

37. Kammer- versammlung 10. November 2007

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, begrüßte bei der Eröffnung der 37. Kammerversammlung herzlich die auf dem 17. Sächsischen Ärztetag gewählten Mandatsträger der sächsischen Ärzteschaft, den Alterspräsidenten, Dr. med. Bernhard Ackermann, Prof. Dr. med. habil. Christoph Fuchs, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, die Damen und Herren der Geschäftsführung und die Mitarbeiter der Sächsischen Landesärztekammer sowie alle Gäste. Besonders willkommen hieß der Präsident den Vertreter des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Jürgen Hommel, Leiter des Referates Recht des Gesundheitswesens, Gesundheitsberufe, Bestattungswesen, den Vertreter der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden, Prof. Dr. Michael Laniado, und die anwesenden Träger der Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille. Zum Zeitpunkt der Eröffnung der Kammerversammlung waren 62 der gewählten 101 ärztlichen Mandatsträger anwesend. Die Kammerversammlung war beschlussfähig. In seiner Grundsatzrede zur 37. Kammerversammlung wies der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer auf vier wesentliche Trends der Gesundheits- und Berufspolitik der letzten Jahre hin, die die ärztliche Tätigkeit und das Berufsbild „Arzt“ beeinflussen und Reaktionen der Berufspolitik verlangen.

Trend 1: Einheitskrankenversicherung

Die Einführung einer Einheitsversicherung mit der Aufhebung der Unterschiede zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung hat gerade begonnen. Die Wahltarife bei den gesetzlichen Krankenversicherungen, das heißt, die Aufweichung des Solidarprinzips und die damit einhergehende Übernahme von Elementen der privaten Krankenversicherung sowie die Einführung des Basistarifs in der privaten Krankenversicherung, sind eindeutige Schritte in Richtung einer zukünftigen Einheitsversicherung.

Trend 2: Einfluss auf Therapiefreiheit

Einerseits gelten im GKV-System unbestimmte Rechtsbegriffe, wie das Anrecht



Das Präsidium

der Patienten auf eine ausreichende, zweckmäßige, unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten stattfindende und das Maß des Notwendigen nicht überschreitende Therapie. Diese Begriffe sind auf ein Individuum, nicht aber auf die Gesamtheit der Versicherten gerichtet. Andererseits ist dieses Prinzip mit der Einbeziehung der Finanzierbarkeit des Gesamtsystems als übergeordneter Parameter eingeschränkt worden. Das dafür schon vor Jahren entwickelte Instrument ist ein Leistungskatalog, der nicht nur nach Nutzen Gesichtspunkten aufgebaut ist, sondern nach Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten. Damit mischt sich der Staat massiv in die Ausgabenseite ein und steuert das Leistungsgeschehen. Eine medizinische Rationierung ist die Folge.

Trend 3: Privatisierung

Die Privatisierung von Versorgungseinrichtungen beschäftigt nicht nur die Medizinischen Fakultäten und Universitätskliniken, sondern auch die kommunalen Krankenhäuser. Nach dem Grundgesetz ist der Staat für die Daseinsvorsorge zuständig. Und obwohl der Staat sich über Jahrzehnte verpflichtet hatte, diese Versorgungseinrichtungen auch zu garantieren, hat er den Krankenhäusern in der Vergangenheit immer weniger Mittel zugewiesen und sich so aus seiner Verantwortung geschlichen. Die vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) vorgelegten „Eckpunkte für den ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab 2009“ stellen in diesem



Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze

Zusammenhang eine offene Provokation der Bundesländer im Hinblick auf die Daseinsvorsorge im Krankenhausbereich dar. Der Entwurf zu den Eckpunkten hätte bei Umsetzung eine deutliche Schwächung der aktuellen Krankenhausplanungsbefugnisse der Bundesländer zur Folge. Die Rolle der Krankenkassen wird im Gegenzug deutlich gestärkt. Weithin unkonkret bleiben die Erwägungen des BMG zu einem Übergang von der dualen auf eine monistische Finanzierung ab 2009 innerhalb von zehn bis fünfzehn Jahren. Die Krankenhäuser sollen über die DRG-Fallpauschalen auf leistungsbezogener Grundlage bundeseinheitliche Investitionspauschalen erhalten. Der Investitionsstau müsste abgebaut und die infolge der monistischen Finanzierung eintretende finanzielle Entlastung der Länder kompensiert werden.

Trend 4: Zersplitterung der ärztlichen Kompetenz

Das Gutachten des Sachverständigenrates „Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“ fordert eine optimale Ressourcenallokation im Gesundheitswesen und einen Neuzuschnitt von Aufgaben aller an der Gesundheitsversorgung Beteiligten. Eine Verbesserung in mangelhaften Versorgungssituationen könne durch die Übertragung ärztlicher Aufgaben an nichtärztliche Gesundheitsberufe erreicht werden. Die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe wird im Gutachten in eine Richtung gedeutet, die dazu führen könnte, dass die Qualität der medizinischen Versorgung in Deutschland sinkt. Doch gerade die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen genießt bei den sächsischen Ärzten eine hohe Priorität.

Welche Schlussfolgerungen müssen aus den beschriebenen Trends gezogen werden?

Ärzte müssen stärker die politische Diskussion bestimmen. Bereits 1999 auf dem

102. Deutschen Ärztetag in Cottbus haben die sächsischen Delegierten beim Thema „Grundsätze einer patientengerechten Gesundheitsreform“ ein solches Mitbestimmen durch eigene Konzepte gefordert und blieben ungehört. Heute, acht Jahre später, ist die deutsche Ärzteschaft auf dem Weg, eigene gesundheitspolitische Strategien zu entwickeln. „Dieses Konzept kann, wenn gut platziert, seine Wirkungen vor der kommenden Bundestagswahl 2009 entfalten und unsere ärztlichen Positionen deutlich machen“, so der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer.

Weiterhin muss die medizinische Versorgungsqualität der Patienten als zentrales Element der ärztlichen Tätigkeit in den Vordergrund gerückt werden. Strukturdaten, wie sie in einer Studie des BMG zum Vergleich der EU-Mitgliedsländer und der deutschen Bundesländer analysiert wurden, sind dabei wenig zielführend. Aber in Zukunft wird es in der Diskussion um das Gesundheitssystem auch zuerst um Versorgungsqualität gehen. Deshalb war es vom Deutschen Ärztetag 2006 sehr weitsichtig, eine Versorgungsforschung auf den Weg zu bringen und auch zu finanzieren. Außerdem befindet sich ein zweites Instrument über die Bundesärztekammer im Aufbau: ein nationales Leitlinienprogramm für die wichtigsten Krankheiten, welches sich am bestmöglichen Stand der Medizin orientiert. Es müsse vermieden werden, dass in der öffentlichen Meinung ein Abgleiten in eine minderwertige Medizin akzeptabel gemacht wird, mit der Begründung, dass andere Leistungen nicht mehr bezahlbar seien. Gleichzeitig muss sich die Ärzteschaft Klarheit darüber verschaffen, ob sie zukünftig an der Festlegung medizinischer Leistungskataloge mitwirken will oder nicht und ob sie die gesellschaftliche Diskussion dazu befördern will. Die Politik hat es dagegen versäumt, die Reformgesetze durch eine Begleitforschung auf die Wirkungen hin zu analysieren. Sie schiebt den Schwarzen Peter für abnehmende Leistungen immer der Selbstverwaltung zu.

Versorgungsqualität hängt aber auch sehr eng mit der Frage der vorhandenen berufstätigen Ärzte zusammen. Und da sieht es für Sachsen nicht besonders günstig aus. In einer Strukturstudie des BMG liegt Sachsen im Vergleich der Bundesländer bei der Arztdichte auf Platz 14.

„Das wundert uns nicht, denn wir kennen das Problem Ärztemangel nicht erst seit heute“, so Prof. Dr. Schulze. Eine neue prognostische Analyse der Arztzahlen durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Bundesärztekammer beweist Defizite durch ein altersbedingtes Ausscheiden in den kommenden Jahren – neben dem hausärztlichen Bereich auch für Augenärzte, Hautärzte, Frauenärzte und Nervenärzte.

Ein Ausgleich durch ausländische Ärzte ist nicht zu erwarten, weil der Zugang seit 2003 rückläufig ist. Dagegen arbeiten rund 16.000 gut und teuer ausgebildete deutsche Ärzte im Ausland. Und der Bedarf an Ärzten wird in Sachsen nicht sinken, sondern sich sogar noch erhöhen, denn Sachsen hat den höchsten Altersdurchschnitt in Deutschland.

Deshalb bedarf es eines koordinierten Maßnahmenpaketes zur Unterstützung von Ärzten, die in Sachsen tätig werden wollen, ganz gleich ob im Krankenhaus oder in einer Niederlassung. Eine zielgerichtete Koordination kann dabei Kräfte

bündeln sowie Ressourcen erschließen und so Einzelmaßnahmen effektiver machen. „Dieser von mir vor Jahren auf einem Sächsischen Ärztetag vorgetragene Vorschlag stieß damals noch auf absolute Ablehnung. Doch jetzt wird die Sächsische Landesärztekammer im Auftrag des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales voraussichtlich eine Koordinierungsstelle einrichten können, die sich über die sächsischen Selbstverwaltungspartner finanziert“, betonte Prof. Dr. Schulze.

Bei all diesen Tendenzen, resümierte der Präsident, müssten die Ärzte Sorge dafür tragen, dass die Patient-Arzt-Interaktion so individuell wie möglich bleibt und sich der Patient auch zukünftig nicht als Vertragspartner eines Unternehmens empfindet. Der Patient soll in seinem Arzt nicht den Erfüllungsgehilfen eines unpersönlichen Systems, sondern einen Begleiter in den schwierigen Zeiten der Krankheit sehen.

Ein weiterer Höhepunkt der Kammerversammlung war der Vortrag von Prof. Dr. med. habil. Christoph Fuchs, Hauptge-

schäftsführer der Bundesärztekammer, zum Thema **„Gesundheitspolitische Leitsätze der Deutschen Ärzteschaft“**. Mit Beschluss vom 15. Mai 2007 beauftragte der 110. Deutsche Ärztetag die Bundesärztekammer, ein aktuelles gesundheitspolitisches Programm der Deutschen Ärzteschaft zu entwickeln, das dem 111. Deutschen Ärztetag 2008 in Ulm zur Verabschiedung vorgelegt werden soll. Das sogenannte „Ulmer Papier“ wird sich auf Positionen der Ärzteschaft zu den drängendsten Fragen im Zusammenhang mit der Umbruchsituation in unserem Gesundheitswesen konzentrieren. Im Unterschied zum gesundheitspolitischen Programm der Deutschen Ärzteschaft von 1994 – das sogenannte „Blaue Papier“ – erhebt das „Ulmer Papier“ keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern konzentriert sich nach derzeitigem Planungsstand auf zehn Fragen, die von zentraler Bedeutung für die Weiterentwicklung unseres Gesundheitswesens sind, unter anderen:

Welche Rahmenbedingungen sollten gewährleistet sein, damit eine gute Medizin auch bei knapper werdenden Ressourcen weiterhin möglich ist?

Welche Rolle sollte der Staat, der Markt, die ärztliche Selbstverwaltung bei der kontinuierlichen Weiterentwicklung übernehmen?

Welche Rolle spielt ärztliche Freiberuflichkeit für die Sicherstellung qualitativ hochwertiger, patientenorientierter Medizin? Mit welchem prioritären Versorgungsbedarf haben wir in den kommenden Jahren zu rechnen, welche Versorgungsstrukturen sollten aus Sicht der Ärzteschaft hierfür vorgehalten werden?



Prof. Dr. med. habil. Christoph Fuchs

Wie könnte aus Sicht der Ärzteschaft ein Vorschlag für eine nachhaltige generationengerechte Finanzierung des Gesundheitswesens aussehen?

Dem großen Problem der Finanzierung des Gesundheitswesens wird dabei ein eigenständiger Teil gewidmet. Noch nicht zu allen Einzelaspekten des Fragenkatalogs hat bereits eine abschließende Meinungsbildung innerhalb der Ärzteschaft stattgefunden. Eine am 10. Oktober 2007 an die Landesärztekammern versandte Version des „Ulmer Papiers“ versteht sich als eine noch in Arbeit befindliche Beratungsgrundlage. Es wird die Aufgabe der kommenden Monate sein, bei den noch offenen Fragen einen innerärztlichen Klärungsprozess herbeizuführen und pointierte Positionen zu entwickeln, die der Ärzteschaft in den kommenden Jahren als eigenständige Argumentationsbasis für die gesundheitspolitischen Auseinandersetzungen dienen sollen. Dabei wird es vor allem um die Erhaltung ärztlicher Identität im Spannungsfeld zwischen zunehmender Marktorientierung unseres Gesundheitswesens auf der einen Seite und massiver staatlicher (Gegen-) Regulierung auf der anderen Seite gehen.

Prof. Dr. Fuchs kündigt einen weiterentwickelten Diskussionsentwurf mit gesund-

heitspolitischen Leitsätzen sowie Grundzügen einer patientengerechten Finanzierung des Gesundheitswesens an, der noch im November 2007 den Landesärztekammern zugehen wird. Die Kammern sind aufgefordert, auf der Grundlage dieses Diskussionsentwurfes eine rege und konstruktive Diskussion zu den dargestellten gesundheitspolitischen Fragestellungen zu führen. Das daraus sich entwickelnde „Ulmer Papier“ könne nach Verabschiedung auf dem 111. Deutschen Ärztetag Wahlprüfsteine für die nächste Bundestagswahl enthalten.

Schwerpunktt Themen der anschließenden Diskussion waren:

- Die Medizin ist im Wesentlichen eine Erfahrungswissenschaft, eine Humanwissenschaft, die sich der Erkenntnisse der Psychologie, der Ingenieurwissenschaften, der Sozialwissenschaften, der Kommunikationswissenschaften, der Geisteswissenschaften und in bestimmtem Umfang auch der Theologie bedient.
- Durch die Kostendämpfungs- und Rationierungspolitik über Jahrzehnte sind die Patient-Arzt-Beziehung und das Verständnis von der Medizin empfindlich gestört. Die Patienten erwarten eine gute Medizin. Die individuelle Zuwendung des Arztes steht für die Patienten im Vordergrund.
- Medizinische Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit ist maßgeblich von der Interaktion zwischen dem Vertrauen des Patienten in den Arzt sowie der Empathie des Arztes für den Patienten bestimmt.
- Den neuen Anforderungen durch die zunehmende Komplexität der Medizin, die wachsende Patientensouveränität, die Erwartungen des Patienten an individueller Zuwendung und Empathie müssen Ärzte gerecht werden.
- Nur ein gesunder Arzt kann Empathie geben.
- Die Ärzteschaft weist die politische Einschätzung entschieden zurück, ein universelles Leistungsversprechen sei bei limitierten Ressourcen unter Vermeidung jeder Versorgungsgleichheit möglich.
- Die Freiberuflichkeit des Arztberufes und die freie Arztwahl von Patienten sind weiterhin das Sinnbild einer Gesundheitskultur.
- Die Ärzteschaft setzt sich aktiv für neue Versorgungsformen ein, mit denen eine interdisziplinäre, sektorenübergreifen-

de und berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit gefordert wird.

- Um die Errungenschaften des Gesundheitswesens weiter zu entwickeln, ist es erforderlich, alle Faktoren – Einnahmen und Ausgaben, den zukünftigen Versorgungsbedarf, die erforderlichen Versicherungsstrukturen, die Steuermechanismen und die gesundheitspolitische Entscheidungskultur insgesamt – zu erfassen und perspektivisch zu beurteilen.
- Bei der Neuausrichtung der Krankenhausplanung ist die Einbeziehung der Ärztekammern in die jeweiligen Planungsprozesse notwendig und die Gewährleistung einer adäquaten und regional angepassten medizinischen Versorgung vor Ort erforderlich. Die Neuausrichtung darf nicht zu einer Einschränkung der ärztlichen Therapiefreiheit führen.
- Es muss die Verantwortung der Krankenhäuser für die Aus-, Weiter- und Fortbildung in den Gesundheitsberufen gewahrt bleiben und finanziell abgesichert werden.
- Der freiberufliche Charakter des Arztberufes dient vor allen dem Patientenschutz.
- Die sächsischen Ärzte unterstützen den Vorschlag der Bundesärztekammer zur Einrichtung eines Bundesgesundheitsrates in Anbetracht der offenen Fragen zur zukünftigen Rolle von Staat, Markt und Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen. Dieser Bundesgesundheitsrat soll unter ärztlichen, ethischen, medizinisch-gesundheitswissen-

schaftlichen und sozialen Kriterien Vorschläge für die Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens entwickeln und in einem transparenten und strukturierten Verfahren Entscheidungen für das Gesundheitswesen vorbereiten.

- Die Prävention muss insbesondere in der Kinder- und Jugendmedizin verstärkt Berücksichtigung finden.
- Die Prophylaxe wird zu wenig gewürdigt und propagiert sowie nicht gefördert. Es fehlen wissenschaftliche Institutionen, insbesondere Hygieneinstitute, nicht nur in Sachsen.
- Das „medizinisch Notwendige“ muss durch Ärzte und nicht vom Gesetzgeber detailliert definiert werden. Ärzte sind allein verantwortlich für die Behandlung der Patienten.
- Im Spannungsfeld Marktorientierung und freiberuflicher ärztlicher Tätigkeit muss die ärztliche Identität unbedingt erhalten bleiben.
- Das Arztbild muss wieder bewusst positiv in der Öffentlichkeit dargestellt werden, um ärztlichen Nachwuchs gewinnen zu können. Erneut wird eine professionelle Imagekampagne vorgeschlagen.
- Der Ärztemangel in Sachsen ist weiter zunehmend. Die Sächsische Landesärztekammer hat seit dem Jahr 2001 auf den drohenden Ärztemangel eindeutig hingewiesen. Nach einer aktuellen Statistik werden verstärkt Hausärzte, Haut-, Augen-, Nerven-, Kinder- und Jugendärzte fehlen. Ähnlich wie bei den Hausärzten müssen Anreize ge-



Das Plenum der sächsischen Ärzteschaft

schaffen werden, um Fachärzte nach Sachsen zu bekommen (finanzielle Förderung, weniger Bürokratie, Vergütung). Zugleich müssen mehr junge Ärzte für eine Weiterbildung zum Facharzt „Innere Medizin und Allgemeinmedizin“ begeistert werden.

- In den letzten Jahren zeigt sich eine zunehmende Tendenz zur Akademisierung bisheriger so genannter medizinischer Assistenzberufe und zu deren Herauslösung aus der ärztlichen Gesamtverantwortung. Hierzu gehören die Einführung von Studiengängen (zum Beispiel Pflege, Physiotherapie) und die Diskussionen um die Berufe Rettungsassistent, Anästhesietechnischer Assistent und Operationstechnischer Assistent. Die sächsische Kammerversammlung fordert, dem Phänomen einer zunehmenden „Entprofessionalisierung“ der ärztlichen Tätigkeit durch Akademisierung und Teilqualifizierung medizinischer Assistenzberufe sowie deren schrittweise Herauslösung aus der Gesamtverantwortung des Arztes besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Anamnese, Diagnose und Therapie sind und bleiben die zentralen Sä-

len der ärztlichen Tätigkeit. Die ärztliche Verantwortung ist nicht teilbar. Die Qualität der Patientenbetreuung darf nicht durch Parzellierung des Betreuungsprozesses und durch Parallelisierung eigentlich komplexer und teambezogener Handlungsabläufe und damit durch Verlust einer klaren Verantwortungshierarchie gefährdet werden.

- Die Ärzte fordern den Schutz des Patientengeheimnisses. Die Sächsische Landesärztekammer hatte bereits im September 2007 alle Bundestagsabgeordneten des Freistaates Sachsen aufgefordert, gegen die von der Bundesregierung ab 1. Januar 2008 geplanten Änderungen der Telekommunikationsüberwachung zu stimmen. Der mit der Novellierung verbundenen Gefährdung der grundsätzlich geschützten Patienten-Arzt-Beziehung treten die Mandatsträger der Kammerversammlung entschieden entgegen und fordern, auch Ärzte unter den gleichen Schutz zu stellen wie Geistliche, Mitglieder des

Bundestages und der Landtage und Strafverteidiger. Die Neuregelung wurde inzwischen vom Deutschen Bundestag beschlossen.

- Die Mandatsträger der sächsischen Ärzteschaft fordern erneut die Rahmenbedingungen für die ärztliche Tätigkeit durch zeitgemäße Arbeitsbedingungen, weniger Bürokratie und durch eine leistungsgerechte Bezahlung ohne West-Ost-Gefälle umgehend zu verbessern, damit gut ausgebildete junge Ärzte für die kurative Medizin wieder gewonnen werden.
- Die Kammerversammlung unterstützt nachträglich die Stellungnahme der Bundesärztekammer vom 4. Juli 2007 „Eckpunkte für den ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2007“. Die Krankenhausplanungsbefugnisse der Bundesländer dürfen nicht zugunsten der Krankenkassen auf eine Rahmenplanung mit Schwerpunkt Notfallversorgung reduziert werden. Die Kerntätigkeit der Behandlung und Betreuung

von Patienten im Krankenhaus hat einen handwerklichen, kommunikativen und sozialen Charakter. Diese Kerntätigkeit ist nicht automatisierbar und nur begrenzt rationalisierbar. Die Wahlfreiheit des Patienten bei der Auswahl eines Krankenhauses zur stationären Behandlung muss erhalten bleiben. Die Ärzte lehnen eine weitere Einschränkung der Therapiefreiheit durch Schematisierung von Behandlungsabläufen ab.

Wahl der Delegierten zu den Deutschen Ärztetagen gemäß § 6 Abs. 2 der Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer

Der Deutsche Ärztetag ist die jährliche Hauptversammlung der Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern. Gemäß § 4 Abs. 3 der Satzung der Bundesärztekammer ist die Zahl der Abgeordneten zum Deutschen Ärztetag auf 250 begrenzt. Bezogen auf die Anzahl ihrer Mitglieder erhält die Sächsische Landesärztekammer 12 Sitze im Deutschen Ärztetag. Gemäß § 6 Abs. 2 der Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer wählt die Kammerversammlung aus den Mitgliedern der Landesärztekammer Delegierte zu den Deutschen Ärztetagen für vier Jahre, die mit der Amtsperiode der Kammerversammlung beginnen. Die Kammerversammlung wählte folgende Delegierte und Ersatzdelegierte (in der Reihenfolge der erreichten Stimmen):

Delegierte:

1. Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Dresden, FA für Innere Medizin, A
2. Erik Bodendieck, Wurzen
FA für Allgemeinmedizin, N
3. Dr. med. Steffen Liebscher, Aue
FA für Innere Medizin, N
4. Dr. med. Thomas Lipp, Leipzig
FA für Allgemeinmedizin, N
5. Prof. Dr. med. habil. Otto Bach, Leipzig
FA für Neurologie und Psychiatrie, R
6. Dr. med. Claus Vogel, Leipzig
FA für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, N
7. Prof. Dr. med. habil. Rolf Haupt, Leipzig
FA für Pathologie, R
8. Prof. Dr. sc. med. Wolfgang Saueremann
FA für Neurologie und Psychiatrie, A
9. Prof. Dr. med. habil. Uwe Köhler, Leipzig
FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, A
10. Dr. med. Stefan Windau, Leipzig
FA für Innere Medizin, N

11. Dr. med. Maria Eberlein-Gonska, Dresden, FÄ für Pathologie, A
12. Prof. Dr. med. habil. Eberhard Keller, Leipzig, FA für Kinder- und Jugendmedizin, R

Ersatzdelegierte:

13. Dr. med. Rainer Kobes, Werdau, FA für Innere Medizin, A
14. Dipl.-Med. Petra Albrecht, Meißen, FÄ für Öffentliches Gesundheitswesen, FÄ für Hygiene- und Umweltmedizin, A
15. Dr. med. Thomas Fritz, Dresden, FA für Innere Medizin, A
16. Ute Taube, Berthelsdorf, FÄ für Allgemeinmedizin, N
17. Dr. med. Eberhard Huschke, Löbau, FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, R
18. Dr. med. Dietrich Steiniger, Rodewisch, FA für Orthopädie und Unfallchirurgie, FA für Chirurgie, A
19. Dr. med. Klaus Kleinertz, Chemnitz, FA für Innere Medizin, N
20. Dr. med. Simone Steinbrecher, Dresden, FÄ für Allgemeinmedizin, N
21. Dipl.-Med. Sabine Ermer, Eilenburg, FÄ für Innere Medizin, A
22. Dr. med. Gudrun Böhm, Dresden, FÄ für Innere Medizin, N

Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer

Dr. med. Andreas Prokop

Vorsitzender des Ausschusses Berufsrecht
Nach der letzten Novellierung des § 18 Abs. 1 der (Muster)Berufsordnung ist es in einigen Kammerbereichen Deutschlands zu Zusammenschlüssen gekommen, die sich als Teil-Berufsausübungsgemeinschaft bezeichneten, tatsächlich aber keine gemeinsame Berufsausübung vorweisen konnten. Deshalb hat der Vorstand der Bundesärztekammer beschlossen, die entsprechende Regelung zu präzisieren. Aus diesem Grunde soll unsere Berufsordnung an die (Muster)Berufsordnung angepasst werden.

Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer

Prof. Dr. med. habil. Uwe Köhler

Vorsitzender des Ausschusses Weiterbildung

Die Novellierung der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekam-

mer dient der Anpassung an die Berufsanerkennungsrichtlinie 2005/36/EG (Änderungen § 18 und 19). Die neue europaweit gültige Berufsanerkennungsrichtlinie ersetzt die vorherige Richtlinie 93/16/EWG und erfordert die Umsetzung in landesrechtliche Bestimmungen.

Kernpunkte der Anpassungen sind die Wiedereinführung der Facharztweiterbildung „Innere Medizin“ im Gebiet „Innere Medizin und Allgemeinmedizin“, Anpassungen in den Facharztweiterbildungen „Psychiatrie“ und „Psychotherapie“, „Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“ sowie Änderungen in der Zusatzweiterbildung „Psychotherapie – fachgebunden“. Weiterhin beinhaltet die Novellierung der Weiterbildungsordnung redaktionelle Änderungen bei den Facharztanforderungen für „Allgemeine Chirurgie“ und Übergangsbestimmungen hinsichtlich der Zusatzweiterbildungen „Spezielle Unfallchirurgie“. Eine weitere redaktionelle Änderung der Weiterbildungsordnung beinhaltet die Aufnahme

medizinischer Versorgungszentren in die Begriffsbestimmung „Ambulanter Bereich“. Mit der Wiedereinführung der Zusatz-Weiterbildung „Betriebsmedizin“ auf der Basis einer Empfehlung des Weiterbildungsausschusses der Sächsischen Landesärztekammer soll darüber hinaus eine Vorgabe der Muster-Weiterbildungsordnung umgesetzt werden.

Prüfungsordnung für die Durchführung von Abschlussprüfungen im Ausbildungsberuf des Medizinischen Fachangestellten/der Medizinischen Fachangestellten

Erik Bodendieck, Vizepräsident,

Mitglied des Berufsbildungsausschusses
Die Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten trat am 1. August 2006 in Kraft.

Die Neuordnung des Ausbildungsberufes erforderte das Erstellen einer Prüfungsordnung. Neu geregelt werden hier auf der Grundlage der Ausbildungsverordnung und des Berufsbildungsgesetzes



Die Mandatsträger bei der Abstimmung

insbesondere Inhalte und die Gliederung der Prüfung im schriftlichen und praktischen Teil, Bewertung und Feststellen des Prüfungsergebnisses, Erstellen des Prüfungszeugnisses und die Grundsätze der Zwischenprüfung als Anlage 1 zur Prüfungsordnung.

Die Prüfungsordnung tritt am 1. Januar 2008 in Kraft.

Satzung über die Entschädigung der Mitglieder der Prüfungsausschüsse zur Durchführung der Prüfungen im Ausbildungsberuf des Arzthelfers/der Arzthelferin und Satzung über die Entschädigung der Mitglieder der Prüfungsausschüsse zur Durchführung der Prüfungen im Ausbildungsberuf des Medizinischen Fachangestellten/der Medizinischen Fachangestellten

Erik Bodendieck, Vizepräsident, Mitglied des Berufsbildungsausschusses
Die Satzung bezüglich der Entschädigung im Ausbildungsberuf des Arzthelfers/der Arzthelferin gilt als Übergangslösung. Geändert wurde das Sitzungsgeld bei einer Abwesenheit von weniger als fünf Stunden, die Prüfungsvergütung für die Begutachtung und Benotung einer schriftlichen Prüfungsleistung und die Erstattung der Fahrtkosten vom Wohnort zu dem Ort, an dem der jeweilige Prüfungsausschuss seine Sitzung durchführt.

Die Satzung im Ausbildungsberuf des Medizinischen Fachangestellten/der Medizinischen Fachangestellten regelt davon abweichend die Prüfungsvergütung für den praktischen Teil der Abschlussprüfung, da die Ausbildungsverordnung für diesen Teil der Prüfung eine erheblich längere Prüfungszeit vorschreibt.

Diese Satzungen treten am 1. Januar 2008 in Kraft.

Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer

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

Der bereits im Jahr 2006 von 0,60 Prozent auf 0,58 Prozent gesenkte Beitragsatz zur Erhebung des Kammerbeitrages wird ab dem Jahr 2008 nochmals auf 0,56 Prozent der Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit gesenkt. Die Beitragstabelle wird entsprechend verändert. Somit ergibt sich durchschnittlich je Beitragsstufe ein um ca. 25 bis 30 EUR geringerer Kammerbeitrag. Der Mindestbeitrag in Höhe von 15 EUR und der Höchstbeitrag in Höhe von 2.500 EUR bleiben unverändert. Gleichzeitig wurde eine Befreiung von der Beitragspflicht für die Mitglieder im Ruhestand beschlossen, wenn die jährlichen Einkünfte aus gelegentlicher ärztlicher Tätigkeit nicht höher als 5.000 EUR sind. Damit wird einerseits dem steigenden Verwaltungsaufwand für die Erhebung des Mindestbeitrages für diesen Teil der Ärzteschaft und andererseits dem Beitrag dieser Mitglieder zur derzeitigen soliden finanziellen Situation der Sächsischen Landesärztekammer Rechnung getragen. Mitglieder im Ruhestand mit einer gelegentlichen ärztlichen Tätigkeit mit jährlichen Einkünften über 5.000 EUR werden zukünftig pauschal mit der Beitragsstufe 2 veranlagt. Die Beitragstabelle wurde um 5 Beitragsstufen ergänzt, und es erfolgten redaktionelle Änderungen, die der Klarstellung und Übersichtlichkeit der Beitragsordnung dienen. Alle genannten Änderungen treten zum 1. Januar 2008 in Kraft.

Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer

Dr. med. Claus Vogel,
Vorstandsmitglied und
Vorsitzender des Ausschusses Finanzen
Die Kammerversammlung hat Änderungen des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung beschlossen. Dies betrifft insbesondere Ziffer 6 des Gebührenverzeichnisses, welche die Erhebung der Gebühren für ärztliche Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen regelt. So entfällt zukünftig die Gebühr für die Erteilung eines Fortbildungszertifikates. Darüber hinaus erfolgte eine Klarstellung der Gebührenpflicht für die Zertifizierung von Fortbildungsveranstaltungen. Eine weitere Änderung wurde in Ziffer 7 des Gebührenverzeichnisses bezüglich der Gebührenerhebung für die Prüfungen im Rahmen der Berufsbildung Arzthelferin/Arzthelfer vorgenommen, indem nunmehr

auch die Berufsbildung zur/zum Medizinischen Fachangestellten erfasst ist. Die Änderungen der Gebührenordnung treten zum 1. Januar 2008 in Kraft.

Satzung zur Änderung der Satzung der Sächsischen Ärzthilfe

Dr. med. Claus Vogel,
Vorstandsmitglied und
Vorsitzender des Ausschusses Finanzen
Die mit dieser Satzung beschlossenen Änderungen der Satzung der Sächsischen Ärzthilfe beruhen im Wesentlichen auf der Auflösung des Ausschusses Sächsische Ärzthilfe. Dessen Aufgaben wurden an den Ausschuss Finanzen der Sächsischen Landesärztekammer übertragen. In diesem Zusammenhang erfolgte zugleich eine Anpassung des Satzungstextes bezüglich der Regelung des Regelbedarfs (§ 3 der Satzung) an § 53 der Abgabenordnung. Auch diese Satzungsänderung tritt zum 1. Januar 2008 in Kraft.

Haushaltsplan 2008

Dr. med. Claus Vogel,
Vorstandsmitglied und
Vorsitzender des Ausschusses Finanzen
Dr. Vogel stellte den, als Beschlussvorlage Nr. 9 allen Mandatsträgern vorliegenden, ausgeglichenen Haushaltsplan des Jahres 2008 mit einem Gesamtvolumen von 7.972.000 EUR vor.

Insgesamt sieht der Haushaltsplan 2008 eine Steigerung der Ausgaben gegenüber dem Ist des Jahres 2006 um 9,9 Prozent und gegenüber dem Haushaltsplan 2007 um 4,0 Prozent vor. Bei den Einnahmen ist gegenüber dem Ist 2006 eine Senkung von 8,1 Prozent und gegenüber dem Haushaltsplan 2007 eine Erhöhung von 4,0 Prozent vorgesehen.

Der Haushaltsplan für das Jahr 2008 wird von verschiedenen Sachverhalten geprägt.

- Zunächst ist festzustellen, dass die Anzahl der Kammermitglieder vom Jahr 2000 zum Jahr 2006 um 2.347 gestiegen ist. Das bedeutet eine Zunahme von 13,9 Prozent. Wir gehen bei der Planung von einer stabilen Entwicklung aus. Gleichzeitig verändert sich die Altersstruktur unserer Ärzteschaft und es werden sich in den nächsten Jahren anteilig mehr Ärzte im Ruhestand befinden als in den Vorjahren.
- Die Anzahl der zu bearbeitenden Vorgänge hat weiter zugenommen, insbesondere im Bereich der Fort- und Wei-

terbildung. Die Durchführung von mündlichen Prüfungen für alle Weiterbildungsbezeichnungen, die Zertifizierung von Fortbildungsveranstaltungen, die Führung von Online-Fortbildungspunkte-Konten und die Beantragung von Fortbildungszertifikaten haben zu einer starken Erhöhung des Verwaltungsaufwandes geführt, der durch die Zunahme der Gebühren teilweise gegenfinanziert wird.

- Die Anzahl der Arzneimittelstudien, die durch die Ethikkommission zu bearbeiten sind, nimmt weiter zu. Die Aufwendungen werden durch Gebühren gedeckt.
- Der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer sieht aufgrund der aktuellen Politik die Notwendigkeit, die berufs- und gesundheitspolitischen Aktivitäten weiter zu verstärken.
- Die vielfältigen Aufgaben der Kammer sind ohne den Einsatz von effizienter Hard- und Software nicht mehr zu bewältigen. Die zunehmende Komplexität erfordert einen hohen Aufwand bei der Gestaltung und Pflege der Hard- und Softwarelandschaft.
- Die inhaltlichen und organisatorischen Anforderungen für die Betreuung des Projektes „Elektronischer Arztausweis“ sind aufgrund der forcierten Entwicklung durch die Politik gestiegen.
- Im Vergleich der Aufwendungen zum Ist des Jahres 2006 hat die Erhöhung der Mehrwertsteuer durchaus materielle Bedeutung, insbesondere bei den Sachaufwendungen.
- Im September 2008 wird das 4. Deutsch-polnische Symposium in Dresden stattfinden.
- Die beschlossene Senkung des Beitragssatzes zum Kammerbeitrag von 0,58 Prozent auf 0,56 Prozent der Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit und die Befreiung der Mitglieder im Ruhestand von der Beitragspflicht sind mit Auswirkungen auf die Höhe der Einnahmen aus Kammerbeiträgen verbunden. Es wird der niedrigste Kammerbeitrag pro Kammermitglied seit satzungsmäßiger Erhebung der Kammerbeiträge kalkuliert.

Der ausgeglichene Haushaltsplan 2008 wurde durch die 37. Kammerversammlung bestätigt.

Beschlüsse der 37. Kammerversammlung

Die Mandatsträger der Sächsischen Landesärztekammer fassten zur 37. Kammerversammlung am 10. November 2007 folgende Beschlüsse

Beschlussvorlage Nr. 1:

Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 2:

Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 3:

Satzung über die Entschädigung der Mitglieder der Prüfungsausschüsse zur Durchführung der Prüfungen im Ausbildungsberuf des Arzthelfers/der Arzthelferin (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 4:

Satzung über die Entschädigung der Mitglieder der Prüfungsausschüsse zur Durchführung der Prüfungen im Ausbildungsberuf des Medizinischen Fachangestellten/der Medizinischen Fachangestellten (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 5:

Prüfungsordnung für die Durchführung von Abschlussprüfungen im Ausbildungsberuf des Medizinischen Fachangestellten/der Medizinischen Fachangestellten (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 6:

Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 7:

Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 8:

Satzung zur Änderung der Satzung der Sächsischen Ärzthilfe (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 9:

Haushaltsplan 2008 (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 10:

Bekanntgabe von Terminen (18. Sächsischer Ärztetag/38. Kammerversammlung, 39. Kammerversammlung) (bestätigt)

Beschlussantrag Nr. 11:

Eckpunkte für den ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (bestätigt)

Beschlussantrag Nr. 12:

Schutz des Patientengeheimnisses (bestätigt)

Beschlussantrag Nr. 13:

Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe (bestätigt)

Beschlussantrag Nr. 14:

Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit verbessern (bestätigt)

Die Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer, Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer, Prüfungsordnung für die Durchführung von Abschlussprüfungen im Ausbildungsberuf des Medizinischen Fachangestellten/der Medizinischen Fachangestellten, Satzung über die Entschädigung der Mitglieder der Prüfungsausschüsse zur Durchführung der Prüfungen im Ausbildungsberuf des Arzthelfers/der Arzthelferin, Satzung über die Entschädigung der Mitglieder der Prüfungsausschüsse zur Durchführung der Prüfungen im Ausbildungsberuf des Medizinischen Fachangestellten/der Medizinischen Fachangestellten, die Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer, Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer, die Satzung zur Änderung der Satzung der Sächsischen Ärzthilfe werden im vollen Wortlaut im Mittelhefter unter „Amtliche Bekanntmachungen“ in diesem Heft, Seiten 603 bis 622, amtlich bekannt gemacht.

Bekanntgabe der Termine

Der 18. Sächsischer Ärztetag/38. Kammerversammlung findet **am Freitag, dem 27. Juni und Sonnabend, dem 28. Juni 2008** und die 39. Kammerversammlung **am Sonnabend, dem 18. November 2008** im Kammergebäude der Sächsischen Landesärztekammer statt.

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug
Knut Köhler M.A.
Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit