlichem Wege zu keiner Zeugung gekommen sind, die Elternschaft zu ermöglichen – benötigen in der Vorbereitung ein aufwendiges medizinisches Verfahren.

Es scheint uns deshalb sinnvoll, bei Verdacht auf eine mögliche schwere erbliche Krankheit eine Präimplantationsdiagnostik vorzunehmen und nur eine „gesunde“ embryonale Erbanlage intrauterin zur Austragung zu bringen.

Uns erscheint deshalb dieser Weg mit der genannten Einschränkung als eine Möglichkeit, diese Form durch eine Gesetzgebung zur Fortpflanzungsmedizin festlegen zu können. Es erscheint uns hingegen weniger zumutbar, dass man ohne vorherige Diagnostik in derartigen Verdachtsfällen die Implantation vornimmt, unter dem Hinweis, dass bei pränataler intrauteriner Diagnostik im Falle einer feststellbaren schwerwiegenden Krankheit die Schwangerschaft unterbrochen werden könnte. Wir halten die Zustimmung und die Beantragung durch beide Elternteile für erforderlich.

Wir befürworten also in diesem engen Rahmen die Präimplantationsdiagnostik und würden empfehlen, dass unter diesem Gesichtspunkten der Gesetzgeber gesetzliche Festlegungen trifft, die den Rahmen beschreiben und gleichzeitig die konsequente Einengung und das Ausufern der Diagnostik zu genereller Selektion ausschließt.

Sterbehilfe versus Sterbebegleitung

*Aus der Sicht eines Berufspolitikers:
Professor Dr. med. habil. Jan Schulze*

Hauptpunkte des aussagekräftigen und wohlgedachten Vortrages des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer waren:

– Ärzte erhalten Leben, verhüten Krankheiten, heilen Kranke, lindern Leiden aber töten nicht.

– Jeder Patient muss sich zu jederzeit sicher sein, dass Ärztinnen und Ärzte konsequent für sein Leben eintreten und weder

wegen wirtschaftlicher, politischer noch anderer Gründe das Recht auf Leben zur Disposition stellen.

- Tötung auf Verlangen ist keine ärztliche Handlung.
- Eine gesetzliche Regelung der aktiven Sterbehilfe, wie sie in den Niederlanden beschlossen wurde, lehnt die sächsische Ärzteschaft kategorisch ab.
- Sterbebegleitung statt Sterbehilfe!
- Die Sterbebegleitung ist ein gesamtgesellschaftliches Anliegen.
- Der Arzt ist verpflichtet, Sterbenden so zu helfen, dass sie in Würde zu sterben vermögen.
- Hospizarbeit und die palliativmedizinische Versorgung sind vordergründig auszubauen und weiter zu entwickeln.

Der klar formulierte und sehr ausgewogene Vortrag wird im „Arzteblatt Sachsen“ im ersten Quartal 2002 allen sächsischen Ärzten zur Kenntnis gegeben.

Aus der Sicht eines Juristen:

Prof. Dr. jur. Bernd-Rüdiger Kern, Leipzig
Mitglied der Ethikkommission

Fortschritte der modernen Apparatemedizin stellen uns in zunehmendem Maße vor Probleme im Zusammenhang mit dem Lebensende. Wann gehen lebensverlängernde und lebenserhaltende Maßnahmen in sterbensverlängernde über? Darf der Arzt eine Behandlung wählen, die das Leiden des Patienten lindert, aber sein Leben – und sei es um Stunden – verkürzt? Und wer entscheidet darüber, der Arzt nach objektiven Gesichtspunkten (Indikation), der Patient, für ihn ein Betreuer oder gar das Vormundschaftsgericht? Welche Rolle spielt dabei das gesellschaftliche Bewusstsein oder die Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens? Nach unserem Verfassungsverständnis ist die Menschenwürde das höchste aller Güter. Davon umfasst ist auch das Recht, in Würde zu sterben. Dieses Recht darf indessen nicht nach objektiven Umständen bestimmt werden, sondern muss Ausdruck des Selbstbestimmungsrechts des Einzelnen bleiben. Unsere Rechtsordnung

trägt diesem Autonomieprinzip Rechnung. Das gilt jedenfalls für den Bereich der Sterbehilfe im engeren Sinne. Deshalb sind palliative Therapien zulässig, selbst wenn sie lebensverkürzend wirken. Der ärztlichen Indikation über die Aufrechterhaltung vitaler Funktionen kommt besondere Bedeutung zu. Entspricht es dem Willen des Patienten, einer lediglich sterbensverlängernden Behandlung nicht ausgesetzt zu werden, so endet an der Patientenautonomie der Behandlungsvertrag des Arztes. Er hat aber weiterhin Sterbebegleitung zu leisten. Aber wie lässt sich der Wille eines bewusstlosen Patienten feststellen? Fehlt es an einer aktuellen Willensäußerung, muss auf frühere zurückgegriffen werden. Patiententestament, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung kommen daher besondere Bedeutung zu. Sie stärken das Selbstbestimmungsrecht des Patienten. Fehlt es auch daran, so werden die juristischen Möglichkeiten fragwürdig. Darf ein Betreuer für den Bewusstlosen einwilligen, oder handelt es sich um ein höchstpersönliches Recht, das betreuungsfreundlich ist? Soll ein Vormundschaftsgericht wirklich einen Betreuer mit dem Aufgabenkreis „Sterbehilfe“ bestellen? Und soll das Gericht dann noch dessen Entscheidung für den Tod, zum Beispiel durch Verhungernlassen, genehmigen? Fraglich ist, wo die Grenze des Selbstbestimmungsrechts verläuft. Ist zum Beispiel die Selbsttötung noch davon erfasst? Nach allgemeiner Ansicht muss der Wille, über das eigene Lebensende frei zu entscheiden, respektiert werden. Deshalb bleibt der Suizid und die Teilnahme daran, etwa durch die Überlassung von Tötungsmitteln, straflos. Gleichwohl widerspricht es der ärztlichen Ethik, an der Selbsttötung mitzuwirken. Das Selbstbestimmungsrecht findet in der Tötung auf Verlangen seine strafbewehrte Grenze. Zu recht, denn damit sollen die alten, kranken und schwachen Menschen davor bewahrt werden, um ihre Tötung zu bitten. Sie könnten sich einem direkten Druck ausgesetzt fühlen, ihren Angehö-

rigen oder der Gesellschaft Anstrengungen und hohe Kosten zu ersparen. Auch im Namen der Menschenwürde sollte hier keine Ausnahme zugelassen werden. Bedauerlicherweise sind die Grenzen zwischen Sterbebegleitung, Sterbensverkürzung, Lebensverkürzung, Selbsttötung und Tötung auf Verlangen praktisch bei weitem nicht so einfach zu erkennen, wie in der Theorie. Die Konturen verschwimmen häufig. Hinzu kommt eine gewisse Diskrepanz in der Rechtsprechung der Zivilgerichte zur Aufklärungspflicht und der Strafgerichte zur Sterbehilfe.

Aus der Sicht eines Arztes:

Barbara Schubert
Fachärztin für Innere Medizin,
Leiterin der Palliativstation,
Krankenhaus St. Joseph-Stift Dresden

Menschen, die sich einer Gefahr ausgesetzt sehen, durchlaufen nahezu regelmäßig bestimmte Phasen der Auseinandersetzung mit dieser Bedrohungssituation. Nicht wahr haben wollen, Aggressivität, Verhandeln, Depression und Zustimmung sind typische Reaktionsweisen, die je nach Persönlichkeitsstruktur und zeitlebens eingeübten Verhaltensschemata in unterschiedlicher Reihenfolge, Intensität des Erlebens und Auslebens sowie unter Umständen mit Phasenwiederholungen ablaufen. Eine unheilbare Erkrankung, das nahe Lebensende oder die Angst vor einem schmerzreichen Weg bis dorthin, werden von sehr vielen Menschen als eine solche Bedrohungssituation empfunden und lösen entsprechende Reaktionen aus. Eine Fluchtmöglichkeit scheint der Freitod zu sein, eine andere die Tötung auf Verlangen. Medienberichte und Umfrageergebnisse erwecken den Eindruck, dass diese Fluchtmöglichkeit von einem großen Bevölkerungsteil akzeptiert, ja gewünscht wird. Meine Erfahrungen als Stationsärztin auf einer Palliativstation widersprechen diesem Eindruck. In den ersten 12 Monaten des Stationsbestehens wurden 263 Patienten behandelt, die um ihre unheilbare und in ab-

25. Kammerversammlung

10. November 2001

sehbarer Zeit zum Tode führende Erkrankung wussten. Zwölf von ihnen haben die Möglichkeit aktiver Sterbehilfe für sich in Erwägung gezogen. Vielen konnte die Angst vor einem schmerzvollen Lebensende genommen werden. Bei etwa 95% der Patienten mit fortgeschrittener Tumorerkrankung ließ sich eine zufriedenstellende Schmerzlinderung erreichen. Darüber hinaus ermöglichten Symptomkontrolle, fachkundige Pflege, psychosoziale Betreuung und, wenn gewünscht, seelsorgerische Begleitung der Patienten und ihren Angehörigen, den letzten Lebensabschnitt bewusst zu gestalten. Sie konnten angstarm und würdevoll sterben. Wir Ärzte haben also durchaus wirksame und sinnvolle Alternativen zur aktiven Sterbehilfe. Stellen wir uns immer wieder neu der Aufgabe, auch dem unheilbaren kranken und sterbenden Patienten kompetenter ärztlicher Begleiter zu sein!

Der praxisbezogene, realistisch dargestellte und fundamentierte Vortrag wird als Artikel im „Ärzteblatt Sachsen“ im ersten Quartal 2002 publiziert.

Zusammenarbeit von Arzt und Industrie unter strafrechtlichen und berufsrechtlichen Aspekten

Oberstaatsanwalt Arthur Ast,
Vertreter der Generalstaatsanwaltschaft
des Freistaates Sachsen

Dr. Andreas Prokop,
Vorsitzender des Ausschusses
Berufsrecht

Die Zusammenarbeit von Ärzten und Industrie ist seit Jahren in das Blickfeld der öffentlichen Diskussion getreten. Dies wurde nicht nur durch den sogenannten „Herzklappenskandal“, sondern auch durch die Neuregelung des Gesetzes zur Bekämpfung der Korruption (BGBL I S.2038 ff) sowie Regelungen im Bereich des Hochschulrechtes, die die Einwerbung von Drittmitteln fördern. Das Strafbarkeitsrisiko lässt sich durch die Einhaltung bestimmter Prinzipien erheblich minimieren:

■ Das Trennungsprinzip erfordert eine klare Trennung zwischen der Zuwendung und etwaigen Umsatzgeschäften. Nach dem Trennungsprinzip dürfen Zuwendungen an Mitarbeiter medizinischer Einrichtungen nicht in Abhängigkeit von Umsatzgeschäften mit der medizinische Einrichtung erfolgen.

■ Das Transparenzprinzip/Genehmigungsprinzip verlangt die Offenlegung von Zuwendungen gegenüber den Verwaltungen oder Leitungen beziehungsweise Trägern medizinischer Einrichtungen, durch die Mitarbeiter medizinischer Einrichtung begünstigt werden oder begünstigt werden könnten.

■ Das Dokumentationsprinzip erfordert, dass alle entgeltlichen oder unentgeltlichen Leistungen an medizinische Einrichtungen oder deren Mitarbeiter schriftlich fixiert werden.

■ Das Äquivalenzprinzip: Bei Vertragsbeziehungen zwischen Unternehmen und medizinischen Einrichtungen und deren Mitarbeitern müssen Leistung und Gegenleistung in einem angemessenen Verhältnis zueinander stehen.

Grundlage berufsrechtlicher Betrachtungen der Problematik der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Dritten, beispielweise Industrie, sind die §§ 30 - 35 der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer.

Ziel dieser Regelungen ist die Wahrung der Unabhängigkeit bei der Zusammenarbeit mit Dritten. Soweit Ärzte Leistungen für die Hersteller von Arznei-, Heil-, Hilfsmittel oder medizinisch-technischen Geräten erbringen, muss die hierfür bestimmte Vergütung der erbrachten Leistung entsprechen. Die Vergütung für die dabei erbrachte ärztliche Leistung ist zulässig, allerdings müssen Leistung und Gegenleistung in einem angemessenen Verhältnis zueinander stehen. Die Beurteilung dieses Äquivalenzprinzips ist schwierig. Auch die Gewährung von Sachleistungen oder die Überlassung von Sachwerten kann eine Verletzung dieser Vorschrift darstellen. Herr Dr. Prokop

empfiehlt die Verträge schriftlich abzuschließen und sie der Kammer zur Prüfung vorzulegen sowie das Beratungsangebot unserer Kammer anzunehmen. Hinsichtlich klinischer Prüfungen der Phase III oder IV ist zu beachten, dass das Entgelt angemessen sein muss und dass alle Leistungen nicht zu Lasten der Krankenversicherung oder privat liquidiert werden dürfen. Wann ist der Wert geringfügig? Nach Bewertung der Bundesärztekammer ist dies bis zu einer Höhe von 50 EUR der Fall. Nicht statthaft ist es, sich die Reisekosten oder die Teilnahmezeit abgelden zu lassen. Es ist unzulässig, ein kostenloses Rahmenprogramm in Anspruch zu nehmen. Ebenso dürfen Kosten, die für Begleitpersonen entstehen, nicht durch die Industrie oder andere getragen werden. Der Arzt darf seine Beschaffungentscheidung nicht von einer Vorteilergewährung abhängig machen. Rabatte dürfen ausgehandelt werden, müssen aber nach Meinung des Ausschusses Berufsrecht weitergegeben werden (zum Beispiel an die Krankenkassen). Nach § 32 darf alles was über 50 EUR liegt, nicht angenommen werden. Also keine Fachbücher, Abonnements medizinische Fachzeitschriften, Softwarepakete etc. Ebenso unzulässig sind finanzielle Unterstützungen zu Betriebsfeiern, Dienstjubiläen, Einladungen zu gesellschaftlichen Events. Bedenklich kann auch die Finanzierung von Arztstellen oder die unentgeltliche Überlassung medizinischer Geräte sein. Dabei sei es ausreichend, dass der Eindruck erweckt wird, dass eine solche Beeinflussung erfolgen könnte.

Eine angemessene Honorierung von Referenten bei Fortbildungen oder Kongressen und die Übernahme von Reisekosten ist sicherlich unbedenklich. Ebenso ist es berufsrechtlich unbedenklich, wenn Sponsoren Krankenhäusern oder Kliniken finanzielle Unterstützung für die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltung gewähren und die Einrichtung selbst über die Verwendung der Mittel entscheidet. Nach § 34 unserer Berufsordnung darf

ein Arzt **nicht**: Ärztemuster gegen Entgelt weitergeben; über Arznei-, Heil-, Hilfsmittel und/oder Körperpflegemittel Werbevorträge halten und Patienten ohne hinreichenden Grund an bestimmte Apotheken, Geschäfte oder Anbieter von gesundheitlichen Leistungen verweisen. Der § 35 unserer Berufsordnung will sicherstellen, dass eine unsachgemäße Einflussnahme auf die ärztliche Entscheidung unterbleibt. Angemessen ist die Unterstützung einer Fortbildungsveranstaltung dann, wenn sie sich ausschließlich auf die unmittelbare Ausrichtung bezieht, wie Übernahme der Raummiete, Honorar- und Reisekostenübernahme. Unterbleiben müssen zum Beispiel die finanzielle Unterstützung des Rahmenprogramms oder die Reisekostenerstattung für die Teilnehmer der Veranstaltung. Berufsrechtliche Maßnahmen sind subsidiär gegenüber strafrechtlichen Maßnahmen.

Nach Abschluss eines Strafverfahrens muss geprüft werden, ob ein berufsrechtlicher Überhang besteht. Wenn das bejaht wird, kann beim Berufsgericht ein entsprechender Antrag gestellt werden.

Haushaltsplan für das Jahr 2002

Bericht: Dr. Claus Vogel,
Vorstandsmitglied und Vorsitzender des Ausschusses Finanzen

Der Haushaltsplan für das Jahr 2002 ist der erste Haushaltsplan, der in Euro erstellt wurde.

Er orientiert sich am Ist 2000 und ist unter Berücksichtigung veränderter Bedingungen, Satzungen und Ordnungen sehr sparsam kalkuliert worden.

Einfluss auf die Ausgabenentwicklung des Gesamthaushaltes hat der Sonderhaushalt externe Qualitätssicherung, der sich aufgrund geänderter gesetzlicher Regelungen um 150,7 % erhöht. Dieser Sonderhaushalt wird durch die Krankenkassen finanziert.

Bei Eliminierung der externen Qualitätssicherung ergibt sich eine Entwicklung der **eigenen** Aufwendungen der Sächsi-

schen Landesärztekammer gegenüber dem Ist 2000 von 6,7 % für zwei Jahre, das heißt durchschnittlich 3,35 % pro Jahr.

Die Steigerung ist bedingt durch:

- die Anpassung der Gehälter der Mitarbeiter gemäß des Tarifvertrages BAT-Ost, Stellenplanerhöhungen gegenüber dem Jahr 2001 sind nicht vorgesehen,
- die Zunahme zu bearbeitender Vorgänge und des Schriftverkehrs in allen Referaten,
- die Novellierung der Honorar- und Teilnahmegebührenordnung für Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen und damit Anhebung der Referenten honorare,
- höhere Umlagezahlungen an die Bundesärztekammer,
- höhere Reise- und Tagungskosten durch die Tätigkeitsaufnahme weiterer ehrenamtlich tätiger Arbeitsgruppen und Kommissionen und
- die Vorbereitung der Kammerwahl im Jahr 2003.

Die Einnahmen sinken bei Herausrechnung der externen Qualitätssicherung gegenüber dem Jahr 2000 um 6,5 % aufgrund des Rückgangs der Einnahmen aus Kammerbeiträgen. Diese ergeben sich durch die Kalkulation von Einnahmeverlusten der Ärzte im Bemessungsjahr 2000 und des Rückgangs von Kammerbeiträgen aus Vorjahren wegen der im Jahr 2000 erfolgten Aufarbeitung von Vorgängen. Der Anteil der Kammerbeiträge an den Gesamteinnahmen sinkt damit von 72 % auf 66 %. Der durchschnittliche Kammerbeitrag je Kammermitglied entwickelt sich von 292,05 EUR im Jahr 2000 auf 264,78 EUR im Jahr 2002 weiter rückläufig. Die Einnahmen aus der Fortbildung steigen aufgrund der Novellierung der Honorar- und Teilnahmegebührenordnung für Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen im gleichen Verhältnis zu den Ausgaben. Aufgrund der Kapitalmarktlage war eine niedrigere Durchschnittsverzinsung als in den Vorjahren und damit ein Rückgang der Kapitalerträge zu kalkulieren.

Insgesamt bietet der Haushaltsplan für das Jahr 2002 keinen Spielraum für ungeplante Aktivitäten. Neue Aufgabengebiete können zukünftig nur bei Erschließung weiterer Rationalisierungsreserven, beispielsweise durch zunehmende EDV-seitige Unterstützung, organisatorische Optimierung oder durch Erhebung aufwandsabhängiger Gebühren übernommen werden.

Nachwahl eines Mitgliedes des Ausschusses „Junge Ärzte“

Die Nachwahl war notwendig, da die Mitglieder des Ausschusses, Frau Christiane Eckhardt und Herr Peter Reichardt, im Freistaat Sachsen nicht mehr tätig sind. Ein Mitglied, welches bei der Wahl im November 1999 nicht gewählt wurde, rückt nach, so dass nur noch ein Mitglied für den Ausschuss neu gewählt werden musste. Frau Dr. Gabriele Schulz wurde als Mitglied des Ausschusses „Junge Ärzte“ von den Mandatsträgern der Kammerversammlung gewählt.

Satzungsänderungen

Berichterstatter: Dr. med. Claus Vogel
Vorstandsmitglied und Vorsitzender des Ausschusses Finanzen

Die vorgeschlagenen Satzungsänderungen basieren in erster Linie auf der Notwendigkeit der Euroumstellung. In zahlreichen Satzungen und Ordnungen der Sächsischen Landesärztekammer sind Währungsgrößen enthalten, die ab 1. Januar 2002 auf den Euro umgestellt werden müssen, um so einen reibungslosen Übergang von Deutscher Mark auf Euro zu gewährleisten. Weiterhin werden einige wenige klarstellende und redaktionelle Änderungen beschlossen.

Das Ziel der Umstellung von DM- auf Euro-Beträge besteht bei der Sächsischen Landesärztekammer in:

1. einer größtmöglichen Annäherung an die tatsächlichen Umrechnungsgrößen nach dem offiziellen Kurs von 1,95583, also die Wahrung einer größtmöglichen Kostenneutralität,

25. Kammerversammlung

10. November 2001

2. der Verwendung von Rundungsbeträgen, die verwaltungstechnisch einen zumutbaren Aufwand gewährleisten bzw. Signalwirkung im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit haben und

3. der Beachtung von Umstellungsgrößen, die sich aus gesetzlichen Regelungen ergeben, beispielsweise aus dem Einkommensteuergesetz.

Wichtige Entscheidungen aus den vorgelegten Beschlussvorlagen sind:

■ Die Rückflussgelder für die Kreisärztekammern betragen 1,00 EUR/Arzt/Monat.

■ Die DM-Beträge der Gebühren laut Gebührenordnung werden halbiert, so dass damit die Gebühren um ca. 2,2 % gesenkt werden.

■ Der Mindestbeitrag gemäß Beitragsordnung beträgt 15,00 EUR und der Höchstbeitrag 1.800,00 EUR. Der Jahresbeitrag für freiwillige Mitglieder beträgt 175,00 EUR.

■ Der Betrag in der Meldeordnung für die Verhängung von Geldbuße wurde von 5.000,00 DM auf 2.500,00 EUR umgestellt.

Beschlüsse der

25. Kammerversammlung

Die Mandatsträger der Sächsischen Landesärztekammer fassten zur 25. Kammerversammlung am 10. November 2001 folgende Beschlüsse.

Beschlussvorlage Nr. 1:

Änderung der Reisekostenordnung (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 2:

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

Beschlussvorlage Nr. 3:

Satzung zur Änderung der Gebührenordnung (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 4:

Satzung zur Änderung der Beitragsordnung (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 5:

Satzung zur Änderung der Satzung der Sächsischen Ärztehilfe (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 6:

Satzung zur Änderung der Meldeordnung (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 7:

Satzung zur Änderung der Satzung über die Entschädigung der Mitglieder des Berufsbildungsausschusses (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 8:

Satzung zur Änderung der Satzung über die Entschädigung der Mitglieder der Prüfungsausschüsse zur Durchführung der Prüfungen im Ausbildungsberuf Arzthelferinnen/Arzthelfer (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 9:

Haushaltplan für das Jahr 2002 (bestätigt)

Die Satzung zur Änderung der Beitragsordnung, die Satzung zur Änderung der Gebührenordnung, die Satzung zur Änderung der Meldeordnung, die Satzung zur Änderung der Satzung der Sächsischen Ärztehilfe, die Satzung zur Änderung der Satzung über die Entschädigung der Mitglieder des Berufsbildungsausschusses, die Satzung zur Änderung der Satzung über die Entschädigung der Mitglieder der Prüfungsausschüsse zur Durchführung der Prüfungen im Ausbildungsberuf der Arzthelferinnen/Arzthelfer und die Ergänzung zu den Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung in Gebieten, Fachkunden, Fakultativen Weiterbildungen, Schwerpunkten und Bereichen der Sächsischen Landesärztekammer werden im vollen Wortlaut im „Ärztelblatt Sachsen“, Heft 12/2001, im Mittelhefter Seite 553 bis 560 amtlich bekannt gemacht.

Bekanntmachungen der Termine:

Der 12. Sächsische Ärztetag (26. Kammerversammlung) findet am Freitag, und Sonnabend, dem **14. und 15. Juni 2002**, statt.

klug