

27. Kammerversammlung

Dresden
9. November 2002

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Professor Dr. Jan Schulze, eröffnete im Plenarsaal des Kammergebäudes die turnusmäßig einberufene 27. Kammerversammlung. Er begrüßte herzlich den Ehrenpräsidenten, Herrn Professor Dr. Heinz Diettrich, die Mandatsträger der sächsischen Ärzteschaft, die Mitglieder des Vorstandes, die Vorsitzenden der Ausschüsse, die Geschäftsführung und die Mitarbeiter der Sächsischen Landesärztekammer, die Referenten und alle Gäste der Kammerversammlung.

Besonders willkommen hieß Herr Professor Dr. Jan Schulze Herrn Ministerialdirigent Dipl.-Med. Albrecht Einbock, Leiter der Abteilung Gesundheitswesen im Sächsischen Staatsministerium für Soziales, die Träger der Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille, den Stellvertreter des Dekans der Medizinische Fakultät der Universität Leipzig, Herrn Professor Dr. Christoph Josten, und den Stellvertreter des Dekans der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden, Herrn Professor Dr. Peter Dieter.

Zum Zeitpunkt der Eröffnung der Kammerversammlung waren 64 der gewählten 99 ärztlichen Mandatsträgern anwesend. Die Kammerversammlung war beschlussfähig.

Ein berufspolitischer Höhepunkt der Kammerversammlung war der Vortrag des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer:

Gesundheitspolitik nach der Bundestagswahl – Im Zentrum der Mensch

Die apokalyptischen Enthüllungen über die Sparmaßnahmen im Gesundheitswesen wer-

den die Bemühungen um eine hochwertige medizinische Versorgung mittelfristig zunichte machen. Die Auswirkungen des geplanten Vorschaltgesetzes von Frau Ulla Schmidt sind heute noch nicht absehbar, doch lassen sich einige Dinge erahnen. Fast alle Versprechen aus dem Wahlkampf sind im vorgestellten Koalitionsprogramm bereits Geschichte. Die SPD erklärte noch im September die Arbeitszeiten des medizinischen Personals begrenzen zu wollen. Davon ist heute keine Rede mehr. Statt dessen einige neue Zungenschläge: Null-Runde bei der Vergütung von Ärzten und Kliniken, Einfrieren von Verwaltungsausgaben bei den Krankenkassen, also Budgetierung und Kostendämpfung um jeden Preis. Auch eine Gewerbesteuer für niedergelassene Ärzte ist weiterhin mittelfristig vorgesehen. Eine „richtige“ Gesundheitsreform ist für 2004 angekündigt. Doch wie diese aussehen soll, ist auch nach der 21seitigen Regierungserklärung von Bundeskanzler Gerhard Schröder ein Geheimnis von Ministerialschubladen. Gerade einmal eine halbe Seite widmete er dem Gesundheitswesen. Erst in der gesundheitspolitischen Debatte des Bundestages, ausgerechnet am Reformationstag, wurde die Bundessozialministerin konkret. In einem Maßnahmenbündel wurden alle Leistungserbringer, die Industrie und auch die Patienten in Kostendämpfungsmaßnahmen einbezogen. Von Strukturreform aber keine Spur. Die SPD beherrscht die hohe Schule der Verschlüsselungspolitik und die Politik der kleinen Wahrheiten perfekt. Gleichzeitig erfolgte in Berlin die Grundsteinlegung für das neue Gebäude der Bundesärztekammer und der Kassensärztlichen Bundesvereinigung. Ein gutes Omen?!

Grundsätze behalten Gültigkeit

Auch nach der Bundestagswahl behalten die von uns Ärzten vertretenen Grundsatzpositionen zu einer baldigen grundlegenden Gesundheitsreform, mit dem Ziel der Stabilisierung der sozialen Sicherungssysteme und der Verbesserung der medizinischen Versorgungsqualität ihre volle Gültigkeit. Denn der Zug in eine gesundheitspolitische Mangelwirtschaft fährt immer schneller. Das Vorschaltgesetz als Notbremse beweist das sehr deutlich. Die überfällige Strukturreform muss bereits im nächsten Jahr in Angriff genommen werden und nicht erst 2004. Dann wäre eine Null-Runde nicht nötig.

Besonders ein Begriff prägt seit längerem die gesundheitspolitische Debatte: Kosten. Und in der Tat, betrachtet man die aktuellen Ausgaben im Gesundheitswesen und die Defizite bei den Krankenkassen, so muss man eine bedrohliche Entwicklung zugeben. Die Gesetzliche Krankenversicherung, die Krankenhäuser und die ambulante Medizin sind an den Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit angekommen. Der Anspruch, die Versicherten flächendeckend nach dem letzten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu versorgen, ist mit der jetzigen Finanzlage und den Kostendämpfungsmaßnahmen nicht zu realisieren. In der Rot-Grünen Koalitionsvereinbarung liest sich das so: „Der Zugang zu medizinisch notwendigen Leistungen bleibt für jedermann wohnortnah“. Es ist eben alles eine Frage der Auslegung. Wie in der Rentenversicherung ergeben sich im Gesundheitssystem ähnliche Probleme. Unsere sich demografisch wandelnde Gesellschaft mit hoher Arbeitslosigkeit braucht ein neues System der Gesundheitsvorsorge. Ich sage bewusst „System“, denn allein Kostendämpfungsmaßnahmen, Mikromanagement und patch-work-Politik lösen die Probleme nicht. Betrachtet man die Statements der Interessengruppen mit gegenseitigen Schuldzuweisungen, so sind immer die anderen die Verursacher der hohen Kosten. Macht man sich einmal von allen Interessen frei und bewertet das Gesundheitssystem von einem übergeordneten Standpunkt aus, so wird eines deutlich: Alle im System der gesundheitlichen Versorgung der Menschen involvierten Gruppierungen müssen mit gravierenden Einschnitten rechnen, wenn eine Reform gelingen soll. Auch die Patienten. Nur der Schweregrad des Einschnitts verläuft, je nach Schwerpunktsetzung, verschieden. Steht die Ökonomie im Mittelpunkt der Betrachtung, dann



Gespannte Zuhörer der Kammerversammlung

werden die Patienten die Leidtragenden einer Gesundheitsreform sein. Und dies ist im Moment der Status quo.

Für uns Ärzte steht im Zentrum der Mensch. Als Patient kommt er in der Hoffnung auf Hilfe in unser Sprechzimmer. 87 Prozent der deutschen Ärzte haben ihren Beruf gewählt, um zu helfen. Doch bei der aktuellen politischen Entwicklung gerät der Patient in den Hintergrund. Sparmaßnahmen werden, wenn überhaupt, nach Kosten-Nutzen-Analysen durchgesetzt. Die spezifische Patientensituation Diagnose und Behandlung spielt eine untergeordnete Rolle. Medizinischer Sachverstand wird an den Rand gedrängt.

Reden wir vom Sparen, liebe Kolleginnen und Kollegen. Da wird uns von der Politik in diffamierender Weise immer wieder unterstellt, die Preistreiber im System zu sein. Doch was genau sind die Vorwürfe:

In den vergangenen sechs Jahren war der Anstieg der Arzneimittelausgaben nach Abschaffung der Arzneimittelbudgets noch nie so hoch wie im Zeitraum 2000 zu 2001. Mit einer Anhebung der Versicherungsbeiträge auf 15 Prozent ist zu rechnen. Der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Hoppe, hatte im Sommer bereits darauf hingewiesen. Damals, im Wahlkampf, wurde er vom Bundesgesundheitsministerium der Panikmacherei bezichtigt. Inzwischen teilt Frau Schmidt diese Ansicht.

Und wer hat Schuld? Der Arzt. Was nicht gesagt wird, ist die Tatsache, dass die Zahl der ausgestellten Rezepte stetig sinkt. Der Arzt verordnet demnach immer weniger Arzneimittel.

Aber zu teuer, lautet das zweite Argument. Als ob wir für die Preissteigerungen der Medikamente zuständig wären.

Warum immer das neueste Medikament, kommt als drittes. Jeder Mensch hat den gleichen Anspruch auf die beste, medizinische Versorgung. Und jeder Patient erwartet das auch zu Recht, wie ich meine. Die Anwendung innovativer Medikamente zur besseren Behandlung der Patienten sollte den Ärzten niemals und in keiner humanistischen Gesellschaftsordnung zum Vorwurf gemacht werden. Die ständig steigende Lebenserwartung kommt nicht von ungefähr. Und die Heilung von neuen Zivilisationskrankheiten ist eben auch auf den Einsatz neuer, wenn auch teurer, Therapien zurückzuführen. Unsere Patienten wären sicher bereit, mehr Geld in die Gesundheitsversorgung zu investieren. Eine Stabilisierung zu Lasten

medizinischer Leistungen lehnen sie laut einer aktuellen Umfrage dagegen ab.

Diskussionswürdig sind in Bezug auf Arzneimittel die Me-too-Präparate und die Anzahl der auf dem deutschen Markt befindlichen Medikamente. Der Angriff auf die Industrie war bisher ein Tabu. Aber brauchen wir tatsächlich 50tausend Fertigarzneimittel oder wären 3500 wie in Schweden oder 7700 wie in Frankreich ausreichend? An dieser Stelle ließen sich 1,1 Mrd. Euro sparen. Insgesamt ließen sich in diesem Bereich 4,2 Mrd. Euro einsparen. Allerdings ist danach mit einem Rückzug der Pharmaindustrie aus den Fachveranstaltungen zu rechnen.

Vorschaltgesetz führt zu Stellenabbau im Gesundheitswesen

Die zunehmende Zweckentfremdung der Versichertengelder kosten den Beitragszahler jährlich Millionen ohne einen gesundheitlichen Nutzen und gehen dem Gesundheitssystem verloren. Auch diese sogenannten „Verschiebehöfen“ haben die gesetzliche Krankenversicherung in die bedrohliche Finanzierungs-krise gebracht. Hinzu kommen die hohen Verwaltungskosten der 600 kranken Kassen selbst. Nun plant die Ministerin eine Senkung auf 50 Kassen. Die Anzahl der Beitragszahler sank, doch die Verwaltung blieb. Hochglanzbroschüren zur DMP-Werbung und zum Beispiel die Vermittlung von Ausbildungsstellen treiben die Ausgaben so mancher Krankenversicherung zusätzlich in die Höhe. Ebenfalls zu Lasten des Beitragszahlers. Das Einfrieren der Kosten mit Hilfe einer Null-Runde durch das neue Bundessozialministerium bringt keine Lösung, es zeigt nur die Hilflosigkeit der Politik. Denn nach meinem finanztechnischem



Verständnis sind die Defizite der Krankenkassen bereits vorhanden, weil das Geld für erbrachte Leistungen ausgegeben werden musste. Wenn jetzt eine Null-Runde durch die Bundespolitik eingeläutet wird, dann heißt das nur, die Schulden werden durch Einsparungen bei zukünftigen Leistungen getilgt. Es ist nach meiner Auffassung wirtschaftlicher Unsinn zu behaupten, dass damit tatsächlich Gelder eingespart werden könnten, ohne die Versicherten zu belasten. Die Auswirkungen einer Null-Runde führen zu einem niedrigeren Niveau der Versorgungsqualität unserer Patienten und zu weitrem Stellenabbau in Kliniken und Praxen.

Gewerbesteuer für Praxen

In Zukunft können Krankenkassen Direktverträge mit Ärzten abschließen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen als Dienstleistungseinrichtungen fungieren und lediglich Rahmenvereinbarungen aushandeln. Folge dieser Praxis wird ein Wettbewerb unter Ärzten um die besten Verträge sein. Und dem mündigen Patienten wird das Recht auf eine freie Arztwahl durch die Hintertür genommen. Die ärztliche Tätigkeit wird zunehmenden Wettbewerbscharakter bekommen. Und eine Gewerbesteuer für niedergelassene Ärzte ist schon in den Koalitionsverhandlungen diskutiert worden. Im Moment spricht zwar niemand mehr davon. Aber wenn sich die staatlichen Kassen weiter leeren, dann werden sich auch in der sächsischen Regierung Befürworter dieser Steuer finden. Wir Ärzte werden gezwungen sein, verstärkt marktwirtschaftlich zu handeln und zu denken – mit allen ethischen Konsequenzen für die Patienten und dem tradierten ärztlichen Selbstverständnis. Und es wird zum Alltag gehören, dass eine Arztpraxis in Konkurs geht.

Das ist nicht mein persönliches Horrorszenario, sondern politische Realität. Diesen Entwicklungen müssen wir uns stärker als bisher entgegenstellen. Wir können zwar die Entscheidungen nicht treffen, aber wir müssen unseren Einfluss auf allen politischen Ebenen geltend machen. Und wenn wir mit Lobbyarbeit kein Umdenken in der Gesundheitspolitik erreichen, die geprägt ist von Staats- und Zuteilungsmedizin, Ökonomie und Unkenntnis der ärztlichen Tätigkeit, dann werden wir gezwungenermaßen andere öffentlichkeitswirksame Wege gehen müssen. Und wir werden Klartext reden mit unseren Patienten. Wir Ärzte haben täglich die besten Voraussetzungen, um

27. Kammerversammlung

Dresden
9. November 2002

auf die gesundheitspolitischen Fehlentwicklungen aufmerksam zu machen. Und spätestens wenn durch politisch rationierte Leistungen wichtige Untersuchungen nicht mehr möglich sind, dann werden die Politiker bemerken, dass sparen allein nicht gesund macht.

Disease Management Programme

Bestes Beispiel für einen ärztlich nicht zu vertretenden Fehler ist die überstürzte zwangsweise Einführung der Disease-Management-Programme. Doch bevor hier etwas missverstanden wird: Der DMP-Gedanke ist gut und führt bei richtiger Konzeption auch zu einer Verbesserung der medizinischen Versorgung. Doch leider fehlt es eben an der richtigen Konzeption. Das beweisen die fachlich unzureichenden, nicht praktikablen RSA-DMP's für Typ 2 Diabetes mellitus und Brustkrebs! Eine in Sachsen über lange Zeit medizinisch auf dem neuesten Stand entwickelte Diabetikerversorgung soll diesem niedrigen Versorgungsstandard nach DMP geopfert werden. Vorsorge- und Verlaufsuntersuchungen zur Vermeidung von Spätfolgen wären danach nicht mehr möglich. Minimalstandard statt Optimalversorgung ist das eigentliche Ziel Rot-Grüner Regierungspolitik. Ein medizinischer Fortschritt kommt so nicht mehr bei den Patienten an.

Besonders bedenklich ist die Festlegung der DMP durch eine Rechtsverordnung. Mit anderen Worten: Ein Ministerium bestimmt via Koordinierungsausschuss die medizinische Behandlung von Patienten. Ich frage mich: Wie soll eine Rechtsverordnung bei unserer deutschen Bürokratie ständig an den neuesten medizinischen Stand angepasst werden? Oder ist das gar nicht gewünscht? Vielleicht sollen die Minimalstandards über mehrere Jahre gelten, eventuell bis zur nächsten Wahl? Als besonders falsches Signal erweist sich die Kopplung der DMP an den Risikostrukturausgleich. Denn dies führt wieder nur zu einer Umverteilung von Versichertengeldern. Auch bei Ihnen, sehr geehrte Kollegen, wird der eine oder andere Kassenvertreter vor der Tür gestanden und um die Einschreibung in die DMP geworben haben. Doch sie können davon ausgehen, dass die Krankenkassen mit dem größten Interesse an den DMP nicht zuerst an ihre Versicherten und deren medizinische Versorgung denken, sondern vielmehr an den warmen Finanzstrom aus dem Risikostrukturausgleich. Neben den Behandlungskosten erhält eine Krankenkasse eine „Kopf-

prämie“ von 205 Euro. Davon werden aber keine ärztlichen Leistungen bezahlt, denn 63 Prozent fließen in die Kassenverwaltung zur Entwicklung der Programme und 75 Euro erhält ein Arzt für die umfangreiche Dokumentation. Einer Kostenexplosion begegnet man mit solchen Maßnahmen jedenfalls nicht und eine Optimierung der Versorgung chronisch Kranker wird mit solchen Mindeststandards, die vorher nicht erprobt wurden, auch nicht erreicht.

Diagnoseorientierte Fallpauschalen

Ähnlich verhält es sich mit einem zweiten Feldversuch: Der Einführung von Diagnoseorientierten Fallpauschalen in Krankenhäuser, den DRG. Ab 2003 freiwillig, ab 2004 verbindlich für alle, wird in Deutschland ein System zur Anwendung gebracht, welches in diesem Umfang noch in keinem Land der Erde verwendet wurde. Auch hier sind Kosteneinsparungen das erklärte politische Ziel. Aber zu welchem Preis. Behandelt und abgerechnet wird die Erstdiagnose, Folgekrankheiten können nur über den sogenannten Drehtüreffekt versorgt und bezahlt werden. Verkürzung der Liegezeiten ohne Rücksicht auf die individuelle Konstitution des Patienten sind vorauszusehen. Dabei ist die Verweildauer in den Krankenhäusern schon jetzt rapide gesunken. 1991 lag ein Patient in Sachsen im Durchschnitt noch 18 Tage im Krankenhaus, 2001 waren es nur noch zehn Tage. Die Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Sektor durch die Einführung der DRG ist noch nicht abzusehen, geschweige deren Bezahlung. Ich vermute, dass die Einsparungen durch die Diagnoseorientierten Fallpauschalen im Krankenhaus dann im ambulanten Bereich als Ausgaben wieder anfallen werden, so dass es zu keiner wirklichen Einsparung kommen wird. Nur die Patienten werden die Folgen am eigenen Leib erfahren, denn Rationalisierung des Gesundheitswesens stellt sich im Moment als Rationierung von Gesundheitsleistungen dar. Zu Lasten kranker Menschen. Und damit sich die Krankenhäuser stärker als bisher freiwillig an den DRG beteiligen, gab die Bundesgesundheitsministerin das Versprechen, diese Krankenhäuser von der Null-Runde zu verschonen. Die Bürokratisierung der ärztlichen Tätigkeit wird nicht nur durch DMP und DRG weiter steigen. Auch die Rechtfertigungs- und Kontrollmechanismen werden weiter ausgebaut. Neben den jetzt schon alltäglichen Rechtfertigungen gegenüber den Krankenkassen ist

noch ein „Deutsches Zentrum für Qualität“ geplant, welches die pflegerischen medizinischen Standards gewährleisten soll. Bald wird es mehr beitrags- und steuerfinanzierte Kontrolleure statt Kontrollierte geben.

Nachwuchs wird verstärkt abwandern

Der Arztberuf wird weiter unattraktiv und der Ärztemangel in Sachsen wird sich verschärfen. Denn gerade die jungen Medizinabsolventen werden es sich reiflich überlegen eine Tätigkeit unter den schlechten Rahmenbedingungen aufzunehmen. Die Bewerberzahlen für das Medizinstudium sind in diesem Jahr zwar so hoch wie seit 17 Jahren nicht gewesen. Und dazu beigetragen haben sicher die deutschlandweiten Diskussionen über den Ärztemangel und freie Arztpraxen sowie derzeit 373 freie Klinikstellen in Sachsen, weil sie den jungen Menschen eine berufliche Perspektive eröffnet haben. Doch ob alle Studienanfänger auch Arzt werden, scheint zweifelhaft, wenn diese erst einmal den Klinikalltag mit allen seinen Facetten kennen gelernt haben. – Auf unsere Anregung hin hat die Sozialministerin zu einer konzentrierten Aktion eingeladen, um auf der Grundlage sauberer Analysen zu gemeinsamen Schritten zur Überwindung des Ärztemangels in Sachsen zu kommen. Eine Entspannung der medizinischen Versorgungslage vor allem auf dem Land ist für absehbare Zeit nicht zu erwarten. Doch bereits heute können Arztpraxen nicht besetzt werden und Patienten müssen lange Wege und Wartezeiten in Kauf nehmen, wenn ihnen etwas fehlt. Schilder mit der Aufschrift „Wir nehmen keine neuen Patienten mehr auf!“ sind in Sachsen ebenfalls keine Seltenheit mehr. Mit besonderer Blindheit geschlagen müssen diejenigen sein, die immer noch behaupten, ein Ärztemangel gibt es nicht und wird es in absehbarer Zeit auch nicht geben. Das Einfrieren der Gehälter von Ärzten ist deshalb das absolut falsche Signal. Ostdeutschland hat schon die geringste Vergütung und die niedrigsten Punktwerte bei mehr Arbeitsstunden. Unsere Forderung lautete immer das ungleiche Vergütungsniveau zwischen Ost- und Westdeutschland zu beseitigen. An dieser Forderung halten wir fest. Denn die Entscheidung von Rot-Grün wird den Exodus von jungen Ärzten aus Sachsen verstärken und unsere düsteren Prognosen vom Ärztenotstand sehr viel früher eintreten lassen als erwartet. All unsere Bemühungen den bisherigen Abwärtstrend zu stoppen, laufen mit den aktuellen

Sparvorschlägen ins Leere. Schon jetzt sind nach einer aktuellen Umfrage der „Ärzte Zeitung“ 70 Prozent der Kollegen in ihrem Beruf unzufrieden. 37 Prozent würden sogar den Arztberuf nicht mehr wählen. Vor allem stören sich 94 Prozent an der Bürokratie, 82 Prozent am Honorar und 68 Prozent an der Einschränkung ihrer Therapiefreiheit. Und 50 Prozent der Ärzte in Deutschland würden ihren Beruf nicht an junge Abiturienten weiterempfehlen.

Wir müssen kämpfen lernen

Was können wir dagegen tun? Ich weiß, das viele Kollegen ob der politischen Vorgaben, schlechten Arbeitsbedingungen und niedrigen Vergütung in Ostdeutschland und Sachsen bereits resignieren. Immer öfter berichten Patienten von ihren verzweifelten Ärzten. Wir dürfen uns nicht zu Erfüllungsgehilfen Dritter, wie Krankenkassen oder Politik, machen lassen. Resignation ist verständlich, führt aber leider nur dazu, dass wir Ärzte bei Verhandlungen in eine Zuschauerposition gedrängt werden. Wir müssen uns über unsere politischen Möglichkeiten bewusst werden. Unsere gestalterische Kraft können wir auf Kommunal- und Landesebene sowie in bundespolitischen Gremien zur Geltung bringen. Und viele Gespräche hinter geschlossenen Türen zwischen der Sächsischen Landesärztekammer und der Politik haben auch schon dazu geführt, dass Entscheidungen revidiert und Positionen verändert wurden. Lobbyarbeit und gemeinsames Agieren der Körperschaften und Berufsverbände muss ein zentraler Bestandteil unseres Einsatzes sein. Wir dürfen uns nicht auseinanderdividieren lassen. Wollen wir auf dem politischen Parkett mehr als bisher erreichen, dann müssen persönliche Befindlichkeiten hinter allgemeine Standesinteressen zurück treten. Nur so werden wir die Zukunft der ärztlichen Tätigkeit mitgestalten können. Was wir benötigen, ist eine innere Stärkung der Selbstverwaltung. Diese Maxime gilt heute und morgen stärker als zurückliegend. Verinnerlichen wir bitte diese Einsicht auch und gerade im Hinblick auf die bevorstehende Neuwahl der Kammergremien 2003.

Sächsisches Bündnis Gesundheit 2000

Eine große Bedeutung kommt an dieser Stelle dem Sächsischen Bündnis für Gesundheit zu. Trotz der Vielzahl an Interessengruppen und Meinungen ist es immer gelungen, sich gemeinsam an einen Tisch zu setzen und zielorientiert zu arbeiten. Das muss fortgeführt

werden! Gerade jetzt ist ein solches Bündnis besonders wichtig. Neben einer Resolution für eine patientenorientierte statt ökonomisierte Politik ist für 2003 ein Aktionstag zur Entbürokratisierung der Heilberufe geplant. Aus aktuellem Anlass wird sich das Bündnis an der Berliner Demonstration am 12. November 2002 „Contra Vorschaltgesetz“ beteiligen. An diesem Tag finden die Anhörungen im Gesundheitsausschuss des Bundestages statt.

Kammerwahl 2003

Ich habe viele Abende und Wochenenden in Sitzungen und Gesprächen verbracht. Und ich muss sagen, es lohnt, sich für die Belange einzusetzen. Das zum Beispiel der Ärztemangel überhaupt zum diskutierten Thema geworden ist, beruht auf der Initiative unserer Landesärztekammer. Auch die Abschaffung der AiP-Zeit kam durch den 105. Deutschen Ärztetag zustande. Es gäbe noch weitere gute Beispiele für die Bedeutung der ärztlichen Selbstverwaltung. Möglich waren die großen und kleinen Erfolge nur durch das ehrenamtliche Engagement vieler Kollegen aus Klinik und Praxis. Worauf will ich hinaus. Im kommenden Jahr werden wir wieder Kammerwahlen durchführen. Damit gewählt werden kann, bedarf es vieler Kandidaten. Und ich möchte deshalb von dieser Stelle aus alle dazu ermuntern, sich als Kandidaten zur Verfügung zu stellen. Und neben den erfahrenen Kollegen ist es mir wichtig, auch junge Ärzte für die ehrenamtliche Tätigkeit zu gewinnen. Die ärztliche Selbstverwaltung müssen wir selbst mit Leben erfüllen, denn die Alternative wäre eine Fremdverwaltung. Kollegialität und konstruktiver Altruismus muss tatsächlich wieder einen Wert haben.

Hochwasser in Sachsen

Die überwältigende Spendenbereitschaft von Ärztinnen und Ärzten, Kammern, Berufsverbänden und Unternehmen in ganz Deutschland und selbst aus dem Ausland ermöglichen eine finanzielle Unterstützung für die besonders schwer betroffenen Ärzte. Viele Spender gaben aus den unterschiedlichsten Gründen ihre Unterstützung bewusst nach Sachsen, und bewusst an Kollegen. Zwei Benefizveranstaltungen in der Landesärztekammer erbrachten zusätzlich noch einmal 3.000 Euro an Spenden. Und eine ganz ungewöhnliche Spendensammlung erfolgte auf einem 80. Geburtstag: Statt Geschenken sammelte die Jubilarin Geld, welches sie zur Hälfte nach Sachsen gespen-

det hat. Bis heute sind rund 1,97 Mill. Euro auf dem Spendenkonto der Sächsischen Landesärztekammer unter dem Kennwort „Ärzte in Not“ eingegangen.

Ich möchte mich stellvertretend für alle sächsischen Kollegen an dieser Stelle für die breite Unterstützung bedanken. Das die Soforthilfe tatsächlich für einige Ärzte der Anstoß zum weitermachen war, beweisen zahlreiche Briefe an die Landesärztekammer. Eine Ärztin aus Döbeln schrieb: „Ihre schnelle Hilfe hat mir Mut gemacht, den schweren Schäden zu trotzen und weiter zu machen.“ Aus Heidenau erreichten uns die Zeilen: Mit großer Bewegung haben ich und meine Familie die Soforthilfe erhalten, die dafür eingesetzt wurde, die Elektroanlage im Praxisgebäude umgehend wieder in Stand zu setzen“.

Ethik in der Medizin

Das es eine moralische Verpflichtung zum Helfen gibt, wird nach der Hochwasserkatastrophe niemand mehr bestreiten. Der Arzt ist durch seinen Beruf zur Hilfe verpflichtet. Die ärztliche Tätigkeit wird aber nicht nur moralisch, sondern auch ethisch bewertet. Ethische Vorstellungen verändern sich durch die gesellschaftliche Entwicklung. Grenzen werden überschritten, neue Maßstäbe gesetzt. Der Arzt steht fast täglich vor ethischen Entscheidungen, die er meist allein treffen muss. Konkrete Hilfestellungen gibt es kaum. Das ethisch-medizinische Handeln wird gleichzeitig durch die reduzierte Betrachtungsweise auf ein ökonomisches Verhältnisprinzip von Kosten und Nutzen stark beeinflusst. Meine Ausführungen zu Beginn und die aktuelle Politik belegen das. Wie kann sich aber ein Arzt in der heutigen Zeit ethisch-moralisch für den Patienten entscheiden wenn er gleichzeitig die Krankenhausverwaltung, die Krankenkassen und die Politik im Rücken hat. Hinzu kommen die strengen Hierarchien mit zwingenden Entscheidungsstrukturen. Denken wir nur an eine Intensivstation. Medizinisches Handeln wird heute auch sehr viel stärker von Technik geprägt als jemals zuvor. Die Technisierung bringt zusätzliche ethische Probleme auf die Tagesordnung. Wann beginnt das Sterben? Wann sind lebensverlängerte Maßnahmen abzubrechen? Zu welchem Zeitpunkt ist man rechtlich noch auf der sicheren Seite? Viele Fragen, wenig Antworten prägen die öffentliche Diskussion. Für den Arzt vor Ort gibt es kaum konkrete Hilfestellungen. Auch wir haben uns hier schon zwei mal mit ähnlichen

27. Kammerversammlung

Dresden
9. November 2002

Fragen beschäftigt. Doch allgemeingültige, für jeden Einzelfall gültige Antworten kann es natürlich nicht geben. Die Sächsische Landesärztekammer will nun mit einem bereits etablierten Gesprächskreis „Ethik in der Medizin“ den Versuch unternehmen, konkrete Antworten auf konkrete Fragen zu finden. Durch die fachübergreifende Besetzung mit Medizinerinnen, Juristen, Philosophen und Vertretern beider Konfessionen wird es uns hoffentlich gelingen einen kleinen Beitrag dazu zu leisten, Licht in die Fragen des Alltags zu bringen, aber auch auftretende Probleme in Medizin und Gesellschaft interdisziplinär zu bearbeiten.

Sachsen und Europa

In einem zusammenwachsenden Europa und durch die beschlossene Erweiterung der Europäischen Union ab 2004 wird auch die Sächsische Landesärztekammer verstärkt mit Fragen der nachbarschaftlichen Beziehungen zu Polen und Tschechien konfrontiert. Enge Verbindungen bestehen, wie sie wissen, schon seit über zehn Jahren zur polnisch niederschlesischen Ärztekammer in Breslau. Großes Interesse besteht von polnischer Seite natürlich an einem Austausch über die Ausbildung, die Fort- und Weiterbildung bis hin zu Möglichkeiten der Arbeitsaufnahme polnischer Ärzte in Deutschland. Auf Grund des Ärztemangels in Sachsen und um Kollegen aus Osteuropa den Weg für eine Tätigkeit in Deutschland zu ebnet, werden wir entsprechende Informationen der Körperschaften übersetzen lassen und übermitteln. Auf Einladung der polnisch-niederschlesischen Ärztekammer wurden intensive Gespräche zu diesem Themenkreis auf einer gemeinsamen Vorstandssitzung in Legnica geführt. Den Bericht dazu finden Sie im vorliegenden Heft.

Der Weg in die Öffentlichkeit

Oberstes Ziel, meine Damen und Herren, müssen politische Lösungen bleiben. Diese werden zu einem Großteil aber leider nicht durch vorausschauende Gespräche und langfristige Planungen herbeigeführt, sondern immer erst durch öffentlichen Druck und im Notfall. Deshalb hat die Sächsische Landesärztekammer ihre Presse- und Öffentlichkeitsarbeit verstärkt. Eine zielgerichtete, fachlich untersetzte Pressearbeit ist ein wirksames Instrument, um die eigene Position nach außen zu tragen und auf die politischen Entscheidungsträger Einfluss zu nehmen. Wir müssen

die Informations- und Mediengesellschaft für unsere beruflichen Anliegen und im Interesse unserer Patienten nutzen, ob es uns gefällt oder nicht.

Wir dürfen uns dennoch dem Wertewandel in Medizin und Gesellschaft nicht widerstandslos und unreflektiert unterwerfen. Wer wie wir für die Gesundheit von Menschen verantwortlich ist, der muss autonom entscheiden können – und wenn nötig, für dieses Recht auch kämpfen.

Erhalten wir eine Medizin nach menschlichem Maß, – wenn es manchmal auch schwer fällt.

Schwerpunktt Themen der sich anschließenden, sehr lebhaften und ausführlichen Aussprache zu den aktuellen gesundheitspolitischen und berufspolitischen Problemen waren:

Geschlossenheit und Schulterschluss

Innere und äußere Geschlossenheit der gesamten deutschen Ärzteschaft ist unbedingt notwendig und gerade jetzt von großer Bedeutung. Wir Ärzte müssen in ganz Deutschland unsere Einheit gemeinsam demonstrieren. Wir Ärzte dürfen uns nicht durch die Politik auseinander dividieren lassen. Wir müssen die Verteidigung des ärztlichen Berufsstandes über Partikularinteressen stellen.

Aufruf zur Großdemonstration

Ein befonter Aufruf der Kammerversammlung zur aktiven Teilnahme der angestellten und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte zur Kundgebung des „Bündnis Gesundheit 2000“ und der Deutschen Krankenhausgesellschaft zum Vorschaltgesetz am 12. November 2002 erfolgte. Die Sparpläne der Bundesregierung im Gesundheitswesen bedrohen die Qualität der Versorgung und verschlechtern die schwierigen Arbeitsbedingungen der Mitarbeiter im ambulanten und stationären Sektor. Eine professionelle und vor allem humane Betreuung unserer Patienten muss weiterhin gewährleistet sein.

Aktionstag der ostdeutschen Ärzte

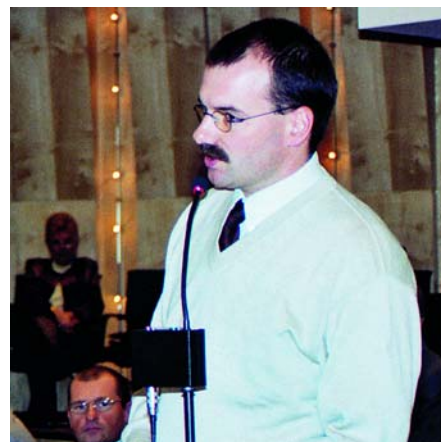
Die Durchführung einer Großveranstaltung der ostdeutschen Ärzteschaft am 13. 12. 2002, 12.00 bis 14.00 Uhr, im Dresdner Kulturpalast gegen die Gesundheitspolitik der alten und neuen Regierung ist noch in diesem Jahr unabdingbar. Die gesamte Ärzteschaft der neuen Bundesländer wird gegen den Sparkurs der Bundesregierung kämpfen. Wir Ärzte



Ein Grußwort hielt spontan
Herr Dipl.-Med. Albrecht Einbock (SMS)

müssen uns gemeinsam gegen die Politik wehren und uns von der Vorstellung lösen, mit ruhigem Verhalten etwas ändern zu können. Wir müssen für unsere Interessen und die der Patienten in der Öffentlichkeit demonstrieren. Die rot-grüne Regierung setzt mit ihren Sparplänen bewusst auf Konfrontation. Durchökonomisierung des Gesundheitssystems und Listenmedizin wird das Arzt-Patienten-Verhältnis nachhaltig zerstören. Der so genannte Kostenstopp zieht unweigerlich einen medizinischen Leistungsstopp nach.

Die geplanten Sparmaßnahmen im Gesundheitswesen werden zuerst in den neuen Ländern zu einem Praxissterben und Stellenabbau in den Kliniken führen. Das Spardiktat der Regierung ist in Wirklichkeit eine Minusrunde und wird zu einer weiteren Destabilisierung



Statements und Fragen aus dem Saal: Dr. Erik
Bodendieck am Mikrophon

des Gesundheitswesens führen. Qualitätseinbrüche, Unterversorgung und Zuteilungsmedizin sind der Preis, den die Patientinnen zu zahlen haben, wenn die Sparpläne Realität werden.

Protest gegen Diffamierung der Ärzteschaft

Es ist ein Hohn für alle Ärzte in Ostdeutschland, wenn unsere berechtigten Einwände gegen die Gesundheitspolitik der rot-grünen Regierung als Lobbygeschrei abgetan wird und der Bundeskanzler und seine Bundesgesundheitsministerin einen ganzen Berufsstand weiterhin diffamieren. Wir Ärzte brauchen Ehrlichkeit und Eindeutigkeit in der öffentlichen Diskussion.

Ärztmangel programmiert

Die geplante Nullrunde im Jahr 2003 für Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser hat fatale Folgen für das gesamte Gesundheitswesen in den neuen Bundesländern. Dadurch wird der Ärztemangel in Sachsen wesentlich früher als erwartet, sich verschlimmern. Noch weniger Absolventen der Medizin werden in Zukunft unter den politisch gewollten Rahmenbedingungen arbeiten. Es geht um menschenwürdige Arbeitsverhältnisse im Gesundheitswesen.

Forderung nach großer Gesundheitsreform

Von der Kammerversammlung wird angeregt, für den 106. Deutschen Ärztetag ein Positionspapier für eine große Gesundheitsreform zu erarbeiten und die ärztlichen Positionen, was wir unter einer Gesundheitsreform verstehen, der Politik zu übergeben. Der zunehmende staatliche Dirigismus im Gesundheitswesen muss beseitigt werden.

Facharztweiterbildung in Europa und in den USA

Herr Dr. Otmar Kloiber,
Bundesärztekammer, Köln,

Die Organisation ärztlicher Weiterbildung ist in Europa und selbst in der Europäischen Union äußerst heterogen. Neben Ärztekammern sind in anderen Ländern auch Universitäten und staatliche Stellen mit der Durchführung, Beaufsichtigung und Prüfung von Weiterbildung beauftragt. In der Regel werden Weiterbildungsgänge am Ende durch eine Prüfung, die sowohl mündlich als auch schriftlich und praktisch sein kann, abgeschlossen. Einzelne Länder, wie zum Beispiel Norwegen oder Dänemark, verzichten auf eine abschlie-

ßende Prüfung und führen stattdessen eine begleitende Evaluation durch. In den angelsächsischen Ländern Großbritannien, Irland, Kanada und den USA werden fachärztliche Bezeichnungen als Vereinsexamen durch die Fachgesellschaften vergeben. Die Facharzt-titel sind dort gesetzlich nicht geschützt.

In der Europäischen Union werden die Approbations- oder Facharztzeugnisse der EU-Staatsbürger aufgrund einer europäischen Richtlinie gegenseitig anerkannt. Qualifikationen, die in jeweils dem Herkunfts- und Aufnahme-land des migrierenden Arztes gleichermaßen vorhanden sind, werden automatisch anerkannt. Dabei ist es wichtig, dass sowohl der migrierende Arzt als auch die Qualifikationen aus dem Bereich der Europäischen Union oder des europäischen Wirtschaftsraums stammen. Alle anderen Qualifikationen müssen im Einzelfall geprüft werden. Eine echte Rezertifi-

kation fachärztlicher Qualifikationen bzw. des Berufsstatus als Arzt gibt es zur Zeit nur in Slowenien, Kroatien und Rumänien. Durch Anreize (bessere Bezahlung) fördern Belgien und Norwegen (dort nur für die Allgemeinärzte) die Teilnahme an Qualitätssicherung und Fortbildung. In den USA führen auf dem Niveau der Berufszulassung 39 der 50 Staaten Rezertifizierungen durch. Daneben rezertifizieren etliche Fachgesellschaften ihre Vereinstitel, und Gesundheitseinrichtungen akkreditieren Ärzte und anderes medizinische Personal aufgrund von Fortbildungsleistungen. In Großbritannien beginnt zur Zeit das sogenannte Verfahren der „Revalidierung“, bei dem abhängig arbeitenden Ärzten jährliche Arbeitszeugnisse als Grundlage einer Prüfung ihrer Approbation nach 5 Jahren dienen sollen. Beweise dafür, dass Rezertifizierung die Patientenbehandlung verbessern soll, gibt es nicht.

27. Kammerversammlung

Dresden
9. November 2002

Der interessante Vortrag wird im „Ärzteblatt Sachsen“ im ersten Quartal 2003 abgedruckt.

Stand der Novellierung der (Muster-) Weiterbildungsordnung

Professor Dr. Gunter Gruber

Vorsitzender des Ausschusses Weiterbildung
Die Novellierung der Muster-Weiterbildungsordnung (MWBO) von 1992 ist wegen der Entwicklung der Medizin in den vergangenen 10 Jahren in Wissenschaft und Praxis und durch die Forderungen des SGB V (Hausarzt) dringend notwendig geworden.

Diese Novellierung soll realisiert werden unter den Aspekten der Deregulierung (bisherige MWBO hat über 150 Arztbezeichnungen, Regelungsumfang optimieren), der Praktikabilität (Machbarkeit hauptberuflich, berufsbegleitend), der Transparenz für Arzt und Patienten (Ankündigung aller Arztbezeichnungen), der Qualitätssicherung (Prüfungen in allen Weiterbildungsbezeichnungen!), der Flexibilität (mit Möglichkeiten der Nachqualifizierung) und Ehrlichkeit (zunehmende Bedeutung der detaillierten Zeugnisse).

Nachdem der Abschnitt A (sog. Paragraphenteil) vom Deutschen Ärztetag akzeptiert wurde und die mit wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Berufsverbänden diskutierten und abgestimmten Vorschläge der Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer zum Abschnitt B (Gebiete und Schwerpunkte) sowie Abschnitt C (Zusatzweiterbildungen) in den Landesärztekammern zur Diskussion vorliegen, wird bis Ende November 2002 von jeder Landesärztekammer eine Stellungnahme erwartet. Auf der Sitzung der Ständigen Konferenz Ärztliche Weiterbildung am 14. und 15. Dezember 2002 in Köln werden die Stellungnahmen der Landesärztekammern ausführlich diskutiert, in die Novelle eingearbeitet und dem Vorstand der Bundesärztekammer für die Sitzung im Januar 2003 zur Beratung vorgelegt werden.

Die novellierte MWBO soll auf dem 106. Deutschen Ärztetag im Mai 2003 in Köln vorgelegt, diskutiert und beschlossen werden.

Im neuen Weiterbildungsrecht sollen in 26 Gebieten 40 Facharztkompetenzen mit 17 Schwerpunktbezeichnungen (letztere generell mit einer Mindestweiterbildungszeit von 3 Jahren [EU-Kompatibilität]) sowie 32 Zusatzweiterbildungen (Arbeitstitel!) erworben werden können. Wegen der Heterogenität in den vorgeschlagenen „Bereichen“ und „Befähigungsnachweisen“ und im Sinne der Deregulierung

sollen nach aktuellem Beratungsstand diese beiden Arztbezeichnungen als „Zusatzweiterbildung“ zusammengefasst werden.

Außerdem wird vorgeschlagen, 16 Inhalte in der curriculären Fortbildung zu etablieren. Neben vielen anderen Neuerungen sei bemerkt, dass es künftig neben der WBO keine Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung mehr geben wird, denn sie werden in die MWBO integriert. In einigen Gebieten ist eine gemeinsame Basisweiterbildung für mehrere Facharztkompetenzen vorgesehen (so zum Beispiel für die 8 chirurgischen Fachärzte, für die Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin (als der Hausarzt der Zukunft, nach Beschluss des Deutschen Ärztetages 2002) und die Fachärzte für Innere Medizin mit obligater Schwerpunktbezeichnung, für die Gebiete Hals-Nasen-Ohrenheilkunde sowie Pharmakologie und andere.

Die bisherigen Weiterbildungsbezeichnungen „Fakultative Weiterbildung“ und „Fachkunde in den Gebieten“ werden entfallen.

Stand der Novellierung des Sächsischen Heilberufekammergesetzes

Prof. Dr. Wolfgang Saueremann,

Vorsitzender des Ausschusses Satzungen

Das Psychotherapeutengesetz hat eine Novellierung des Sächsischen Heilberufekammergesetzes im Land Sachsen zur Folge.

Diese Situation war für die Kammer Anlass, nach 8-jähriger Erfahrung mit den Gesetzesänderungsvorschläge der Ärzte für das Novellierungsverfahren in die Diskussion zu bringen. Diese Änderungsvorschläge umfassen Wünsche der Selbstverwaltung unter anderem auf:

- Ermächtigungsnorm für den Erlass von Verwaltungsakten.
- Rücknahme oder Widerruf von Approbationen
- Aufgabenerweiterung:
 - Elektronische und papierene Ausweise ausstellen,
 - digitale Signaturen: Recht auf Verknüpfung mit dem Attribut des Arztes,
 - Lebensspendekommission (Transplantationsgesetz),
 - Tätigkeit der Ethikkommission anpassen
 - Rechtsprechung zum Stasi-Unterlagengesetz anpassen,
 - die Aufgabe Qualität der Berufsausübung der Mitglieder zu sichern,
 - durch gesetzliche Regelungen untersetzen,

- Zulassung zur Weiterbildungsstelle durch Sächsische Landesärztekammer,
- geldbußebewährten Rüge mit einer Geldbuße bis zu 5000,00 Euro.

Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer

Professor Dr. Wolfgang Saueremann,

Vorsitzender des Ausschusses Satzungen

Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer

Professor Dr. Gunter Gruber,

Vorsitzender des Ausschusses Weiterbildung
Die Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer und die Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer werden im vollen Wortlaut im Mittelheft unter „Amtliche Bekanntmachungen in diesem Heft, Seiten 581 bis 584, amtlich bekannt gemacht.

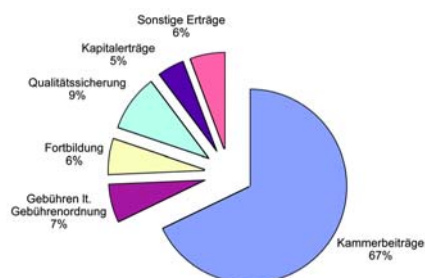
Der Vorsitzende des **Finanzausschusses** der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Dr. Claus Vogel, stellte den Mandatsträgern den **Haushaltsplan 2003** detailliert und schlüssig vor.

Der der Kammerversammlung vorgelegte Haushaltsplan des Jahres 2003 ist ausgeglichen und orientiert sich eng an den Istzahlen des Jahres 2001, wobei zusätzliche Aufwendungen aufgrund neuer Aufgaben und Projekte und auch deren Reduzierung berücksichtigt worden sind.

Insgesamt steigen die Aufwendungen gegenüber dem Jahr 2001, also für zwei Haushaltsjahre um 7,2 % und gegenüber dem Haushaltsplan 2002 um 2,0 %. Das bedeutet eine jährliche Steigerung unterhalb der Inflationsrate. Die Entwicklung bei den Personalaufwendungen resultiert aus der Anwendung der tariflichen Bestimmungen, aus einer Stellenplanerhöhung für einen Kommunikationstechniker und einer Erhöhung des Arbeitgeberanteils zur Sozialversicherung. Dem gegenüber steht eine Verringerung der Personalkosten aufgrund der Besetzung von Stellen von ausgeschiedenen älteren durch jüngere Mitarbeiter.

Der Sachaufwand steigt aufgrund zusätzlicher Positionen wie zum Beispiel die Durchführung der Wahlen für die Kammerversammlung. Kostenerhöhend wirkt auch die Steigerung

der Beiträge an die Bundesärztekammer. Mit dem Auslaufen der Gewährleistungsfrist für das Kammergebäude und der Erhöhung von Medienkosten sind steigende gebäudeabhängige Betriebskosten zu planen. Die Abschreibungen verringern sich gegenüber dem Jahr 2001 aufgrund des Ablaufs der Nutzungsdauer zahlreicher Anlagegüter der Büro- und Geschäftsausstattung im Kammergebäude, die nicht in gleichem Maße erneuert werden. Die Position Rücklagen/Zinsaufwand reduziert sich aufgrund des sinkenden Zinsanteils des Annuitätendarlehens für die Finanzierung des Kammergebäudes. Die Einnahmen sinken gegenüber dem Ist 2001 um 4,8 %, gegenüber dem Haushaltsplan 2002 steigen sie um 2,0 %. Im Haushaltsplan des Jahres 2003 sind Strukturveränderungen festzustellen. Der Anteil der Kammerbeiträge an den Gesamteinnahmen sinkt auf nunmehr 67 %. 7 % der Einnahmen resultieren aus Gebührenerhebungen und 6 % aus Gebühren für die Fortbildung. Der Anteil der Qualitätssicherung mit 9 % als „durchlaufender Posten“ ist relativ hoch.



Bei der Planung der Einnahmen aus Kammerbeiträgen wurde von einer vorsichtigen Kalkulation auf der Basis der neuen Beitragsordnung ausgegangen. Der Anteil der Kammermitglieder mit Beitragsbefreiung bzw. Mindestbeitrag aufgrund der demographischen Entwicklung wird weiter steigen. Damit wird von einer rückläufigen Entwicklung des durchschnittlichen Kammerbeitrages je Kammermitglied von 296,80 EUR im Jahr 2001 auf 269,88 EUR im Jahr 2003 ausgegangen. Der Vorstand und der Finanzausschuss haben den Haushaltsplan 2003 ausführlich diskutiert und abgestimmt. Die Kammerversamm-

lung hat den Haushaltsplan 2003 mit großer Mehrheit bei einer Enthaltung beschlossen.

Beschlüsse der 27. Kammerversammlung

Die Mandatsträger der Sächsischen Landesärztekammer fassten zur 27. Kammerversammlung am 9. November 2002 folgende Beschlüsse:

Beschlussvorlage Nr. 1:

Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 2:

Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 3:

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

Beschlussvorlage Nr. 4:

Haushaltsplan 2003 (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 5:

Bekanntgabe der Termine für den 13. Sächsischen Ärztetag/28. Kammerversammlung und die 29. Kammerversammlung (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 6:

Satzung zur Änderung der Berufsordnung – Ergänzung zu § 27 (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 7:

Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung (bestätigt)

Bekanntmachung der Termine:

Der **13. Sächsische Ärztetag/28. Kammerversammlung** findet am Freitag und Sonnabend, dem **27. und 28. Juni 2003** und die 29. Kammerversammlung am Sonnabend, dem **15. November 2003**, im Kammergebäude der Sächsischen Landesärztekammer statt.



Das Präsidium der Kammerversammlung.