

14. Sächsischer Ärztetag

30. Kammerversammlung

Dresden
25./26. Juni 2004



Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Prof. Dr. Jan Schulze, begrüßte zu Beginn des 14. Sächsischen Ärztetages die Mandatsträger der sächsischen Ärzteschaft und alle Gäste. Besonders willkommen hieß er die Herren vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales, Herrn Ministerialdirigent Dipl.-Med. Albrecht Einbock, Leiter der Abteilung Gesundheitswesen, Herrn Jürgen Hommel, Leiter des Referates Recht des Gesundheitswesens; Herrn Prof. Dr. Christoph Josten von der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig und Herrn Dr. Andrzej Wojnar, Präsident der polnischen Niederschlesischen Ärztekammer Wrocław.

Zum Zeitpunkt der Eröffnung der Kammerversammlung waren 73 der gewählten 101 ärztlichen Mandatsträger anwesend. Die Kammerversammlung war beschlussfähig.

Höhepunkt der Arbeitstagung am 25. Juni 2004 war der Bericht des Präsidenten über aktuelle Probleme der Gesundheits- und Berufspolitik

sowie die Würdigung des Tätigkeitsberichtes 2003 der Sächsischen Landesärztekammer.

Ärztliche Tätigkeit zwischen Freiberuflichkeit und Staatsmedizin

In seiner Rede ging Herr Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze insbesondere auf die Folgen der Gesundheitsreform ein. Das Gesetz versprach eine Qualitätsoffensive im Gesundheitswesen. Wurde das Ziel erfüllt? Modernisiert das Gesetz die Gesetzliche Krankenversicherung? Trägt es zu einer Qualitätsverbesserung bei? Der Eindruck ist nach Auffassung von Professor Jan Schulze ein anderer: Die ärztliche Tätigkeit wird durch eine enorme Bürokratie weiter erschwert und die Krankenkassen können sich über einen Machtzuwachs und höhere Einnahmen aus der Praxisgebühr freuen, die die Ärzte für sie kassieren müssen. Statt in dieser Situation die Leistungserbringer im Gesundheitswesen zu motivieren, veröffentlichte das Bundesgesundheitsministerium ein haarsträubendes „Schwarzbuch“. Ärzte sowie andere Heil- und Pflegeberufe stieß man gerade in Sachsen damit vor den Kopf, obwohl sie es sind, die unbezahlte Überstunden in der Patientenversorgung leisten.

Gesundheitsreform

Die Gesundheitspolitik ist geprägt von einzelnen Theoretikern. Sie argumentieren im Sinne von Profit und Effizienz. Doch wer Wettbewerb fordert, darf keine Nächstenliebe erwarten. Die Begriffe „Zuwendung“, „Vertrauen“ und „Menschlichkeit“ werden ersetzt durch „Bilanz“, „Kapital“ und „Wettbewerb“. Es besteht die ernsthafte Gefahr der Kommerzialisierung des Gesundheitswesens. Die aktuelle Gesundheitspolitik führt unter dem Deckmantel der Einnahmenverbesserung der Krankenkassen zu einer schleichenden Rationierung

von Gesundheitsleistungen für Patienten. Die Gesundheitsreform hat einen Paradigmenwechsel herbeigeführt, dessen Auswirkungen erst in zwei, fünf oder zehn Jahren konkret benannt werden können. Der Freude über sinkende Arzneimittelausgaben der Krankenkassen oder rückläufige Zahlen bei Arztbesuchen steht ein prospektiver Anstieg chronischer Erkrankungen gegenüber. Patienten gehen nicht mehr zuerst zum Arzt, sondern zum Apotheker und kurieren sich selbst.

Freiberuflichkeit der Ärzte

Vor allem die Freiberuflichkeit in Verbindung mit einer wirtschaftlichen Arbeitsfähigkeit steht auf dem Spiel. Die Freiberuflichkeit wird immer stärker eingeschränkt durch Vorgaben der Verwaltung und Kontrollmaßnahmen der Krankenkassen über den Medizinischen Dienst. Viele von den niedergelassenen Ärzten fühlen sich gegängelt. Auch die stationär tätigen Ärzte kämpfen mit Begründungen, warum ein Patient noch zwei Tage länger im Krankenhaus verweilt oder warum man ihm noch eine weitere Leistung verordnen musste. Die Therapiefreiheit ist durch die Zuzahlungsregelungen ebenfalls betroffen. Eine Folge neuer Versorgungsformen wird mit Sicherheit die Konzentration der fachärztlichen Versorgung sein. Kleinere Krankenhäuser werden schließen müssen. Man spricht von einem Drittel in Sachsen. Dies bedeutet die Abschaffung der flächendeckenden wohnortnahen Versorgung. Gekoppelt an den Ärztemangel in Sachsen haben wir mit einer gravierenden Fehlentwicklung zu rechnen. Was bedeutet das für ältere und kranke Menschen? Zukünftig wird man sehr weit zur Dialyse, zur Chemotherapie oder Diabetesbehandlung fahren müssen. Das ist statistische Rationierung.

DRG und DMP

Die Einführung von diagnoseorientierten Fallpauschalen an Krankenhäusern verstärkte den Prozess. Leistungsverdichtung im Akutkliniksektor, Verkürzung der Verweildauer und eine frühe Entlassung von Patienten sind einige negative Folgen. Dadurch entsteht ein hoher Leistungsdruck auf den ambulanten und rehabilitativen Bereich mit Finanzierungslücken in den betroffenen Sektoren. Bettenstreichungen (1991: 40 Tsd.; 2004: 29 Tsd.), Budgetkürzungen und Wartelisten sind weitere Effekte der DRG an sächsischen Krankenhäusern. Der Anteil an Privatkliniken wird



Präsidium



Dr. Michael Burgkhardt

sich mittelfristig ebenfalls erhöhen. Dagegen sinkt der Personalbestand seit über zehn Jahren beständig (1991: 52 Tsd. Vollkräfte; 2001: 42 Tsd. Vollkräfte; -20%). Bei Klinikärzten stieg dadurch die Fallzahl von 1991 bis 2001 um 64 Prozent und für Patienten sank die Verweildauer von 18 Tagen im Jahre 1991 auf 10 Tage im Jahre 2001. Und die Schraube dreht sich weiter.

Eine gut entwickelte integrierte Versorgung bietet Vorteile für Patienten. In Sachsen wurden sehr gute Erfahrungen bei der Betreuung von Diabetikern gemacht. Kurze Wege, optimale Behandlung und geringer Verwaltungsaufwand waren nicht zuletzt gute Gründe für Ärzte, sich an dem sächsischen Diabetes Programm zu beteiligen.

Wie schlecht so etwas aber laufen kann, war bei der Einführung des Disease-Management-Programms „Diabetes Typ 2“ im Januar 2004 zu sehen. Politischer Aktionismus hat in kurzer Zeit ein gut funktionierendes und gewachsenes Versorgungsnetz in Sachsen zerstört. In dessen Folge stieg die bürokratische Belastung für den Arzt erheblich. Eine Dreiländer-Umfrage bestätigte die vorab geäußerten Bedenken gegen das Programm. Vor allem die mangelnde Wissenschaftlichkeit wurde kritisiert.

Als besonders nachteilig hat sich die Koppelung der Chronikerprogramme an den Risikostrukturausgleich erwiesen. Die vordergründige Motivation der Gesetzlichen Krankenkassen, die Umsetzung der Programme zu verfolgen, besteht in den hohen Zahlungen aus dem Ausgleichfonds. Teilweise wurden Patienten in das Programm aufgenommen, obwohl sie gar nicht da hinein gehören. Eine grund-



Prof. Dr. Siegwart Bigl

sätzliche Änderung dieser RSA-DMP Problematik ist dringlich, ja überfällig!

Bürokratie in Praxis und Klinik

Erstmals auf einem Deutschen Ärztetag stand die Bürokratisierung der ärztlichen Tätigkeit auf der Tagesordnung. Schreibearbeiten aller Art, Statistiken, Bescheinigungen, Dokumentationen und Auswertungen nehmen inzwischen einen Großteil der gesamten Arbeitszeit ein. Rund 70 Prozent der Arbeitszeit in einer Niederlassung entfallen auf Bürokratie. Davon allein 30 Prozent direkt auf den Arzt. Grundsätzlich ist die Ärzteschaft nicht gegen Dokumentation und Qualitätssicherung. Sie ist lediglich dagegen, sich mit der Erfassung von Daten zu belasten, die hinterher nicht sinnvoll genutzt werden. Bei der Einführung neuer

Dokumentationen muss deshalb dringend kontrolliert werden, ob ältere Verfahren entfallen können. Es gilt die Maxime, Daten einmal zu erfassen und mehrfach zu nutzen. Und nicht umgekehrt!

Zu begrüßen ist die Initiative der Gesundheitsministerkonferenz, die unter Federführung von Sachsen und Rheinland-Pfalz Vorschläge zum Abbau des Dokumentationsaufwandes unter Beteiligung der Selbstverwaltung erarbeiten und mit dem Bundesgesundheitsministerium umsetzen will.

Qualität in der Medizin

Qualitätssicherung wurde im ärztlichen Handeln schon immer berücksichtigt. Stichworte dazu sind Fallkonferenzen, Röntgendemonstration, Laborwert- und Methodendiskussion. Neben der kontinuierlichen Fortbildung haben besonders in Ostdeutschland die hohen Obduktionsraten zur systematischen Qualitätssicherung beigetragen. Qualitätssicherungsmaßnahmen in den Kliniken und demnächst auch in den Praxen sind ebenfalls ein Zeichen für den ärztlichen Willen einer Qualitätssicherung in der Medizin. Es gilt noch immer folgendes simples Axiom: „Wer primär auf die Kosten sieht, senkt die Qualität. Wer auf die Qualität sieht, senkt die Kosten“.

Die Politik ist der Ansicht, dass die Qualität eines Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist. Von Quantität zu Qualität durch Mindestmengen lautet die Devise. Eine Analyse aus ärztlicher und wissenschaftlicher Sicht auf dem 107. Deutschen Ärztetag

brachte dagegen ganz andere Ergebnisse. Die politischen und strukturellen Folgen von Mindestmengen lauten: Konzentrationsprozess und Zentrenbildung im Krankenhausbereich. Das führt zu Wartelisten durch eine Reduktion der Krankenhäuser und zur Ausdünnung der wohnortnahen Versorgung. Auch deshalb ist die Ärzteschaft gegen eine „naive“ Mindestmengen-Euphorie. Für die weitere Debatte sind aus diesen Gründen die positiven und negative Effekte abzuwägen. Zusätzlich wird eine Forschung nach besseren Qualitätsindikatoren gefordert.

Hausarzt der Zukunft

Die Qualität eines Gesundheitswesens zeichnet sich durch freie Arztwahl, Therapiefreiheit, Therapiewahl und Chancengleichheit aus. Die demografische Entwicklung der Bevölkerung in Sachsen stellt besondere Herausforderungen an die hausärztliche Versorgung. Eine kontinuierliche ärztliche Betreuung bei Kenntnis des jeweiligen häuslichen und familiären Umfeldes ist nur durch eine qualifizierte hausärztliche Versorgung möglich.

Der 14. Sächsische Ärztetag hat mit einem wegweisenden Beschluss zur Weiterbildungsordnung den „Hausarzt der Zukunft“ begründet und die Entscheidung des 105. Deutschen Ärztetages in Rostock von 2002 adäquat umgesetzt. Und das war dringend notwendig, um die flächendeckende hausärztliche Versorgung zu erhalten. Der „Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“ ist auf dem Vormarsch.

Ärztmangel in Sachsen

Seit Jahren sind uns die Zahlen zum Rückgang an berufstätigen Ärzten bekannt. Arbeitsgruppen hat es gegeben. Gute Vorschläge wurden unterbreitet. Aber was ist passiert? Wenig. Die Ärzteschaft hat einiges auf den Weg gebracht, um der negativen Entwicklung entgegenzuwirken und Ärzte zu einer Niederlassung auf dem Land zu bewegen. Dazu gehört die Förderung der Weiterbildung „Allgemeinmedizin“, die Änderung der Approbationsordnung unter Berücksichtigung allgemeinmedizinischer und mehr praxisorientierter Lerninhalte. Die Medizinische Fakultät der TU Dresden ist hier ein Vorreiter für ein durchgängiges Harvard-Studiencurriculum und ein flächendeckendes Netz akademischer Lehrpraxen und Lehrkrankenhäuser. Auf lokaler Ebene werden bereits jetzt Ärzte im Praktikum durch Zusatzzahlungen der öffentlichen und privaten Kliniken wie Assistenz-

ärzte bezahlt. Die Sächsische Landesärztekammer wird im Oktober 2004 in einer Veranstaltung über die vorhandenen Rahmenbedingungen einer Niederlassung informieren. Und einige Kreisärztekammern haben Arbeitskreise gebildet, um die regionalen Probleme in den Griff zu bekommen. Es ist an dieser Stelle wichtig, sich bei den engagierten Ärzten in den Landkreisen für ihren Einsatz zu bedanken.

Ein schlechtes Zeugnis muss dagegen der Politik ausgestellt werden. Trotz einiger intensiver Beratungen von drei Arbeitsgruppen unter Federführung des Sächsischen Sozialministeriums konnten bisher keine der dort entwickelten Vorschläge umgesetzt werden. Außer appellativen Verlautbarungen ist nichts konkretes passiert.

Die Lösung des Ärztemangels ist eine vordringlich sächsische Aufgabe. Hier müssen Wege gefunden, müssen Vorschläge erarbeitet werden, um die ärztliche Tätigkeit vor Ort materiell und ideell attraktiver zu gestalten. Sachsen kann es sich nicht leisten, in kostenintensiven Studiengängen hochqualifizierte Mediziner an den Hochschulen für eine Tätigkeit im Ausland auszubilden.

Osteuropa

Die progressive Anwerbung ausländischer Kollegen kann nicht der Königsweg für Sachsen sein. Nichts spricht dagegen, Ärzten aus dem Ausland befristet die Möglichkeit einer Weiterbildung zu geben oder Auslandserfahrung in Deutschland zu sammeln. Doch darf es durch Lohngefälle und ungleichen Lebensstandard nicht zum Aufreißen von Versorgungslücken in den Nachbarländern kommen. Wir haben auch eine moralische Verpflichtung gegenüber unseren neuen EU-Mitgliedern. Einen Exodus an ausländischen Ärzten wird es in den Anrainerstaaten wegen der Sprachbarriere nicht geben.

Bündnis Gesundheit 2000

Von der Gesundheitsreform sind neben den Patienten und Ärzten auch alle anderen Leistungserbringer im Gesundheitswesen betroffen. Der Austausch im „Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen“ über berufliche Arbeitsgebiete hinweg, bringt Parallelentwicklungen zu Tage. So verzeichnen die Pflegeberufe ebenfalls einen Rückgang an qualifiziertem Personal. Ursachen sind zurückgehende Bewerberzahlen und ein sinkendes Schulausgangsniveau. Gleichzeitig erfolgt der Aus-

14. Sächsischer Ärztetag 30. Kammerversammlung

Dresden
25./26. Juni 2004

tausch von Krankenschwestern durch Arzthelferinnen an den Kliniken. Vor allem aus Kostengründen wird auf hoch qualifiziertes Personal verzichtet. Qualität ist in diesem Bereich auf lange Sicht nicht mehr gegeben.

Ursache und Wirkung in den Sozialsystemen

Verkennen darf man bei allen Diskussionen nicht die Hauptursache der Probleme in den Sozialsystemen: Die verfehlte Förderung der Infrastruktur nach 1990 in den neuen Bundesländern bei gleichzeitiger Vernachlässigung des Arbeitsmarktes. Unsere Jugend wandert ab, und die Älteren sitzen zu Hause. Ein Rückgang an Zahlungen in die Sozialversicherungssysteme ist nur eine logische Folge davon. Wenn es gelingt, mehr Menschen in Arbeit zu bringen und jungen Leuten in Sachsen eine Perspektive zu bieten, dann stellen sich die Probleme ganz anders dar.

Die Entwicklung einer tragfähigen Krankenversicherung ist Aufgabe der Finanzpolitiker und Ökonomen nicht der Ärzte. Ob Rürup- oder Herzog-Kommission, ob CDU oder SPD, das ist gleich. Die Krankenversicherung der Zukunft wird parteien- und lagerübergreifend erarbeitet werden müssen, nur dann hat sie Erfolg.

Verantwortung für das Lebensende

Besonders gefordert ist die ärztliche Verantwortung für Patienten in der letzten Phase ihres Lebens. Ärzte sind deshalb in der Pflicht, weil die medizinische Forschung von jeher die Heilung von Krankheiten und auch die Verlängerung des Lebens als eines der Hauptziele angesehen hat und immer noch sieht. Medikamente, Methoden, Verfahren und Technik wurden auf dieses Ziel hin entwickelt und verbessert. Vor 20 Jahren starben die Menschen an Krankheiten, die wir heute heilen oder zumindest deren Fortschreiten wir hinauszögern können.

Wenig beachtet blieben die Probleme, welche mit einem „langen Leben“ oder einem „am Leben erhalten“ zusammenhängen. Die Deutsche Ärzteschaft hat sich nun mehrfach mit diesem Themenkreis auseinandergesetzt und erst vor wenigen Wochen überarbeitete „Grundsätze einer ärztlichen Sterbebegleitung“ veröffentlicht. Die Grundsätze sind eine wichtige medizinethische Leitlinie zum Umgang mit Sterbenden. Sie stellen ein Gegengewicht zu den heutigen Euthanasie-Befürwortern in Holland, Belgien, der Schweiz und

auch in Deutschland dar. Aktive Sterbehilfe ist Tötung eines Menschen. Das müssen Ärzte kategorisch ablehnen. Es ist an uns und der Politik, die Rahmenbedingungen für ein Sterben in Würde und ohne Schmerzen zu schaffen.

Wer Leistung fordert...

Wir betreuen mehr Patienten bei längerer Arbeitszeit. Eine Angleichung der Ostvergütung an das westdeutsche Niveau ist 15 Jahre nach der Wende deshalb längst überfällig. Eine Bundesratsinitiative Sachsens dazu sollte endlich auf den Weg gebracht werden. Eine Überarbeitung des EBM und der GOÄ ist ebenfalls längst überfällig. Im stationären Bereich müssen die Weichenstellungen für eine Umsetzung des EuGH-Urteils zur Arbeitszeit erfolgen. Notwendig sind neue strukturelle und finanzielle Rahmenbedingungen. 30 Prozent Verdienstaufschlag der Ärzte müssen kompensiert und zusätzlich 600 neue Stellen besetzt werden.

Ethik in der Medizin

In der heutigen Situation gilt es, allen Ärzten und Heilberuflern für ihren unermüdlichen Einsatz in diesen schwierigen Umbruchzeiten zum Wohle der Patienten in den Praxen und Kliniken herzlich zu danken. Es ist ihnen gelungen, eine kontinuierliche Patientenversorgung auf hohem Niveau zu garantieren. In der Zusammenschau gilt wieder einmal für alle Ärzte, Gesundheits- und Berufspolitiker in diesen schwierigen Zeiten der alte erste Aphorismus aus dem Corpus Hippocraticum: „Das Leben ist kurz, die Kunst ist lang, der rechte Augenblick ist rasch enteilt, die Erfahrung ist trügerisch, das Urteil schwierig!“

Die vollständige Rede ist im Internet unter www.slaek.de aufrufbar.

Medizinische Versorgung in Deutschland vor dem Hintergrund des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG)

*Dr. jur. Rainer Hess,
Vorsitzender des Gemeinsamen
Bundesausschusses*

Das deutsche Gesundheitswesen steht nach dem GMG vor zwei großen Herausforderungen:

1. Die bestehenden Finanzierungsstrukturen sind ohne signifikantes Wirtschaftswachstum und einen Rückgang der Arbeitslosigkeit nicht in der Lage, den bestehenden Leistungskatalog der GKV mittel- und langfristig zu finan-



Dr. jur. Rainer Hess

zieren. Die diskutierten Reformmodelle „Bürgerversicherung“, Gesundheitsprämienmodell und Ablösung der Pflichtversicherung durch eine Versicherungspflicht beseitigen dieses Finanzierungsproblem nicht, sondern verschieben die Finanzierungslast entweder auf die Gesamtbevölkerung oder sehr viel weitergehend auf die Versicherten.

2. Die durch das GMG eingeführten wettbewerblichen Vertragsstrukturen sollen zu Kosteneinsparungen führen, können aber auch genau das Gegenteil bewirken. Der wettbewerbliche Ansatz, durch Vertragsvielfalt den Krankenkassen die Möglichkeit zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven zu geben, ist punktuell und regional realisierbar, löst aber nicht das strukturelle Problem der mit der Krankenversichertenkarte eröffneten Freizügigkeit in der Inanspruchnahme und Gewährung medizinischer Leistungen. Diejenigen werden die wirtschaftlichen Anreize des Wettbewerbs nutzen, die ihre Beitrags- und Zuzahlungsbelastung senken wollen; diejenigen werden die GKV weiter belasten, die zu solchen Wahlentscheidungen nicht fähig oder nicht bereit sind. Der Einzelwettbewerb fördert die Risikoselektion bei den Krankenkassen und die Profitorientierung bei den Leistungserbringern.

Lösungsansätze im bestehenden System:

1. Ausgliederung versicherungsfremder Leistungen und Beseitigung von Verschiebepflichten;
2. Ausbau eines am medizinisch notwendigen ausgerichteten Festzuschussystems (Analogie Zahnersatz);
3. Stringentere Wahlbindung auch in der integrierten Versorgung;

4. Ablösung der DMP/RSA-Koppelung durch Festzuschläge für Chroniker, die in ein Behandlungsprogramm eingeschrieben sind;
5. Neuordnung des Vergütungssystems mit der Zielsetzung wechselseitiger Durchlässigkeit von ambulanter und stationärer Versorgung;
6. Nutzung der neu geschaffenen Strukturen von Gemeinsamen Bundesausschuss und Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen zur
 - stringenteren Kosten-/Nutzenbewertung, insbesondere neuer Leistungen,
 - Ausrichtung von Vergütungskomplexen an evidenzbasierten Leitlinien,
 - Ausbau einer sektorübergreifenden Qualitätssicherung, Aufbau eines Patienteninformati-
onssystems.

Koreferat

Dieter Blaßkiewitz,

Vorsitzender der Krankenhausgesellschaft Sachsen

Zweifel und Bedenken bei der Umsetzung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes sind:

- einseitig beitragsorientierte Zielstellung,
- keine versorgungspolitischen qualitativen Zielkriterien wie Bedarfsgerechtigkeit, Patientennähe, Flächendeckung, Zugangs- und Durchgangsgeschwindigkeit in und durch das Versorgungssystem,
- unzureichender Versorgungsrahmen, in dem sich die Selbstverwaltung zu bewegen hat.

Mit einer stärkeren Wettbewerbsorientierung im Rahmen des GMG soll ein „Rückzug des Staates“ aus der Regulierung des Systems einhergehen. Dies geschieht mit teilweise dramatischen Auswirkungen für Leistungserbringer und Patienten. Dieser Weg geht mit Verunsicherung der Patienten und Demotivation der Leistungserbringer sowie deren zunehmender Zwang zur einseitigen Orientierung am wirtschaftlichen Benefiz einher. Der Gesetzgeber versucht im stationären Bereich mit der Etablierung eines vollpauschalierten Vergütungssystems seine Absichten mit dem GMG zu realisieren. Die Sächsische Krankenhausgesellschaft ist der Auffassung, dass allein durch objektive Faktoren wie Demographie, Morbiditäten und medizinisch-technischer Fortschritt außerordentliche dynamische Entwicklungen zu berücksichtigen sind, die eine Erweiterung der Finanzierungsbasis der Gesetzlichen Krankenversicherung und des Gesamtsystems erfordern. Es wird sich die Auffassung durchsetzen müssen, dass allein im sta-



Dieter Blaßkiewitz

tionären Bereich ein hundertprozentiges pauschales System nicht erreichbar ist und die Vergleichbarkeit sowohl von Leistungen als auch Kosten begrenzt ist. Nach wie vor ist das Krankenhaus gekennzeichnet durch ein komplexes System kostenintensiver Vorhaltungen für den Bedarfsfall und nicht durch die Summe durchschnittlich kalkulierter Diagnosen.

Das Koreferat von Herrn Dr. Stefan Windau, Vizepräsident der Sächsischen Landesärz-

kammer, zur medizinischen Versorgung vor dem Hintergrund des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes wird in unserem „Ärzteblatt Sachsen“ im Heft 8/2004 abgedruckt.

Festabend

Rund 200 Gäste folgten der Einladung des Präsidenten, unter ihnen die Sächsische Staatsministerin für Soziales, Helma Orosz, die Vizepräsidentin des Sächsischen Landtages, Frau Brigitte Zschoche, weitere Abgeordnete des Deutschen Bundestages und des Sächsischen Landtages sowie der Dresdner Sozialbürgermeister Tobias Kogge. Zum musikalischen Auftakt der festlichen Abendveranstaltung spielte die Dresdner Pianistin Monika Güttler das Rondo capriccio „Die Wut über den verlorenen Groschen“ von Ludwig van Beethoven.

Der Vortrag von Herrn Professor Dr. Jan Schulze „Brauchen wir einen Arzt neuen Typs?“ wird im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 9/2004, publiziert.

Totenehrung

Der Sächsische Ärztetag gedachte wie in jedem Jahr denjenigen Ärztinnen und Ärzten sowie den Mitgliedern unserer Sächsischen Landesärztekammer, die seit dem letzten



Frau Dr. Ulrike Schwäblein-Sprafke, Herr Professor Dr. Eberhard Keller

14. Sächsischer Ärztetag

30. Kammerversammlung

Dresden
25./26. Juni 2004

Ärztetag verstorben sind. Die sächsischen Ärzte werden diese Verstorbenen in guter Erinnerung behalten und ihnen ein ehrendes Andenken bewahren.

Auf der Seite 359 dieses Heftes sind die Namen der seit dem 27. Juni 2003 bis 4. Juni 2004 verstorbenen Kammermitglieder genannt.

Verleihung der „Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille“

Die großen Verdienste des in Leipzig geborenen und in Dresden tätigen Prof. Dr. Hermann Eberhard Friedrich Richter bestanden darin, im Jahre 1872 für das deutsche Reichsgebiet die entscheidenden Impulse für die Vereinigung aller ärztlichen Vereine gegeben zu haben. Es ist eine mittlerweile neunjährige Tradition, Mitglieder unserer Sächsischen Landesärztekammer, die sich um die Ärzteschaft Sachsens und die ärztliche Selbstverwaltung besonders verdient gemacht haben, mit der Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille auszuzeichnen. Auf Beschluss des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer verlieh der Kammerpräsident diese hohe Auszeichnung an:

Frau Dr. med. Ulrike Schwäblein-Sprafke, Hohenstein-Ernstthal

Herrn Professor Dr. med. habil. Eberhard Keller, Leipzig

Herrn Professor Dr. med. habil. Martin Link, Dresden.

Frau Dr. med. Ulrike Schwäblein-Sprafke, geboren 1938 in Hohenstein-Ernstthal, Studium der Medizin von 1956 bis 1961 in Leipzig und Dresden und Promotion 1962 in Dresden. 1967 erhielt sie die Facharztanerkennung für Dermatologie und übernahm 1972 die Praxis ihres Vaters. Schon zu dieser Zeit stellte Frau Dr. Schwäblein-Sprafke die Freiberuflichkeit eines Arztes über alles. So war es nur folgerichtig, dass sie sich nach der Wende sofort mit weiteren engagierten Ärzten um den Aufbau ambulanter Strukturen nach dem Vorbild der Bundesrepublik bemühte.

Frau Dr. Schwäblein-Sprafke setzte sich mit hohem persönlichen Engagement für den Aufbau einer Kassenärztlichen Vereinigung in Sachsen ein. Sie war 1990 Gründungsmitglied der „Kassenärztlichen Vereinigung Chemnitz“. Seit 1991 gehört sie in ununterbrochener Folge dem Vorstand der KVS an und ist Vorsitzende der KVS-Bezirksstelle Chemnitz. Sie prägte so maßgebend die Berufspolitik des ambulanten Gesundheitswesens in Sachsen

mit. Bisher viermal erfolgte mit großer Mehrheit die Wahl in diese Funktionen, dies ist im Bundesmaßstab gesehen durchaus nicht üblich! An Frau Dr. Schwäblein-Sprafke fällt ihre Geradlinigkeit und Ehrlichkeit auf. Sie nimmt wie auch schon zu „DDR-Zeiten“ vor allem in der Berufspolitik kein Blatt vor den Mund. Den Politikern auf Landes- und Bundesebene dürfte dies hinreichend bekannt sein. Hervorzuheben ist auch ihr besonderes Engagement für eine fruchtbringende Zusammenarbeit zwischen den ärztlichen Körperschaften. So ist Frau Dr. Schwäblein-Sprafke auf Landes- und Regierungsbezirksebene immer im Interesse aller Kolleginnen und Kollegen für pragmatische Lösungen von Problemen eingetreten. Im Jahre 2002 konnte Frau Dr. Schwäblein-Sprafke ihr 30-jähriges Praxisjubiläum feiern. Ein wirkliches Jubiläum, denn der Ort der täglichen Begegnung mit den Patienten ist die eigentliche Quelle ihrer Kraft, die für eine hohe Leitungsaufgabe in der Kassenärztlichen Vereinigung und für ihr berufspolitisches Engagement notwendig ist.

Herr Prof. Dr. Eberhard Keller, geboren am 20. Januar 1941 in Eisenberg/Thüringen, studierte von 1961 bis 1967 Humanmedizin an der Karl-Marx-Universität Leipzig, wo er 1967 die Approbation erhielt und zum „Dr. med.“ promovierte. 1972 erhielt er die Anerkennung zum Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin. Auf einem soliden fachlichen Fundament stehend, vertritt er seine Meinungen mit Nachdruck und – falls erforderlich – auch mit einer Leidenschaftlichkeit, die keine Kompromisse duldet. Wer das Glück hatte, mit ihm auf interdisziplinärer Weise zusammenarbeiten zu können, wird die entgegengebrachte kollegiale Harmonie besonders schätzen. Sein besonderes Interesse galt schon immer den Wachstumsstörungen. Durch unermüdliche Arbeit und Forschung ist er inzwischen ein anerkannter Experte auf diesem Gebiet und zahlreiche Hospitationen, Gastvorlesungen, Publikationen und mehrmonatige Studienaufenthalte an ausländischen Instituten geben Zeugnis davon. 1994 wurde er zum Professor für Wachstum und Entwicklung auf die C3-Stiftungsprofessur an der Universitätsklinik in Leipzig berufen.

In einer konzentrierten Aktion mit niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten und der Universitätskinderklinik gelang die Schaffung einer Datenbank für die Früherkennung von Störungen der Gewichtsentwicklung und

des Wachstums. Es entstand „CrescNet“, ein Kompetenznetzwerk mit einer Datenbank, an der 289 Kinderarztpraxen und 11 Zentren für pädiatrische Endokrinologie in Deutschland beteiligt sind.

Bei all den wissenschaftlichen Aktivitäten hat es Prof. Dr. Keller nicht versäumt, sich nach der Wende bei der Gründung und dem Aufbau der Sächsischen Landesärztekammer aktiv zu beteiligen. Seit 1991 ist er Mandatsträger der Sächsischen Landesärztekammer und Delegierter zu den Deutschen Ärztetagen und hat als streitbarer und konstruktiver Vertreter der sächsischen Ärzteschaft viel zur Entwicklung der ärztlichen Selbstverwaltung in Sachsen beigetragen. Seit 1991 ist er Vorstandsmitglied der Leipziger Kreisärztekammer und seit 1999 hat er den Vorsitz inne.

Prof. Dr. Keller ist ein aktives und engagiertes Mitglied im „Aufsichtsausschuss“ der Sächsischen Ärzteversorgung. Er ist als Mitglied der Facharzt-Prüfungskommission und Widerspruchskommission tätig und war Vorsitzender des Ausschusses „Ärztliche Ausbildung“.

Herr Prof. Dr. Martin Link, geboren am 6. August 1934 in Königsberg, Abitur in Bergen auf Rügen 1952. Das Studium der Humanmedizin absolvierte er an den Universitäten Greifswald und Leipzig. 1959 erhielt er in Leipzig die Approbation, 1963 den Facharzt für Pathologische Anatomie in Rostock und 1969 den Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe in Magdeburg. 1963 wurde er in Greifswald zum „Dr. med.“ promoviert. Er habilitierte 1970 an der Medizinischen Akademie Magdeburg. 1979 folgte er dem Ruf als Chefarzt der Frauenklinik des Städtischen Klinikums Dresden-Friedrichstadt. Seine hervorragende Arbeit und seine unermüdliche wissenschaftliche Tätigkeit wurden mit der Berufung als Professor an die Akademie für Ärztliche Fortbildung in Berlin gekrönt. Von 1990 bis 1993 übernahm er als Ärztlicher Direktor die Leitung des Städtischen Klinikums Dresden-Friedrichstadt.

Ab 1993 ist er gemeinsam mit seiner Ehefrau Dr. Heidrun Link, Fachärztin für Urologie und Frauenheilkunde, in einer Gemeinschaftspraxis mit zytologischem Einsendelabor niedergelassen.

Herr Prof. Dr. Link war Landesvorsitzender Sachsen des Berufsverbandes der Frauenärzte e. V. sowie 2. Vorsitzender des Berufsverbandes der Frauenärzte e. V. auf Bundesebene und Schriftführer der Arbeitsgemeinschaft

Medizinrecht der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Vorsitzender des Prüfungsausschusses Frauenheilkunde und Mitglied des Ausschusses „Weiterbildung“, Mandatsträger und Mitglied der Kommission „Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung“ der Sächsischen Landesärztekammer, Sprecher der Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände in Sachsen und Gründer und Sprecher des Aktionsbündnisses Sachsen und des Aktionsrates Ost der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten.

Obwohl er einige Ämter in jüngere Hände übergeben hat, ist er bis heute Präsident der UPIGO (Union Professionelle Internationale des Gynecologues et Obstetriciens – Internationaler Berufsverband der Frauenärzte), Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Zytologie, Mitglied der Vertreterversammlung und des Zulassungsausschusses Dresden der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen. Herr Professor Dr. Martin Link konnte an der Verleihung nicht teilnehmen.

Grußworte

Die Sächsische Staatsministerin für Soziales, Helma Orosz, sprach zu den Themen: Medizinische Versorgung, Integrierte Versorgung, Fortbildungsverpflichtung, Gesundheitsziele, Prävention, Präventionsgesetz, Ärztemangel, Abbau der Bürokratie, Europäische Osterweiterung und grenzüberschreitende medizinische Probleme. Sie bedankte sich bei allen Ärzten für die konstruktive Zusammenarbeit und die stabile medizinische Versorgung der Bürger in Sachsen und für das ständige Engagement zur Sicherung der ärztlichen Betreuung rund um die Uhr.

Herr Dr. Andrzej Wojnar, Präsident der polnischen Niederschlesischen Ärztekammer, betonte in seinem Grußwort „unsere Kontakte zur Sächsischen Landesärztekammer sind eng und freundschaftlich“. Er lud die sächsischen Ärzte zum 3. Deutsch-polnischen Symposium „Vergangenheit verstehen – Zukunft gestalten“ für September 2005 nach Wrocław ein.

„Lebenslust – über Risiken und Nebenwirkungen der Gesundheit“

In satirischer Weise ging der Arzt und Autor Dr. Manfred Lütz in seinem Vortrag auf „Lebenslust und wie man länger Spaß am Leben haben kann“, ein. Der Essayist fand es „höchste Zeit, etwas gegen den Gesundheitswahn“ zu tun. In punkto Wortwitz kann ihm so leicht keiner das Wasser reichen. Dr. Lütz



Staatsministerin für Soziales Helma Orosz



Dr. Andrzej Wojnar, Präsident der polnischen Niederschlesischen Ärztekammer



Dr. Manfred Lütz, Arzt und Autor

feuerte satirische Breitseiten auf das übertriebene Streben nach „Hyper-Fitness“, ein Alter ohne Falten und die künstliche Selbstkasteiung beim Essen. Die verbissenen „Apostel“ des gesunden Lebens wurden ebenso aufs Korn genommen wie die „Halbgötter in Weiß“ bei der Darstellung einer Chefarztvisite.

Arbeitstagung am 26. Juni 2004

Professor Dr. Gunter Gruber, Vorsitzender des Ausschusses „Weiterbildung“, referierte über die Novellierung der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer und die Umsetzung der von zwei deutschen Ärztetagen beschlossenen (Muster-)Weiterbildungsordnung (M-WBO) der Bundesärztekammer. Die Weiterbildungsordnung ist erheblich „schlanker“ geworden, denn die Zahl der Weiterbildungskategorien wurde von fünf auf drei reduziert, indem die Fachkunden und Fakultativen Weiterbildungen in den Gebieten als Arztbezeichnungen abgeschafft wurden. Die bisher 156 Arztbezeichnungen nach der Weiterbildungsordnung verringerten sich auf 106. Neben den Facharzt- und Schwerpunktbezeichnungen gibt es nur noch die Zusatzweiterbildungen. Alle Arztbezeichnungen nach der WBO sind zukünftig mit einer Prüfung abzuschließen und nach Anerkennung führbar. Neu ist die Struktur der gemeinsamen Basisweiterbildung (common trunk) für die Gebiete Chirurgie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Innere Medizin und Allgemeinmedizin, Pharmakologie und Pathologie.

Nach ausführlicher und konstruktiver Diskussion wurde die WBO, inhaltlich bis auf kleine vorwiegend konkretisierende Abweichungen mit der Muster-WBO identisch, die ergänzenden Empfehlungen der Bundesärztekammer von Januar 2004 und die Beschlüsse des 107. Deutschen Ärztetages zur Weiterbildung, ohne Gegenstimmen mit einigen Stimmene Enthaltungen von der Kammerversammlung angenommen. So wurden auch die Zusatzweiterbildungen „Ärztliches Qualitätsmanagement“ und „Suchtmedizinische Grundversorgung“ zusätzlich in die Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer aufgenommen. Die Zusatzweiterbildung „Betriebsmedizin“ wurde nicht in die sächsische Weiterbildungsordnung aufgenommen. Zum „Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin“ waren bereits im Vorfeld des Sächsischen Ärztetages Gespräche mit Vertretern der Allgemeinmedizin und der Internisten ge-

14. Sächsischer Ärztetag 30. Kammerversammlung

Dresden
25./26. Juni 2004



Prof. Dr. Gunter Gruber



Dr. Stefan Windau, Vizepräsident



Dr. Lutz Liebscher, Schriftführer

führt worden. In diesem Zusammenhang sind die beschlossenen Übergangsbestimmungen zum Erwerb der zwei neuen Facharztkompetenzen zu erwähnen:

Kammermitglieder, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Weiterbildungsordnung am 1. Januar 2005 Facharzt für Innere Medizin oder Facharzt für Allgemeinmedizin sind und mindestens fünf Jahre hausärztlich tätig waren, können sich innerhalb von sieben Jahren zur Prüfung anmelden.

Die Zusatz-Weiterbildungen Kinder-Endokrinologie und Diabetologie, Kinder-Pneumologie und Kinder-Nephrologie, die von den Inhalten und Weiterbildungszeiten den Anforderungen an Schwerpunkte entsprechen, wurden in Sachsen als Schwerpunktbezeichnungen im Gebiet Kinder- und Jugendmedizin eingeführt. Außerdem erfolgte die Außer-Kraft-Setzung der Fachkunde „Rettungsdienst“ und der

„Richtlinie zur Erteilung des Fachkundennachweises Ultraschall“ vom 8. März 1994 zum 1. Januar 2005. Kammermitglieder, die die Fachkunde Rettungsdienst erworben haben, können dann die neu eingeführte Zusatzbezeichnung „Notfallmedizin“ führen. Die Ultraschall-Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bleibt weiterhin gültig.

Die neue Weiterbildungsordnung tritt am 1. Januar 2005 in Kraft und wird im „Ärztblatt Sachsen“, Heft 9/2004, veröffentlicht.

Beschlussfassung über die Fortbildung und Prüfung zur Arztfachhelferin/Arztfachhelfer

Dr. Bernhard Ackermann, Vorsitzender des Berufsbildungsausschusses und Vorsitzender des Ausschusses „Ambulante Versorgung“
Die Fortbildung zur Arztfachhelferin ist eine Fortbildung in einem anerkannten Ausbil-

dungsberuf nach § 1 Abs. 3 Berufsbildungsgesetz (BBiG). Die Regelung obliegt dem Zuständigkeitsbereich der einzelnen Landesärztekammern. Ziel der Fortbildung zur Arztfachhelferin/Arztfachhelfer (AFH) ist es, der Arzthelferin/Arztfachhelfer einen beruflichen Aufstieg zu ermöglichen.

Die AFH soll den Arzt durch weitgehend selbständiges Arbeiten sowie durch Koordinations- und Steuerungsfunktionen in den Bereichen Administration und Praxismanagement, Personalführung und Ausbildung sowie Gesundheitsberatung entlasten.

Im Auftrag des Berufsbildungsausschusses „Arzthelferinnen“ wurde auf der Grundlage der Muster-Richtlinien für die Fortbildung und Prüfung zur Arztfachhelferin der Bundesärztekammer und des Berufsbildungsgesetzes die „Ordnung der Sächsischen Landesärztekammer für die Fortbildung und Prüfung zur Arztfachhelferin/Arztfachhelfer (AFH)“ erarbeitet. Der 14. Sächsische Ärztetag hat diese Beschlussfassung einstimmig angenommen.

Die Fortbildung beginnt voraussichtlich am 9. Oktober 2004. Interessierte BewerberInnen können sich bis zum 31. Juli 2004 an das Referat Arzthelferinnenwesen wenden.

Finanzen

Jahresabschlussbilanz 2003

*Dr. Claus Vogel, Vorstandsmitglied
Vorsitzender des Ausschusses „Finanzen“*

Wie auch in den vergangenen Jahren konnte die Prüfungsgesellschaft Bansbach Schübel Brösztl & Partner der Sächsischen Landesärztekammer den uneingeschränkten Prüfungsvermerk für das Haushaltsjahr 2003 erteilen. Sie bestätigt damit, dass die Jahresrechnung



Auditorium

unter Beachtung der Grundsätze ordnungsmäßiger Buchführung ein den tatsächlichen Verhältnissen entsprechendes Bild der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage der Sächsischen Landesärztekammer vermittelt. Herr Dr. Vogel, Vorstandsmitglied und Vorsitzender des Ausschusses „Finanzen“ und Herr Frank, Wirtschaftsprüfer erläuterten den Jahresabschluss der Sächsischen Landesärztekammer für das Jahr 2003. Die 30. Kammerversammlung hat den Jahresabschluss 2003 bestätigt.

Die Ergebnisse des Jahresabschlusses 2003 sind im Tätigkeitsbericht 2003 der Sächsischen Landesärztekammer im „Ärztblatt Sachsen“, Heft 6/2004, Seite 265, veröffentlicht. Jedes beitragspflichtige Kammermitglied hat die Möglichkeit, in der Geschäftsstelle der Sächsischen Landesärztekammer in den Bericht des Wirtschaftsprüfers Einsicht zu nehmen.

Dem Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer und der Geschäftsführung wird für das Geschäftsjahr 2003 Entlastung erteilt.

Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer

*Dr. med. Claus Vogel, Vorstandsmitglied
Vorsitzender des Ausschusses „Finanzen“*

Die vorgelegte Satzung zur Änderung der Gebührenordnung ergibt sich vor allem aus aktuellen Gesetzes- und Satzungsänderungen.

1. Gebühren für die Tätigkeit der Ethikkommission.
2. Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung
Die Gebührenerhebung für Maßnahmen der externen Qualitätssicherung ist in die Gebührenordnung aufzunehmen.
3. Fortbildungszertifikat
Mit Einführung der Pflichtfortbildung ab 1. 7. 2004 wird die Gebühr für das Verfahren zur Erteilung eines Fortbildungszertifikates von derzeit 50,00 EUR auf 15,00 EUR gemindert.
4. Arztausweis
Die Einführung einer Rahmengebühr für den Arztausweis ist erforderlich, wenn dieser als HealthProfessionalCard (elektronischer Heilberufsausweis) ausgegeben wird.
5. Verfahren zur Anerkennung einer Zusatzbezeichnung
Die Gebühr zur Anerkennung einer Zusatzbezeichnung ohne Prüfung ergibt entfällt ab 1. 1. 2005 als Folge der Neufassung der Weiterbildungsordnung.

6. Verfahren zur Feststellung der Gleichwertigkeit von Diplomen, Prüfungszeugnissen und sonstigen Befähigungsnachweisen
Als eine Folge der EU-Osterweiterung wird eine Gebühr für Verfahren zur Feststellung der Gleichwertigkeit von Diplomen, Prüfungszeugnissen und sonstigen Befähigungsnachweisen eingeführt.
7. Gebühren für die Prüfungen im Rahmen der Berufsbildung Arzthelferin/Arzthelfer
Für die Fortbildung und Prüfung zur Arztfachhelferin ist eine Gebühr einzuführen.

Beschlüsse des 14. Sächsischen Ärztetages/der 30. Kammerversammlung

Die Mandatsträger der Sächsischen Landesärztekammer fassten zum 14. Sächsischen Ärztetag/30. Kammerversammlung am 25./26. Juni 2004 folgende Beschlüsse:

Beschlussvorlage Nr. 1

Tätigkeitsbericht 2003 der Sächsischen Landesärztekammer (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 2

Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (Weiterbildungsordnung – WBO) (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 3

Satzung zur Aufhebung der Satzung zur Erteilung des Fachkundenachweises Rettungsdienst vom 8. März 1994 (in der Fassung der Änderungssatzung vom 21. November 2000) (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 4

Satzung zur Aufhebung der Richtlinie zur Erteilung des Fachkundenachweises Ultraschalldiagnostik vom 8. März 1994 (in der Fassung der Änderungssatzung vom 20. Juni 2001) (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 5

Ordnung der Sächsischen Landesärztekammer für die Fortbildung und Prüfung zur Arztfachhelferin (AFH) (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 6

Jahresabschluss 2003 (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 7

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

Beschlussvorlage Nr. 8

Bekanntgabe der Termine 31. Kammerversammlung [13. November 2004] und 15. Sächsischer Ärztetag/32. Kammerversammlung [23. und 24. Juni 2005] (bestätigt)

Beschlussantrag Nr. 9

Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer – Gebiet Kinder- und Jugendmedizin (bestätigt)

Beschlussantrag Nr. 10

Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer – Zusatz-Weiterbildung Suchtmedizinische Grundversorgung (bestätigt)

Beschlussantrag Nr. 11

Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer – Gebiet Kinder- und Jugendmedizin (bestätigt)

Beschlussantrag Nr. 12

Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer – Übergangsbestimmungen Zusatz-Weiterbildung Notfallmedizin (bestätigt)

Beschlussantrag Nr. 13

Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer – Zusatz-Weiterbildung Sportmedizin (bestätigt)

Beschlussantrag Nr. 14

Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer – Übergangsbestimmungen Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin (bestätigt)

Beschlussantrag Nr. 15

Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer – Zusatz-Weiterbildung Betriebsmedizin (bestätigt)

Beschlussantrag Nr. 16

Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer – Zusatz-Weiterbildung Betriebsmedizin (bestätigt)

Beschlussantrag Nr. 17

Ärztmangel in Sachsen (bestätigt)

Beschlussantrag Nr. 18

Bürokratie in der Arztpraxis (bestätigt)

Beschlussantrag Nr. 19

Qualität des deutschen Gesundheitswesens (bestätigt)

Beschlussantrag Nr. 20

Anpassung GOÄ/EBM (bestätigt)

Beschlussantrag Nr. 21

Gesetzesänderung zur Schutzimpfung (bestätigt)

Beschlussantrag Nr. 22

Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer – Beurkundung der Facharztkompetenz Innere Medizin und Schwerpunkt (bestätigt)

Beschlussantrag Nr. 23

Fortbildungszertifikat (Antragsrücknahme)

14. Sächsischer Ärztetag 30. Kammerversammlung 15. erweiterte Kammerversammlung

Dresden
26. Juni 2004

Beschlussvorlage Nr. 24

Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer (bestätigt)

Beschlussantrag Nr. 25

Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer – Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin (Abstimmungsmaßige Nichtbefassung, Antragsrücknahme)

Beschlussantrag Nr. 26

Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer – Übergangsbestimmungen Zusatz-Weiterbildung Suchtmedizinische Grundversorgung (bestätigt)

Beschlussantrag Nr. 27

Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer Zusatz-Weiterbildung Magnetresonanztomographie – fachgebunden – (bestätigt)

Beschlussantrag Nr. 28

(Muster-)Weiterbildungsordnung Umgruppierung Nuklearmedizin (bestätigt)

Beschlussantrag Nr. 29

Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer – Aus- und Weiterbildung Facharzt-Gebiete (bestätigt)

Beschlussantrag Nr. 30

Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Schwerpunkt Kardiologie (bestätigt)

Die Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer, die Neufassung der Gebührenordnung und die Ordnung für die Fortbildung und Prüfung zur Arztfachhelferin werden im vollen Wortlaut unter „Amtliche Bekanntmachungen“ im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 8/2004, amtlich bekannt gemacht. Die neue Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer wird im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 9/2004, bekannt gemacht.

Prof. Dr. Winfried Klug
Knut Köhler, M. A.

Bekanntgabe der Termine:

Die **31. Kammerversammlung** findet am Sonnabend, dem **13. November 2004**, und der **15. Sächsische Ärztetag/32. Kammerversammlung** findet am **24. und 25. Juni 2005** im Kammergebäude der Sächsischen Landesärztekammer statt.

15. erweiterte Kammerversammlung Sächsische Ärzteversorgung

Bericht des Vorsitzenden des Verwaltungsausschusses, Dr. Helmut Schmidt

Sehr geehrter Herr Präsident, sehr geehrte Mandatsträger, Ärzte wie Tierärzte, meine Damen und Herren, der Bericht zum Geschäftsjahr 2003 der Sächsischen Ärzteversorgung und zur Arbeit des Verwaltungsausschusses seit der letzten erweiterten Kammerversammlung steht an. In finanzieller Hinsicht haben wir wieder ein gutes Jahr erlebt, was man von dem gesundheits- und sozialpolitischen Umfeld, in dem wir uns bewegen, leider nicht sagen kann. „Arztrenten im Sinkflug“ und ähnliche Überschriften waren mehrfach zu lesen, Berichte über Nullrunden in den Versorgungswerken wurden sehr häufig und nicht ohne Unterton kommentiert. Andererseits spürt man immer wieder den Neid auf die gut funktionierenden Versorgungswerke, ihr Vermögen und ihre Leistungsfähigkeit in den Kernbereichen. Insbesondere die Frage, ob das erhebliche Vermögen der Versorgungswerke durch staatlichen Zugriff zur Sanierung der gesetzlichen Rentenversicherung in Anspruch genommen werden kann, führt zur Verunsicherung. Wie an anderer Stelle schon gesagt möchte ich hier nochmals betonen: die Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen e. V., besser bekannt unter ihrem Kürzel ABV, hat sich in dieser Frage besonders engagiert. Durch mehrere Gutachten wurde festgestellt, dass die verfassungsrechtlichen Bedenken gegen Übernahme staatlicherseits sehr, sehr hoch sind. Die Gesetzgebungskompetenz auf diesem Feld liegt nicht beim Bund, sondern bei den Ländern. Die Rentenanwartschaften und Rentenansprüche unterliegen der Eigentumsgarantie des Grundgesetzes. Dass eine Erweiterung des Versichertenkreises in der gesetzlichen Rentenversicherung, z. B. durch alle Angestellten unseres ärztlichen Berufsstandes, auch finanztechnisch nicht sinnvoll ist und nur zu einer Absenkung des Beitragssatzes um 0,01 %-Punkte führen würde, hatte ich schon im vorigen Jahr berichtet. Dazu kämen die Leistungsansprüche zu einem Zeitpunkt, an dem die demographische Entwicklung einen kritischen Punkt erreicht. Also auch der sogenannte „Nachhaltigkeitsfaktor“ lässt dieses Ansinnen zu einem „sozialpolitischen und verfassungswidrigen Irrweg“ werden, wie es Rupert Scholz erst kürzlich wieder betont hat. Die



Dr. Helmut Schmidt, Vorsitzender des Verwaltungsausschusses

Versorgungswerke sind durch ihre Finanzierungsverfahren und die Pflichtmitgliedschaft jetzt und in Zukunft stabil. Das bedeutet aber nicht, dass sich an den Renten nichts ändern würde. Im Januar 2004 gab es auch in unserem Versorgungswerk Aufregung darüber, dass die Altersruhegeldempfänger ab 1.1. den vollen Krankenkassenbeitrag abführen müssen (also 14 statt bisher 7 %) – soweit sie in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Der Gesetzgeber begründete diese Änderung damit, dass die eigenen Beiträge der Rentner zur Krankenversicherung nur noch 43 % der Leistungsaufwendungen für sie decken (im Jahre 1983 waren es noch 60 %). Die Solidarität der Rentner mit den Erwerbstätigen erfordere, dass der Anteil für die Finanzierung der Leistungen im Rentenalter durch Erwerbstätige nicht weiter ansteigt.



Präsident, Prof. Dr. Jan Schulze, Geschäftsführerin (SÄV), Frau Dipl.-Ing. oec. Angela Thalheim

Wenn die Betroffenen gegen die Erhebung des vollen Krankenkassenbeitrages Widerspruch einlegen wollen, so muss er bei der zuständigen Krankenkasse eingelegt werden. Ein Muster für ein solches Widerspruchsschreiben findet sich auf der Homepage der Union der Leitenden Angestellten unter www.ula.de. Gestatten Sie mir, dass ich einige Bemerkungen zum kürzlich vom Bundestag beschlossenen und vom Bundesrat gebilligten Alterseinkünftegesetz mache. Mit diesem Gesetz wird die steuerliche Behandlung von Rentenbeiträgen und Renten neu geregelt mit dem Übergang auf die sogenannte nachgelagerte Besteuerung. Aus meiner Sicht ist das Wichtigste, dass in diesem Gesetz sowohl bei den Altersvorsorgeaufwendungen als auch bei den Renten die berufsständischen Versorgungseinrichtungen immer im unmittelbaren Zusammenhang mit der gesetzlichen Rentenversicherung und den landwirtschaftlichen Alterskassen genannt werden, wodurch sie erneut als Teil der ersten Säule der Alterssicherung bestätigt werden. Was versteht man unter nachgelagerter Besteuerung? Nachgelagerte Besteuerung heißt, dass die Beiträge zukünftig steuerfrei bleiben und die Renten zukünftig besteuert werden. Dies aber mit erheblichen Übergangsfristen, die auf der Beitragsseite bis 2025 und auf der Rentenseite bis 2040 reichen. Beginnend im Jahre 2005 werden zunächst 60 % der individuellen Aufwendungen für die Altersvorsorge steuermindernd angerechnet. Dieser Prozentsatz steigt im Laufe der Jahre jeweils um 2 % an, so dass im Jahr 2025 die Beiträge zu 100 % abgesetzt werden können bis zu einem Höchstbetrag von 20.000 EUR pro Jahr. Auf der Leistungsseite werden ebenfalls ab dem Jahre 2005 einheitlich - auch bei Selbständigen - die Renten zu 50 % der Besteuerung unterliegen, und zwar mit dem individuellen Steuersatz. Dies gilt für alle Bestandsrenten und die in diesem Jahr erstmals gezahlten Renten. Der steuerpflichtige Anteil der Rente wird dann für jeden neu hinzukommenden Rentnerjahrgang bis zum Jahr 2020 in 2 %-Schritten und anschließend bis zum Jahr 2040 in 1 %-Schritten auf 100 % angehoben. Somit ergibt sich für jeden Rentnerjahrgang bis zum Jahr 2040 ein steuerfrei bleibender Teil der Jahresbruttorente, der allmählich immer kleiner wird, aber als Festbetrag im Jahr nach dem ersten Rentenbezug bestimmt und auf Dauer festgeschrieben wird. Als Voraussetzung für das eben Gesagte gilt, dass die sich aus den ge-



*Dipl.-Math. Hans-Jürgen Knecht, Aktuar
Dipl.-Kfm. Wulf Frank, Wirtschaftsprüfer (v. li.)*

zahlten Beiträgen ergebenden Versorgungsansprüche nicht übertragbar, nicht beleihbar, nicht veräußerbar und nicht kapitalisierbar sein dürfen, es darf über den Anspruch auf Leibrente hinaus kein Anspruch auf Auszahlungen bestehen und die Zahlung einer monatlichen lebenslangen Leibrente darf nicht vor Vollendung des 60. Lebensjahres des Berechtigten vorgesehen sein. Dies alles gilt sowohl für die Beiträge als auch für das Altersruhegeld in unserer Versorgungseinrichtung. Zur Beruhigung: Von den 14,4 Millionen Rentner-

haushalten wären nach altem Recht im Jahr 2005 2,0 Millionen oder 14 % steuerpflichtig, weil sie in den allermeisten Fällen über zusätzliche Einkünfte verfügen und 12,2 Millionen gleich 86 % nicht steuerpflichtig. Nach dem neuen Recht steigt der Anteil der steuerbelasteten Rentnerhaushalte auf 3,3 Millionen gleich 23 % und der steuerfreien Rentnerhaushalte sinkt auf 10,9 Millionen gleich 77 %. Auch hier gilt, dass zumeist erst bei zusätzlichen Einkünften überhaupt Steuerpflicht entsteht, denn nach dem Gesetz sind die Bestandsrenten und Neufälle des Jahres 2005 bis zu einer Höhe von rund 18.900 EUR pro Jahr, d.h. rund 1.575 EUR pro Monat bei Alleinstehenden generell steuerfrei. Für Verheiratete verdoppeln sich die Beträge. Zunächst gibt es also keinen Grund zur Panik und auf die steigenden Lasten in der Zukunft kann sich jeder einstellen.

In diesem Jahr möchte ich den statistischen Teil meines Berichtes mit einigen Zahlen aus dem Melde-, Beitrags- und Leistungswesen unserer Versorgungseinrichtung beginnen: Sie sehen die Beitragsrückstände jeweils zum 31.12. für die Geschäftsjahre 1997 bis 2003. Für das Jahr 2003 ergeben sich zwei unterschiedlich hohe Säulen, mit 4.135 und 2.561 Beitragsrückständlern. Dieser Unterschied wird auch in der Darstellung des prozentua-



Die Mandatsträger der erweiterten Kammerversammlung bei der Abstimmung

14. Sächsischer Ärztetag 30. Kammerversammlung 15. erweiterte Kammerversammlung

Dresden
26. Juni 2004



Als Gäste: Frau Berit Franke von der Versicherungsaufsicht (SMWA) und Herr Dr. Hans-Jörg Bonz von der Rechtsaufsicht (v. li.)

len Anteils der Säumigen an der Gesamtmitgliederzahl deutlich und erklärt sich folgendermaßen:

Von den 4.135 Mitgliedern, die zum Jahresultimo einen Beitragsrückstand zu verzeichnen hatten, sind 2.650 angestellte Tätige. Bei 1.574 Mitgliedern davon zahlt der Arbeitgeber den fälligen Beitrag aufgrund gesetzlicher Neuregelungen im BAT erst einen Monat später. Hinzu kommen bei 628 Mitgliedern nicht fällige Beiträge zum 31.12. und bei 23 Mitgliedern eine Restschuld aus Stundungen, so dass der bereinigte Rückstand die jeweils geringere Zahl für 2003 ergibt. Die Sächsische Ärzteversorgung erhebt seit 2003 Säumniszuschläge gemäß § 23 unserer Satzung, im Jahre 2003 für 438 Säumige und im Jahr 2004 für 256 säumige Mitglieder. Der größte Anteil der Forderungen ist durch Zahlung erledigt. Der Überblick über die vereinbarten Stundungen von 1996 bis 2003 zeigt deutlich seit dem Jahre 1999 eine kontinuierliche Abnahme der Verfahren. Bei den Vollstreckungen ergibt sich ein uneinheitliches Bild. Die Anzahl der Verfahren schwankt in den Jahren deutlich. Ich möchte darauf hinweisen, dass die Sächsische Ärzteversorgung das Mittel der Vollstreckung erst anwendet, wenn alle anderen Versuche der Einigung mit dem Mitglied vorher fehlgeschlagen sind. Auch die Vollstreckung geschieht letztlich im Interesse des einzelnen Mitglieds, damit Rück-

stände im Beitrag nicht zu hoch auflaufen und die Versorgung bei Berufsunfähigkeit oder im Alter gefährden. Beunruhigend ist das Ansteigen der Insolvenzverfahren im Jahr 2003, deren Verteilung gleichmäßig über Sachsen und alle Fachrichtungen festgestellt wurde. Die Zahl der aktiven Mitglieder zum 31. 12. 2003 in Höhe von 12.748 ergibt sich aus der Summation von 11.736 Ärztinnen und Ärzten und 1.012 Tierärztinnen und Tierärzten. Während bei den ärztlichen Mitgliedern die Frauen in der deutlichen Überzahl sind, überwiegt bei den tierärztlichen Mitgliedern die Anzahl der Männer, insgesamt führt dies zu einer Mehrheit der Frauen von 6.636 gegenüber 6.112 Männern in unserem Versorgungswerk. Die Zahl der aktiven Mitglieder und der Nettozugang der Sächsischen Ärzteversorgung sind – wie auch in den vergangenen Jahren – stabil und damit Basis für eine gesunde Entwicklung des Versorgungswerkes. Bei den Überleitungen überwiegen unverändert diejenigen von der Sächsischen Ärzteversorgung weg über die zur Sächsischen Ärzteversorgung hin. Dies trifft sowohl auf die Zahl der wechselnden Mitglieder, als auch auf den übergeleiteten Beitrag zu. Bei den Beitragszahlungen ergibt sich vom Jahr 2002 zum Jahr 2003 eine erhebliche Steigerung von 89 auf 102 Millionen EUR. Grundlage für diese deutliche Steigerung ist sowohl die Anhebung des Beitragssatzes von 19,1 auf

19,5 % als auch die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze von 3.750 auf 4.250 EUR monatlich. Bei den Mitgliedern, die entweder den Angestelltenhöchstbeitrag (AVMAX) oder 9 % zahlen, verringerte sich die Anzahl von 2002 zu 2003 nicht unerheblich. Da aber der AVMAX von 8.595 EUR 2002 auf 9.945 EUR 2003 anstieg, ist dies nicht auf eine Verringerung der Einkommen zurückzuführen. Die graphische Darstellung zeigt diesen größeren Abstand zwischen Durchschnittsbeitrag und AVMAX deutlich. Wie Sie wissen, ist das Verhältnis des individuellen Beitrags zum Durchschnittsbeitrag entscheidend für den Punktwert, den das einzelne Mitglied pro Jahr erreicht.

Die Verteilung der Kapitalanlagen in den Jahren 2001, 2002 und 2003 zeigt, dass etwa 2/3 der Gesamtanlage in festverzinslichen Papieren geschieht. Das zweitgrößte Segment sind Anlagen in gemischten Fonds und Rentenfonds, wobei der echte Aktienanteil kontinuierlich verringert wurde und aktuell 11,6 % beträgt. Die Sächsische Ärzteversorgung ist bemüht, den Anteil an Immobilienfonds allmählich auf 10 % der Gesamtkapitalanlage anzuheben. Die Wertsteigerungen in den gemischten Fonds – nach BVI – zu den genannten Stichtagen belegen die positive Entwicklung dieses Anlagesegments sowohl 2003 als auch 2004. Das Anlagevermögen zeigt seit der Gründung der Sächsischen Ärzteversorgung eine stetige Zunahme.

Ich denke, auf diese Entwicklung können wir alle stolz sein. Die Sächsische Ärzteversorgung hat im Jahr 2003 Versorgungsleistungen von insgesamt fast 8,4 Millionen EUR ausgezahlt, wobei das Altersruhegeld mit 6,4 Millionen eindeutig an der Spitze steht und inzwischen etwa 3/4 aller Leistungen im Kernbereich ausmacht. Seit Bestehen der Sächsischen Ärzteversorgung sind bis zum 1. Quartal 2004 insgesamt 31,3 Millionen EUR als Hinterbliebenenversorgung, Ruhegeld bei Berufsunfähigkeit, Altersruhegeld und Reha-Leistungen gezahlt worden. Bei den Berufsunfähigkeitsdiagnosen stehen insgesamt unverändert die Tumorerkrankungen an erster Stelle, gefolgt von psychiatrischen Erkrankungen und den Krankheiten des Herz- und Gefäßsystems.

Zum Schluss ein Wort zu den Aufwendungen der Verwaltung. Der Verwaltungskostensatz der Sächsischen Ärzteversorgung ist in 2003 gegenüber 2002 auf 1,91 % gesunken. Im ver-

sicherungsmathematischen Gutachten sind 4 % kalkuliert, eine Zahl, die bisher jährlich weit unterschritten wurde. Insgesamt verzeichnen wir ein erfolgreiches Jahr und können diesen Erfolg in Form einer Dynamisierung der Anwartschaften und eingewiesenen Versorgungsleistungen in Höhe von 4% zum 1. Januar 2005 an unsere Mitglieder weitergeben.

Ich bedanke mich bei den Mitgliedern des Verwaltungsausschusses für ihr konstruktives und sachkundiges Wirken sowie das in mich gesetzte Vertrauen. Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Verwaltung danke ich für ihre unermüdliche und engagierte Arbeit an der Basis des Versorgungswerkes.

Beschlüsse der

15. erweiterten Kammerversammlung

Die Mandatsträger der 15. erweiterten Kammerversammlung fassten am 26. Juni 2004 folgende Beschlüsse:

Beschluss Nr. SÄV 1/04

Rentenbemessungsgrundlage/
Rentendynamisierung 2005 (bestätigt)

Beschluss Nr. SÄV 2/04

Jahresabschluss 2003
(mit Jahresabschlussbilanz)
(bestätigt)

Beschluss Nr. SÄV 3/04

Satzungsänderungen (bestätigt)

Beschluss Nr. SÄV 4/04

Haushaltsplan 2005

(bestätigt)

Beschluss Nr. SÄV 5/04

Nachtrag zum Haushaltsplan 2004

(bestätigt)

Nachfolgend werden die zur Veröffentlichung vorgesehenen Beschlüsse im vollen Wortlaut wiedergegeben:

Beschluss Nr. SÄV 1/04

Die Rentenbemessungsgrundlage für das Jahr 2005 beträgt 37.853 EURO.

Die am 31. Dezember 2004 laufenden Versorgungsleistungen werden zum 01. Januar 2005 mit 4,0 % dynamisiert.

Beschluss Nr. SÄV 2/04

Jahresabschluss 2003

Die Tätigkeitsberichte des Verwaltungsausschusses und des Aufsichtsausschusses der Sächsischen Ärzteversorgung 2003 werden bestätigt.

Der Bericht über die Prüfung der Rechnungslegung für das Rechnungsjahr 2003 wird bestätigt. Dem Verwaltungsausschuss, dem Aufsichtsausschuss und der Verwaltung der Sächsischen Ärzteversorgung wird Entlastung für das Geschäftsjahr 2003 erteilt.

Die Mitglieder der Sächsischen Ärzteversorgung können bei der Geschäftsstelle den Geschäftsbericht für das Jahr 2003 anfordern.

Beschluss Nr. SÄV 3/04

Die Veröffentlichung der Satzungsänderungen erfolgt gesondert und ausführlich nach der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde.

Dr. med. Helmut Schmidt
Verwaltungsausschuss
Vorsitzender

Angela Thalheim
Geschäftsführerin