

31. Kammerversammlung

Dresden
13. November 2004



Präsidium

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Prof. Dr. Jan Schulze, eröffnete und leitete die turnusmäßig einberufene 31. Kammerversammlung. Er begrüßte herzlich die anwesenden Mandatsträger der sächsischen Ärzteschaft und alle Gäste. Besonders willkommen hieß der Präsident den Ehrenpräsidenten, Herrn Prof. Dr. Heinz Diettrich, 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; die Träger der Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille, die Geschäftsführung und die Mitarbeiter der Sächsischen Landesärztekammer. Es waren 80 der gewählten 101 ärztlichen Mandatsträgern anwesend. Die Kammerversammlung war beschlussfähig.

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

Wenn Gesundheitspolitiker streiten

Gesundheitsreform

Übergeordnetes Ziel der Gesundheitsreform war die Absenkung des Beitragssatzniveaus in der Gesetzlichen Krankenversicherung und dadurch Entlastung der Arbeitgeber und keine weitere Belastung der Arbeitnehmer. Damit sollte letztendlich die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems sichergestellt werden.

Dies sollte durch mehr Wettbewerb innerhalb der Krankenkassen und zwischen den Leistungserbringern – mit Stärkung der Rolle der Hausärzte – sowie durch mehr Eigenverantwortung der Versicherten erreicht werden.

Folgen für Patienten

Die Berufung einer Patientenbeauftragten durch die Bundesregierung sowie die Besetzung einer so genannten Dritten Bank durch Patientenvertreter im neuen „Gemeinsamen Bundesausschuss“ sind deutliche politische Signale für mehr Patientensouveränität und -autonomie. Jedoch – die Patientinnen und Patienten nehmen dies kaum wahr. Vom ersten Tag an spürbar sind aber die finanziellen Belastungen. Waren die Folgen früherer Reformen noch gleichmäßig auf den Schultern von Versicherten und Akteuren im Gesundheitssystem verteilt, so trifft es diesmal fast ausschließlich die Patienten. Auf die Steuerung der Leistungsanspruchnahme zielen auch Leistungsausgrenzungen und Leistungskürzungen. Die neuen Belastungsgrenzen haben zur Folge, dass auch gering Verdienende oder Bezieher von Sozialhilfe Zuzahlungen leisten müssen und Krankheit kaum noch bezahlen können.

Folgen für Ärzte

War die Umsetzung früherer Reformen in der Praxis von oft quälenden und konfrontativen Auseinandersetzungen mit den Patientinnen und Patienten begleitet, so ist im Verlauf des Jahres eher eine resignative Akzeptanz bis hin zu einer spürbaren Ohnmacht auszumachen. Der Unmut der Betroffenen zielt weniger auf Ärzte und Mitarbeiterinnen als auf „die Politik und die schlechte Lage“. Die wirtschaftliche Überforderung mancher Patienten wird offensichtlich. Der Verzicht auf Arztbesuche, auf notwendigen prothetischen Zahnersatz oder auf Sehhilfen, die Nachfrage nach den früher oft verpönten „Ärztemustern“ spricht eine deutliche Sprache. Ob der Rückgang der Fallzahlen von 10 Prozent im ersten, 5 Prozent im zweiten und 8 Prozent im dritten Quartal 2004 sich bei steigender Zahl von Befreiungsausweisen fortsetzen wird, bleibt abzuwarten. Den sinkenden Arzneimittelausgaben im ersten Halbjahr 2004 stehen die steigenden des zweiten Halbjahres gegenüber. Die gestiegenen Einnahmen der Gesetzlichen Krankenkassen mit einem Überschuss von 2,42 Mrd. Euro und die steigenden Erstkontakte beim Hausarzt sprechen für eine Steuerungswirkung. Dass dennoch die GKV ihre Beiträge nicht und schon gar nicht in der von der Politik geforderten Höhe senkt, spricht eher gegen eine wohl durchdachte Gesundheitspolitik. Dazu gesellt sich der Rückschlag – aus ärztlicher Sicht ein Erfolg – bei den Einnahmen aus der Tabaksteuer.



1. Reihe v.l.n.r. Prof. Dr. Fritz Beske, Dr. Peter Schwenke, Prof. Dr. Heinz Diettrich

Um die eigene Unfähigkeit für eine ordentliche Sacharbeit zu verschleiern, schiebt man die Schuld für misslungene Gesetze oder Aktionen der Selbstverwaltung in die Schuhe. Es gehört heute zur gängigen politischen Taktik der Selbstverwaltung, durch knappe Terminvorgaben die Ausführung von Aufgaben unmöglich zu machen. Bestes Beispiel ist die elektronische Gesundheitskarte.

Kriterien der Ärzteschaft

Im weiteren Verlauf der gesundheitspolitischen Diskussionen wird es für die Ärzteschaft immer wichtiger, die Kriterien der gesundheitlichen Versorgung für die Zukunft zu definieren. Allein daran haben sich die weiteren Reformmaßnahmen auszurichten. Die Kriterien der Ärzteschaft zur Finanzierung der Gesundheitsversorgung sind:

- Freie Arztwahl und Therapiefreiheit
- Chancengleichheit beim Zugang zur Heilbehandlung
- Definitionskompetenz der Ärzte für Qualität und Professionalität der medizinischen Versorgung
- Wettbewerbsgleichheit der niedergelassenen Ärzte und der Krankenhäuser.

Ärzte sind keine Leistungserbringer

Die Ärzteschaft weiß um die Notwendigkeit von Reformen im Gesundheitswesen und ihr ist auch bewusst, dass aus fiskalischen Gesichtspunkten eine Neuorientierung der gesetzlichen Krankenversicherung notwendig ist. Aber es ist nicht an ihnen, die ökonomischen Stellschrauben zu justieren. Und sie werden sich nicht als „*Leistungserbringer im Gesundheitsmarkt*“ verstehen. Sie sind und bleiben verantwortungsvoll handelnde Ärzte in einem patientenorientierten Gesundheitswesen. Die Aufgabe der Ärzteschaft besteht in einer kompetenten Beratung der Regierung zu den Leistungen, welche von einer Krankenversicherung zukünftig vorzuhalten sind.

Fehlsteuerung der Chronikerprogramme

Die vordergründige Motivation der gesetzlichen Krankenkassen, die Umsetzung des Disease-Management-Programms Diabetes Typ II zu verfolgen, sind vordergründig finanzieller Art. Offensichtlich wird auch, dass Krankenkassen nur dann neue selektive Vertragsformen eingehen, wenn sie mit einer Subventionierung aus anderen „Töpfen“ rechnen können und das Kostenrisiko für sie gering bleibt. Denn wie sonst lässt sich die

Zurückhaltung bei anderen Vertragsformen im Vergleich zu DMP erklären.

Die Bundesgesundheitsministerin feiert sich in Berlin vor allem selbst, wenn sie behauptet, die Qualität der Versorgung wesentlich zu verbessern, ohne auch nur einen Nachweis dafür erbringen zu können. Es ist eine nicht nachprüfbare Aussage, weil die Programme weder wissenschaftlich evaluiert noch begleitend erforscht werden. Trotz enormer Datensammlungen werden diese bisher keiner Auswertung zugeführt. Es erfolgt de facto keine Qualitätssicherung. Nachprüfbar sind bisher nur die enorm gestiegenen Ausgaben für die Verwaltung des DMP Diabetes, wie es das bei den Diabetes Leitlinien in Sachsen nicht gab. Die Techniker Krankenkasse zum Beispiel hat für die Diabetes-Leitlinien im Jahr 2002 insgesamt 1.500 Euro für die externe Verwal-

tung aufgewendet. Im Jahr 2004 stiegen die Ausgaben auf 50.000 Euro. Der GKV-Schätzerkreis geht für dieses Jahr von 167 Millionen Euro Verwaltungskosten für 1,0 Million Diabetiker in Deutschland aus. 2005 sollen es dann 340 Millionen Euro für 2,1 Millionen Diabetiker sein. Dieses Geld wird wohlgemerkt nicht für die Behandlung von Patienten, sondern ausschließlich für die Verwaltung und Datenerfassung verbraucht. Mittelfristig werden diese Mittel in anderen Versorgungsbereichen und den Versicherten fehlen. Grundsätzlich stellt sich deshalb die Frage nach der Effizienz von Chronikerprogrammen.

Entbürokratisierung

Die Entbürokratisierung der ärztlichen Tätigkeit steht mittlerweile auch auf der Tagesordnung der Politik. Schreibarbeiten aller Art,

Statistiken, Bescheinigungen, Dokumentationen und Auswertungen nehmen inzwischen einen Großteil der gesamten ärztlichen Arbeitszeit ein. 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. Zu begrüßen ist deshalb die Initiative der Gesundheitsministerkonferenz, unter Federführung von Sachsen und Rheinland-Pfalz, Vorschläge zum Abbau des Dokumentationsaufwandes unter Beteiligung der Selbstverwaltung zu erarbeiten und mit dem Bundesgesundheitsministerium umzusetzen. Die Entbürokratisierung der ärztlichen Tätigkeit ist zwingend. Deshalb hat der Präsident dem Sozialministerium vorgeschlagen, eine aus Ärzten und Behördenvertretern bestehende Expertengruppe zu bilden, um Detailfragen zu klären. Eine Antwort steht noch aus.

Qualität und Wirtschaftlichkeit

Am 1. November 2004 hat das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen seine Arbeit aufgenommen. Die ersten Aufgaben des Institutes werden über den Gemeinsamen Bundesausschuss und die Bundesregierung bestimmt. Es soll unter anderem evidenzbasierte Leitlinien für die häufigsten Krankheiten sowie den Nutzen von Arzneimitteln bewerten. Leiter des Instituts ist Professor Dr. Peter Sawicki. Im Zuge der stetigen Ökonomisierung der Medizin zu Beginn etwas für das Stammbuch: Die ärztliche Tätigkeit wird von dem Dualismus aus langjähriger praktischer Erfahrung

und erlernbarem Regelwissen geprägt. Der Erfolg einer medizinischen Behandlung liegt in der Individualität des Patienten und der darauf abgestimmten angewandten Methoden begründet. Eine Ausrichtung der Medizin auf pure ökonomische Faktoren und externe Evidenz führt unmittelbar zu einem Verlust an Behandlungs- und Lebensqualität für Patienten und zur Einschränkung der Therapiefreiheit der Ärzte.

Mangel an Hausärzten

Der Mangel an Hausärzten in Sachsen ist ein weiterhin drängendes Problem. Aus 80 Prozent der Kreisärztekammern werden freie Arztpraxen und fehlender Nachwuchs gemeldet. Nun endlich hat das Problem den Bundestag erreicht. Und genau die gleichen Rot-Grünen Politiker, die vor einem Jahr noch keine Anhaltspunkte für einen drohenden Ärztemangel gesehen haben, sprechen heute von notwendigen Maßnahmen zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung. Eine Einigung zu den Vorschlägen ist trotz intensiver Gespräche zwischen Kassenärztlicher Vereinigung Sachsen und den Krankenkassen bisher nicht gelungen. Einzig die Erhöhung der Weiterbildungsstellen Allgemeinmedizin auf 150 ab 2005 wurde beschlossen. Ein weiteres Gespräch zwischen dem Sozialministerium, der KV-Sachsen und den Krankenkassen war am 3. Dezember 2004. Die Sächsische Landesärztekammer nutzt ihre Möglichkeiten, um Ärzte in Sachsen zu gewinnen. Anfang Oktober hat sie eine Veranstaltung mit Vorträgen zum Weg in die Niederlassung durchgeführt, um Ärzte in dem

Wunsch nach einer eigenen Praxis zu unterstützen und so Nachwuchs zu gewinnen. Gleichzeitig wurde zusammen mit dem Sozialministerium und der Krankenhausgesellschaft Sachsen eine Informationsveranstaltung für österreichische Ärzte im November 2004 in Wien durchgeführt.

Abschaffung Arzt im Praktikum

Die Umstellung verlief nach dem Kenntnisstand der Sächsischen Landesärztekammer weitgehend reibungslos. Es hat sich kein AiP gemeldet, der keinen Anschlussvertrag erhalten hat. Unklarheiten bei der Finanzierung und der Erteilung der Approbation konnten rechtzeitig ausgeräumt werden. Es ist den zuständigen Approbationsbehörden in Sachsen für ihre engagierte Arbeit zu danken. Damit ist diese Stufe der Änderung der Approbationsordnung sehr zum Nutzen unserer jungen Kollegen verlaufen.

Koalitionspapier CDU – SPD

Das ausgehandelte Koalitionspapier zwischen CDU und SPD trägt im Sozial- und Gesundheitsbereich deutlich die Handschrift von Frau Staatsministerin Orosz. In diesem Papier sind explizit die Prävention, die Optimierung der Behandlung von Diabetes mellitus und Brustkrebs sowie ein gesundes Aufwachsen von Kindern zu finden. Die Erarbeitung eines Programms „Gesundheitsbewusstes Leben“ in Sachsen aus Bundesmitteln wird die Sächsische Landesärztekammer unterstützen. Bedauerlich ist, dass die Freien Berufe an keiner Stelle des Koalitionspapiers eine Erwähnung finden, gerade auch wegen kritischer Bemerkungen des alten und neuen Ministerpräsidenten, Herrn Prof. Dr. Milbradt im „Ärztblatt Sachsen“, Heft 9/2004. Die verfassten Ärzteschaft muss die ärztliche Berufsfreiheit intensiver herausheben. Denn der ärztliche Beruf ist kraft Gesetzes ein freier Beruf und kein Gewerbe (§ 1 Bundesärzteordnung). Hauptkriterien für die Freiberuflichkeit fußen auf einem gemeinsamen Berufsethos, auf persönlicher und sachlicher Unabhängigkeit, auf einem besonderen Maß an Verantwortung für die Allgemeinheit, einem spezifischen Vertrauensverhältnis sowie dem Wirtschaftlichkeitsrisiko in eigener Verantwortlichkeit.

Ethik in der Medizin

Der ärztliche Berufsstand erfährt durch die Ökonomiedebatte eine schleichende ethische Erosion. Verwaltungsleitern machen Verglei-



Herr Ministerialdirigent Albrecht Einbock

che wie etwa: „Ein Krankenhaus ist wie eine Autowerkstatt“ oder „Junge Menschen sparen auf ein Moped, alte auf eine neue Hüfte“. Das sind Sumpfb Blüten, die aus einer niederen fiskalischen Betrachtungsweise des menschlichen Lebens an sich erwachsen.

Wo bitte sind die Werte „Nächstenliebe“, „Vertrauen“, „Achtung“ oder „Mitmenschlichkeit“ geblieben? Sind diese Worte noch zeitgemäß? In den Schulen will man diese „Werte“ wieder verstärkt vermitteln. Vielleicht sollte man das auch an anderer Stelle tun.

Die innerärztlichen Maßstäbe, das heißt die ärztlichen ethischen Grundwerte von Wissenschaftlichkeit, Erfahrungswissen, persönlicher Haftung und menschlicher Zuneigung bedürfen der laufenden Aktualisierung und kritischen Selbstreflexion. Jeder Arzt und jede Arztgruppe in Praxen, Kliniken oder im Öffentlichen Gesundheitsdienst ist aufgerufen, dieses noch sehr positiv in der Gesellschaft verankerte Arztbild zur Geltung zu bringen und weiter zu entwickeln.

Im Anschluss an die Rede übermittelte Herr Ministerialdirigent Albrecht Einbock die Grüße der alten und neuen Staatsministerin für Soziales, Frau Helma Orosz.

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

- Die befremdende Äußerung des ökonomischen Vorstandes des Universitätsklinikums der Universität Leipzig, dass eine Klinik und eine Autowerkstatt zu 98,5 Prozent die gleichen Gene hätte, gleich-



Frau Dr. Kristina Kramer

zeitig wurde von einem „Patienten-Umschlag“ gesprochen.

Die berufspolitische Stellungnahme der Sächsischen Landesärztekammer zu dem Artikel „Gesundheitskonzern – Leipziger Universitätsklinikum setzt streng auf Wirtschaftlichkeit – und will expandieren“ haben wir in diesem Heft auf den Seiten 546 und 547 abgedruckt, da die Leipziger Volkszeitung unsere Stellungnahme nicht publiziert hat.

- Eine Diffamierung der deutschen Ärzteschaft durch die populistische Mitteilung des Vorstandes von Transparency International (TI) während der Vorstellung der zusammen mit dem Bundesverband Verbraucherzentrale erarbeiteten Broschüre „Transparenzmängel, Korruption und Beitrag im deutschen Gesundheitswesen“ am 12. November 2004 in Berlin ist empörend. Die Belege für eine hohe Schadenssumme im Gesundheitswesen durch Korruption ist armselig. Die Autoren haben geschätzte Zahlen aus den USA auf Deutschland übertragen. So erklärt sich auch die enorme Spanne: sechs bis 20 Milliarden Euro. Offensichtlich liegen TI und dem vzbv aus der Bundesrepublik Deutschland keine konkreten Zahlen vor oder sie sind so niedrig, dass sie nicht zur Schlagzeile getaugt hätten. Statt konkret zu werden, werden wieder einmal alle Ärzte und das deutsche Gesundheitswesen verunglimpft.
- Der Ärztemangel in Sachsen und in allen neuen Ländern. Der Ärztemangel hat den Bundestag erreicht. Es wurde ein Antrag zur Sicherung der flächendeckenden



Frau Dr. Maria Eberlein-Gonska

hausärztlichen Versorgung am 21. Oktober 2003 eingebracht. Viele Hausärzte, aber auch Fachärzte, finden keinen Nachfolger. Die Sächsische Landesregierung und die Bundesregierung werden von der Kammerversammlung erneut zum Handeln aufgefordert. Auch die Ärzteschaft muss hinwirken, dass bei der Feststellung von ärztlicher Unterversorgung besonders in strukturschwachen und ländlichen Gebieten auch der Morbiditätsgrad der Bevölkerung Berücksichtigung findet.

Eine ungleiche Vergütung zwischen den jüngeren und den älteren seit Jahren niedergelassenen Fachärzten ist eindeutig abzulehnen.

Gesundheits- und Sozialwesen – quo vadis

Die künftige Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme, Gesetzliche Kranken- und Rentenversicherung

Professor Dr. Fritz Beske

Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel

Leistungskatalog kürzen

Der Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung muss überarbeitet werden, gleich welche Versicherungsform in Zukunft Anwendung findet. Davon ist Prof. Dr. Fritz Beske vom gleichnamigen Institut für Gesundheitssystemforschung überzeugt. In seinem Vortrag vor der Kammerversammlung erläuterte er seinen Standpunkt. Danach belastet die Gesundheitsreform die Versicherten stärker und rationiert gleichzeitig Leistungen. Will man aber die international anerkannten Vorteile des deutschen Gesundheitswesens wie zum Beispiel kurze Wartezeiten bei Ope-

rationen sowie eine wohnortnahe Versorgung erhalten, so muss die Politik offen eine Überarbeitung des Leistungskataloges diskutieren, denn weder eine Gesundheitsprämie von CDU/CSU noch eine verfassungsrechtlich bedenkliche Bürgerversicherung der SPD sind in der Lage, die Einnahmeschwäche der Krankenkassen zu beseitigen. Die hohe Arbeitslosigkeit und die demografische Entwicklung in Deutschland werden ein Umdenken in der Frage erzwingen. Nach Auffassung von Prof. Beske sollten sich die Leistungen einer Krankenversicherung auf die Absicherung im Krankheitsfall konzentrieren. Kuren und ähnliches müssten danach aus dem Leistungskatalog gestrichen werden. Das Institut von Prof. Beske wird in den kommenden Wochen 160 Verbände, Körperschaften und die Politik um eine fachliche Mitarbeit in dieser Frage bitten.

Neue Strukturen

Die Mittelknappheit in Deutschland stellt die gesamten sozialen Sicherungssysteme zur Disposition. Eine Integration der Pflegeversicherung in die Gesetzliche Krankenversicherung ist vor diesem Hintergrund zu überlegen. Gleichzeitig sollte die gesamte Rehabilitation von der grünen Wiese an die Krankenhäuser verlagert werden, um die Qualität der Patientenbehandlung zu erhöhen. Die ständige Ökonomiedebatte ist aber für das Gesundheitswesen auf Dauer schädlich, weil die zentralen Elemente einer Patientenversorgung kaum noch eine Rolle spielen. Nur über eine Sinnstiftung (Pflege, Behandlung) durch die Gesellschaft ist ein patientenorientiertes Gesundheitswesen möglich.



Prof. Dr. Fritz Beske

DRG

Prof. Beske lieferte eine vernichtende Kritik zu den Diagnoseorientierten Fallpauschalen an Krankenhäusern. Weder dem Arzt noch den Patienten bringt dieses neue Abrechnungssystem einen zusätzlichen Nutzen. Dagegen ist ohne ein ausuferndes Kontrollsystem leicht Betrug möglich. Es wird auch damit gerechnet, dass jedes siebente Krankenhaus aus finanziellen Gründen schließen muss, wodurch die wohnortnahe Versorgung in Frage gestellt wird. Ob durch das neue Abrechnungssystem Mittel eingespart werden, wird von Prof. Beske bezweifelt.

Wahl der ehrenamtlichen Richter für das Berufsgericht und das Landesberufsgericht der Heilberufe

Die Kammerversammlung hat gemäß § 8 Abs. 3 Nr. 6 Sächsisches Heilberufekammergesetz dem Sächsischen Staatsministerium der Justiz 14 Kammermitglieder für die Besetzung des Berufsgerichts und Landesberufsgerichts der Heilberufe vorgeschlagen.

Änderung der Satzung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer

Professor Dr. Wolfgang Sauer
Vorsitzender des Ausschusses Satzungen

Die Liberalisierung der Vorschriften in der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer soll in Abstimmung mit allen deutschen Kammern fortschreiten.

Wir müssen uns dabei bewusst bleiben, dass wir bei der Gratwanderung zwischen Interessen des Arztes

- als „Unternehmer Arzt“ als Teilnehmer am Wettbewerb am „Gesundheitsmarkt“ auf der einen Seite und
- dem „ärztlichen Berufsethos“ als individueller Diener am Patienten entscheiden.

Die zu dieser Entscheidung als Schritt in die richtige Richtung anstehenden Änderungen betreffen zum einen Neuerungen zur Ausübung der ärztlichen Praxis, den Kooperationen und der Beschäftigungsart und zum anderen Regelungen, die dem niedergelassenen Arzt im Wettbewerb mit den vom Gesetzgeber im SGB V vorgegebenen neuen Organisationsformen Chancengleichheit sichern soll. Genauere Informationen können Sie unter den §§ 17, 18, 18a, 19, 23a, 23b, 23c und 23 d der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammern erhalten.

Der kompletten Umsetzung kann auf der Grundlage des in Sachsen geltenden Sächsischen Heilberufekammergesetzes (SächsHKaG) durch die Aufsichtsbehörde gegenwärtig noch nicht genehmigend zugestimmt werden. Widersprüche tun sich zu § 19 Abs. 2, zu den §§ 23 a und b für die Aufsichtsbehörde auf.

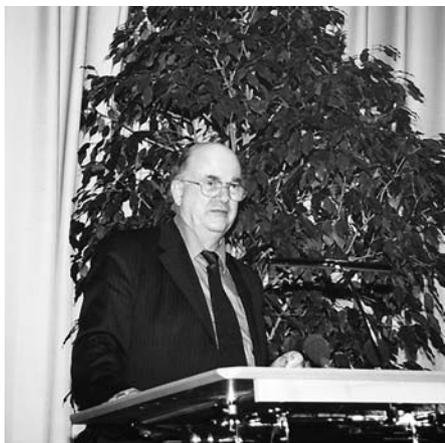
Wir werden somit eine schrittweise Umsetzung in der Berufsordnung und unsere aktive Mitgestaltungsarbeit bei der Diskussion der Änderung des Heilberufekammergesetzes vor uns haben.

Für die niedergelassenen, im letzteren aber für alle Kollegen sicher viel, aber lohnender Aufwand!

Satzung Fortbildung und Fortbildungszertifikat der Sächsischen Landesärztekammer

Professor Dr. Otto Bach
Vorsitzender der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung

Die Fortbildung der Ärzte dient dem Erhalt und der kontinuierlichen Aktualisierung der fachlichen Kompetenz. Der § 95 d des SGB V schreibt vor, dass Vertragsärzte alle fünf Jahre gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung den Nachweis zu erbringen haben, dass sie dieser Fortbildungspflicht genügen. Aus dem § 137 SGB V leitet der Gemeinsame Bundesausschuss die Fortbildungsverpflichtungen auch für angestellte Ärzte ab. Die 31. Kammerversammlung hat am 13. November 2004 eine neue Satzung für das Fortbildungszertifikat angenommen, die sich ganz in an die Mustersatzung der Bundesärztekammer anlehnt. Das Zertifikat ist künftig die wesentliche Fortbildungsdokumentation, die der Arzt nach § 95 d SGB V vorlegen muss. Der Arzt ist in der Wahl der Art seiner Fortbildung frei. Ein Fortbildungszertifikat wird erteilt, wenn der Arzt innerhalb eines der Antragstellung vorausgehenden Zeitraums von fünf Jahren Fortbildungsmaßnahmen abgeschlossen hat, welche in ihrer Summe 250 Punkte erreichen. Ein Arzt, der bereits ein Fortbildungszertifikat über den Zeitraum von drei Jahren bis zum 31. Dezember 2004 beantragt hat, kann das damit erworbene Drei-Jahres-Fortbildungszertifikat bis spätestens 31. Dezember 2006 unter Nachweis von 100 weiteren Fortbildungspunkten in ein Fünf-Jahres-Fortbildungszertifikat umwandeln lassen.



Prof. Dr. Otto Bach

Geschäftsordnung der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung (Neufassung)

Professor Dr. Otto Bach

Vorsitzender der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung

Die Geschäftsordnung der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung musste, nachdem die bisherige Ordnung bis auf kleine redaktionelle Änderungen 12 Jahre gültig war, an die gegenwärtigen Verhältnisse angepasst werden.

Die wichtigste Änderung ist dabei, dass die Wahlzeiten der Akademiemitglieder an den Wahlrhythmus der Kammerversammlung angepasst werden. Diese Entscheidung führt zu einer Verlängerung der Amtszeiten der gegenwärtigen Akademiemitglieder um zwei Jahre.

Beschluss über die Wieder-Inkraftsetzung der Satzung zur Erteilung des Fachkunden-Nachweises Rettungsdienst

Professor Dr. Gunter Gruber

Vorsitzender des Ausschusses Weiterbildung

Die Fachkunde Rettungsdienst wurde auf dem 13. Sächsischen Ärztetag am 26. Juni 2004 außer Kraft gesetzt, weil sie durch die neue Zusatz-Weiterbildung Notfallmedizin der novellierten Weiterbildungsordnung ersetzt werden soll. Jetzt wurde bekannt, dass die Aufsichtsbehörde die Weiterbildungsordnung nicht in Kürze genehmigen kann. Herr Hommel, Leiter des Referates Recht des Gesundheitswesens im Sächsischen Staatsministerium für Soziales, trug die Gründe dafür aus der Sicht der Rechtsaufsicht in Sachsen vor. Deshalb bleibt die Fachkunde Rettungsdienst bis zum In-Kraft-Treten der beschlossenen



Prof. Dr. Gunter Gruber und Vizepräsident Dr. Stefan Windau

neuen Weiterbildungsordnung weiterhin gültig. Herr Professor Gruber warnte im Rahmen der Diskussion zur Thematik Genehmigung der Weiterbildungsordnung vor einer Teilgenehmigung.

Haushaltsplan 2005

Der Vorsitzende des Finanzausschusses der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Dr. Claus Vogel, stellte den Mandatsträgern den Haushaltsplan 2005 detailliert und schlüssig dar. Der vorgelegte ausgeglichene Haushaltsplan 2005 ist durch zahlreiche Besonderheiten geprägt, die die Planung nahezu aller Haushaltstitel beeinflusst haben. Das Jahr 2005 verlangt von der Sächsischen Landesärztekammer die Übernahme neuer Aufgaben aufgrund der aktuellen Gesetzgebung.

1. Auf Grundlage des § 291a SGB V ist die Ausgabe des elektronischen Arztausweises vorzubereiten. Der Vorstand der Bundesärztekammer hat beschlossen, dass die Landesärztekammern die Verantwortung und die Prozessorganisation der Ausgabe des elektronischen Arztausweises übernehmen. Damit besteht die Möglichkeit, Einfluss auf die Gestaltung des elektronischen Arztausweises und damit auch der Gesundheitskarte im Interesse von Ärzten und Patienten auszuüben, eine kostengünstige Durchführung und die Datenhoheit über die Arztdaten zu sichern. Damit verbunden ist die Aufgabe, beginnend im Jahr 2005 an die zirka 6.000 niedergelassenen Ärzte in Sachsen einen elektronischen Arztausweis auszugeben. Nach heutigem Kenntnisstand ist es dazu not-

wendig, dass jeder Arzt persönlich an Hand seines Personalausweises identifiziert wird. In der Folge ist auch davon auszugehen, dass sukzessive alle berufstätigen Ärzte in Sachsen (zirka 13.000) einen elektronischen Arztausweis als Voraussetzung für ihre ärztliche Tätigkeit erhalten werden. Der dafür notwendige personelle und finanzielle Aufwand ist sicherzustellen.

2. Die Novellierung des Arzneimittelgesetzes definiert die Tätigkeit der Ethikkommission nicht mehr allein als beratendes Gremium, sondern als Patientenschutzbehörde mit Bewertungsverpflichtung (Verwaltungsakt). Dies erfordert eine Neugestaltung der hauptamtlichen und ehrenamtlichen Struktur der Ethikkommission, die zwangsläufig mit finanziellen Konsequenzen verbunden ist.

3. Die Umsetzung der neuen Weiterbildungsordnung wird die Zahl der durchzuführenden mündlichen Prüfungen erhöhen, dieser zusätzliche Aufwand ist auch finanziell abzubilden.

4. Die Einführung der Pflichtfortbildung für die Ärzte erhöht den Aufwand für die Zertifizierung der zunehmenden Fortbildungsveranstaltungen und für die Ausstellung der Fortbildungszertifikate an die Kammermitglieder. Gleichzeitig wurde durch Beschluss der Kammerversammlung die Gebühr für das Fortbildungszertifikat von ursprünglich 50 EUR auf 15 EUR gesenkt.

5. Die demografische Entwicklung der Ärzteschaft zeigt für das Jahr 2005 steigende Gesamtarztzahlen bei einem sinkenden Anteil berufstätiger Ärzte.

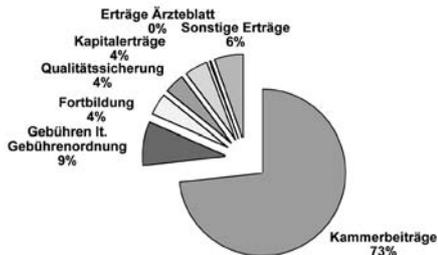
6. Aufgrund der neu übernommenen Aufgaben und der Veränderung der allgemeinen haftungsrechtlichen Bedingungen ist im Haftpflichtversicherungsbereich ein steigender Versicherungsbedarf zu planen.

Die konkrete finanzielle Umsetzung der angeführten Punkte spiegelt sich in der Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben wider. Insgesamt steigen die Aufwendungen gegenüber dem Jahr 2003, also für zwei Haushaltsjahre um 7,7 Prozent und gegenüber dem Haushaltsplan 2004 um 4,1 Prozent. Die Einnahmen sinken gegenüber dem Ist 2003 um 8,0 Prozent, während gegenüber dem Haushaltsplan 2004 eine Steigerung von 4,1 Prozent vorgesehen ist.

Aufgrund statistischer Erhebungen ist davon auszugehen, dass ab dem Jahr 2004 die Zahl der **berufstätigen** Ärzte sinken wird, während die Gesamtzahl der sächsischen Ärzte weiter

steigt. Das heißt, dass sich der Anteil der Ärzte, die in den Ruhestand gehen, stark erhöhen wird. Dieser Trend wird sich in den nächsten Jahren fortsetzen. Als direkte Auswirkung auf die Einnahmen aus Kammerbeiträgen bedeutet das den weiteren Anstieg des Anteils der Ärzte mit Beitragsbefreiung und Veranlagung zum Mindestbeitrag. Trotz der weiteren Übernahme von Aufgaben hat die Sicherung des gegenwärtigen Beitragssatzes oberste Priorität. Das bedeutet andererseits, dass ein großer Teil der neu übernommenen Aufgaben über Gebühren zu finanzieren ist. In erster Linie betrifft das die Arbeit der Ethikkommission, aber auch Gebühren für die Zertifizierung von Fortbildungsveranstaltungen, für Prüfungen und die Ausgabe des elektronischen Arztausweises.

Die nachstehende Abbildung veranschaulicht die vorgesehene Einnahmenstruktur:



Der Haushaltsplan wurde eingehend im Ausschuss Finanzen und im Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer diskutiert. Die Kammerversammlung hat den Haushaltsplan für das Jahr 2005 bestätigt.

Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer

Dr. Claus Vogel, Vorstandsmitglied

Vorsitzender des Ausschusses Finanzen

Die Änderungen der Beitragsordnung beinhalten keine gravierenden Neuerungen. In § 2 Absatz 2 werden die Worte „aus unselbständiger Tätigkeit“ in die Worte „aus nichtselbständiger Tätigkeit“ geändert. Damit erfolgt konsequenterweise die eindeutige Definition dieser steuerlichen Kategorie entsprechend des Einkommensteuergesetzes. Aufgrund des Wegfalls des AiP zum 1. Oktober 2004 ist dieser Tatbestand zur Entrichtung des Mindestbeitrages nicht mehr relevant. Kammermitglieder, die ihre ärztliche Tätigkeit nach dem Studium aufnehmen, werden im ersten Jahr entsprechend § 3 Absatz 1 d – neu veranlagt, also anteilig zum

Mindestbeitrag und in den Folgejahren entsprechend ihrer Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit wie alle anderen berufstätigen Kammermitglieder. Alle anderen, auch die zusätzlich eingefügten Änderungen sind redaktionell und ergeben sich aus dieser Änderung.

Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammern

Dr. Claus Vogel, Vorstandsmitglied

Vorsitzender des Ausschusses Finanzen

Auf dem 14. Sächsischen Ärztetag beschloss die Kammerversammlung Änderungen der Gebührenordnung, die sich vor allem aufgrund der Novellierung des Arzneimittelgesetzes und der sich daraus ergebenden Änderungen der Arbeit der Ethikkommission ergaben. Zu diesem Zeitpunkt wurde bereits darauf hingewiesen, dass es möglicherweise erforderlich ist, Gebührentatbestände kurzfristig den tatsächlichen Gegebenheiten anzupassen.

Die ersten Erfahrungen mit der neuen Arbeitsweise der Ethikkommission und der Gebührenerhebung haben zu der Notwendigkeit geführt, Änderungen in den Punkt 8 der Anlage der Gebührenordnung einzuarbeiten: Bei einigen Gebührentatbeständen ist eine detailliertere Aufgliederung erforderlich und die Rahmengebühr zu erweitern, um die entstehenden Kosten gebühreseitig decken zu können. Es hat sich herausgestellt, dass diese Sachverhalte aufwändiger in der Bearbeitung sind, als ursprünglich angenommen. Insbesondere wurden durch das am 1. Juli 2004 in Kraft getretene Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz die Honorare der ärztlichen Gutachter erhöht, welche durch Gebühren umzulegen sind.

Beschlüsse der 31. Kammerversammlung

Die Mandatsträger der Sächsischen Landesärztekammer fassten zur 31. Kammerversammlung am 13. November 2004 folgende Beschlüsse:

Beschlussvorlage Nr. 1:

Wahl der ehrenamtlichen Richter für das Berufsgericht und das Landesberufsgericht (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 2:

Änderung der Satzung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 3:

Satzung zur Änderung der Fortbildung und

Fortbildungszertifikat der Sächsischen Landesärztekammer (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 4:

Geschäftsordnung der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 5:

Haushaltsplan 2005 (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 6:

Kauf und Finanzierung eines Grundstückes (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 7:

Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 8:

Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 9:

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

Beschlussvorlage Nr. 10:

Satzung zur Änderung der Verfahrensordnung der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen der Sächsischen Landesärztekammer (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 11:

Bekanntgabe von Terminen (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 12:

Satzung zum Wieder-In-Kraft-Treten der Satzung zur Erteilung des Fachkundenachweises Rettungsdienst vom 8. März 1994 (in der Fassung der Änderungssatzung vom 21. 11. 2000) (bestätigt)

Beschlussantrag Nr. 13:

Förderung beruflicher Kooperation (bestätigt)

Beschlussantrag Nr. 14:

Satzung zum Wieder-In-Kraft-Treten der Richtlinie zur Erteilung des Fachkundenachweises Ultraschalldiagnostik vom 8. März 1994 (in der Fassung der Änderungssatzung vom 20. Juni 2001) (abgelehnt)

Bekanntmachung der Termine:

Der **15. Sächsische Ärztetag /32. Kammerversammlung** findet am Freitag und Sonnabend, dem **24. und 25. Juni 2005**, und die **33. Kammerversammlung** am Sonnabend, dem **12. November 2005**, im Kammergebäude der Sächsischen Landesärztekammer statt.

Prof. Dr. Winfried Klug
Knut Köhler MA