

**25. Sächsischer Ärztetag / 52. Kammerversammlung
12./13. Juni 2015**

**TOP II Aktuelle Berufs- und Gesundheitspolitik
Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Präsident**

Es gilt das gesprochene Wort.

Sehr geehrte Mandatsträger, sehr geehrte Damen und Herren, die Vorstellung der aktuellen Berufs- und Gesundheitspolitik ist ein wesentlicher Bestandteil des Sächsischen Ärztetages und der Kammerversammlung. Mit diesem Überblick möchte ich Ihnen die Facetten der ärztlichen Berufspolitik aufzeigen. Es wäre für mich heute aber auch eine Gelegenheit, auf 25 Jahre Sächsische Landesärztekammer einzugehen, denn sie wurde im Mai 1990 gegründet. Einen Beitrag darüber konnten Sie im Ärzteblatt Sachsen, Heft 5/2015, nachlesen. Ich könnte auch auf 16 Jahre meines Wirkens als Präsident zurückblicken. Doch, keine Angst, dass sollen andere tun. Ich möchte neben den aktuellen Themen vor allem auch auf die vor Ihnen stehenden Aufgaben als Standesvertreter und Ärzte eingehen.

118. Deutscher Ärztetag

Beginnen möchte ich mit dem 118. Deutschen Ärztetag, der kürzlich in Frankfurt zu Ende gegangen ist. Auf jedem Ärztetag stehen aktuelle gesundheitspolitische Themen auf der Tagesordnung. Dazu gehören immer wieder die sogenannten Gesundheitsreformen, wie das von uns heftig kritisierte Versorgungsstärkungsgesetz. Die Ärzteschaft weiß um die Notwendigkeit von Reformen im Gesundheitswesen. Ihr ist auch bewusst, dass aus fiskalischen Gesichtspunkten Reformen notwendig sind. Dazu haben wir die Diskussion über medizinische Priorisierung angestoßen. Dennoch ist es nicht an den Ärzten, die ökonomischen Stellschrauben zu justieren. Dies ist eine politische Aufgabe. Politiker scheinen diese Aufgabe jedoch misszuverstehen, indem Sie immer mehr Gesetze und Kontrollgremien installieren.

Ich nenne nur:

- den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA),
- das Institut für Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK),
- das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) und
- das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).

Hinzu kommen noch:

- der ärztliche Dienst des Arbeitsamtes
- der ärztliche Dienst der Rentenversicherer und
- der Medizinische Dienst der Krankenkassen.

Der MDK soll zukünftig sogar Qualitätskontrollen in Krankenhäusern durchführen können. Hierfür sei dieser laut geplantem Krankenhausstrukturgesetz befugt, die erforderlichen Unterlagen einzusehen und personenbezogene Daten zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. Die Tendenz zur ärztlichen Reglementierung wird damit mehr als deutlich. Und jeder Arzt sieht sich heute Kontrollinstanzen ausgesetzt, die medizinische Entscheidungen beurteilen und zum Teil aus fiskalischen Gründen zu Ungunsten des Patienten auslegen. Die Rolle des Arztes wird in diesen Strukturen karikiert und ärztlich-ethische Maßstäbe werden reduziert. Wo bleibt da die Therapiefreiheit? Welchen Stellenwert genießt die ärztliche Indikation? Dagegen müssen wir uns als Ärzte mit unserer Selbstverwaltung zur Wehr setzen.

Der Deutsche Ärztetag hat nachdrücklich davor gewarnt, die ärztliche Therapiefreiheit durch eine verbindlich vorgegebene „Programmmedizin“ einzuschränken.

Bei jedweder Standardisierung ärztlichen Handelns muss die Umsetzung ausschließlich beim behandelnden Arzt verbleiben. Wir Ärzte sind Sachverständige der evidenzbasierten Medizin und lehnen jede Form von Kochbuchmedizin ab. Ebenso wenden wir uns gegen die EU-Normierungsbestrebungen für medizinische Verfahren.

Der Deutsche Ärztetag hat zudem den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) dazu aufgefordert, bei der Erstellung von Richtlinien zur Messung und Darstellung von Versorgungsqualität die Komplexität des Arzt-Patienten-Verhältnisses im Blick zu behalten, da künftig Qualitätsparameter für die sogenannte pay-for-performance dienen soll. Die jetzt beschlossene Krankenhausreform wird von den Fachleuten heftig kritisiert, da sie keine Antworten auf die großen Zukunftsfragen des Gesundheitswesens gibt. Es fehlen Lösungen für den demografischen Wandel, den zunehmenden Versorgungsbedarf, den Fachkräftemangel und den medizinischen Fortschritt.

Darüber hinaus forderte der Deutsche Ärztetag mehr Planungssicherheit für Ärzte an Kliniken. Bund und Länder sollen die Anzahl der unbefristeten Beschäftigungsverhältnisse im ärztlichen Bereich deutlich erhöhen und Vertragslaufzeiten für befristete Verträge festschreiben.

Der Deutsche Ärztetag ist für eine Ausweitung von Rahmenvorgaben zur Ausbildung und Tätigkeit akademisierter Gesundheitsfachberufe. Unter strikter Beachtung des Arztvorbehaltes kann es sich dabei nur um arztentlastende delegierbare Leistungen handeln. Die Arbeitsgruppe von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung soll Grundsätze zur Integration neuer Gesundheitsfachberufe wie den Physician Assistant in die Patientenversorgung erarbeiten. Wir haben diesen Prozess angestoßen, da es auch in Sachsen Aktivitäten für neue Assistenzberufe gibt.

Das Thema Gesundheitsdaten hatte ich vor einem Jahr schon angesprochen. Auch der Deutsche Ethikrat widmete sich kürzlich „Big Data im Gesundheitswesen“. Der 118. Deutsche Ärztetag hat sich nun für eine weltweite Ächtung von Cyberangriffen, insbesondere auf Einrichtungen des Gesundheitswesens, ausgesprochen.

Die technischen Entwicklungen und die Interessen von Versicherungen werden uns noch so manche ärztliche Nuss zu knacken geben. Auch berufsrechtlich werden wir gezwungen sein, unsere Regelungen der Entwicklung von Gesundheits-Apps zur Überwachung von Körperfunktionen anzupassen.

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,
die Entwicklung einer neuen Gebührenordnung für Ärzte war ebenfalls ein Punkt in Frankfurt. Nach 20 Jahren Stillstand scheint eine neue GOÄ konsensfähig zu sein. Mit dieser könnten klare Regelungen für Einkünfte der Ärzteschaft gefunden werden. Dafür müssen wir allerdings so manche Vorgabe der privaten Krankenkassen oder der Beihilfe als Kompromiss hinnehmen. Geplant wird die neue GOÄ für 2016. Die erwartete heftige Kritik von den Delegierten blieb auf dem Ärztetag aus, da der Sachstand der Verhandlungen und die Position der Bundesärztekammer überzeugend und transparent vom Verhandlungsführer, Dr. med. Theo Windhorst, vorgetragen wurde.

Ein weiterer wichtiger Punkt auf dem 118. Deutschen Ärztetag galt der kommunikativen Kompetenz von Ärzten. Prof. Dr. med. Ulrich Schwantes führte in das Schwerpunktthema aus Sicht eines Hausarztes ein und machte einmal mehr deutlich, welch hohen Stellenwert diese Kompetenz in der ärztlichen Profession genießen sollte.

Eine professionelle Distanz zu den Patienten sei aus fachlicher Perspektive wichtig, jedoch schließe dies eine emotionale Nähe zum Patienten nicht aus. Empathie ist eine wichtige Voraussetzung für den Arztberuf und Grundlage für eine funktionierende Kommunikation auf allen Ebenen, verbal wie nonverbal.

Der Patient steht im Mittelpunkt der Arzt-Patient-Kommunikation, nicht der Arzt. Defizite in der Kommunikation beeinträchtigen nachgewiesenermaßen den Heilungsprozess. Und ein ausführliches Gespräch mit dem Patienten zu Beginn spart am Ende mehr Zeit, als eine 30 Sekunden Anamnese.

Die Kommunikation mit Patienten muss stärker in die Aus- und Weiterbildung von Ärzten integriert werden. Die Medizinischen Fakultäten müssen die in der Approbationsordnung für Ärzte festgelegte Kompetenzentwicklung in der ärztlichen Gesprächsführung konsequent ausbauen. Die interkulturelle und sprachliche Sensibilität muss auch in der ärztlichen Weiter- und Fortbildung kontinuierlich gefördert werden.

Die Delegierten mahnten aber auch Arbeits- und Rahmenbedingungen in Praxis und Klinik an, die eine geeignete und ruhige Kommunikationssituation ermöglichen und den Schutz der persönlichen Daten und der ärztlichen Schweigepflicht gewährleisten. Der Ärztetag forderte ausreichend Zeit für diese wichtige Form der ärztlichen Zuwendung. Dies muss auch bei der Bewertung ärztlicher Tätigkeit, bei der Bedarfsermittlung und bei Stellenplänen berücksichtigt werden.

Gesetzesvorhaben

Sehr geehrte Damen und Herren,

für dieses Jahr erwarten wir von der großen Koalition noch zahlreiche Gesetze. Dazu gehören:

- ein Versorgungsstärkungsgesetz,
- ein Präventionsgesetz,
- ein Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung,
- ein Gesetz zur Sterbehilfe,
- ein Antikorruptionsgesetz,
- ein E-Health-Gesetz,
- ein Tarifeinheitengesetz und
- ein Krankenhausstrukturgesetz.

Die dazu vorliegenden Referentenentwürfe wurden bereits in parlamentarischen Gremien diskutiert. Eine Anhörung zu einem Gesetz zur ärztlichen Sterbebegleitung soll im Juli erfolgen. Ich möchte hier nur auf einige eingehen.

Präventionsgesetz

Das Präventionsgesetz ist aus meiner Sicht mehr als überfällig. Grundsätzlich ist der im Entwurf verfolgte Ansatz zu begrüßen, die Gesundheitsuntersuchungen künftig stärker auf die Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen auszurichten. Insbesondere sind die lange überfällige Anhebung der Altersgrenze auf 18 Jahre bei den Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche und die Stärkung der Impfungen hervorzuheben. Übrigens hat der 118. Deutsche Ärztetag auf Antrag der sächsischen Delegierten die Länderregierungen aufgefordert, ihre Gesetze zum Besuch von Gemeinschaftseinrichtungen (Schulen, Kindergärten u.a.) um einen nachgewiesenen vollständigen Impfschutz zu ergänzen oder zu erweitern.

Wir müssen jedoch grundsätzlich die stärkere Einbindung von Ärzten in die Leistungen des geplanten Präventionsgesetzes und in die geplante nationale Präventionskonferenz einfordern. Die wichtigsten Ansprechpartner in Präventionsfragen sind nun mal wir Ärzte. Deshalb benötigen wir auch einen Präventionsausschuss, um dieses Feld fachlich gut bestellen zu können. Wir erreichen Patienten aller gesellschaftlichen Schichten und können diese auf eine Veränderung von Verhaltensweisen und zur Wahrnehmung gesundheitsförderlicher Angebote gezielt und fachlich fundiert ansprechen.

Zukünftig muss die Gesundheitspolitik dazu übergehen, nicht nur die kurative Versorgung zu organisieren, sondern die Gesundheit selbst stärker zu fördern. Das Gesundheitssystem muss insgesamt auf präventives Handeln ausgerichtet werden. Wir sollten nicht nur auf das Individuum und das Verhalten der Menschen eingehen, sondern auch auf das physische und soziale Umfeld und die soziale Ungleichheit. Dazu müssten Lebenswelten wie Kitas, Schulen, Arbeitsplätze sowie die Infrastruktur gesundheitsfördernder gestaltet werden.

Gesetz zur ärztlichen Sterbebegleitung

Bezüglich der politischen Diskussion über eine ärztliche Sterbebegleitung und das Verbot der organisierten Sterbehilfe lehne ich aus ärztlicher Sicht weiterhin die Tötung auf Verlangen eines schwerkranken Patienten ab. Unsere ärztliche Aufgabe ist es, Menschen in Not beizustehen und ihnen ihre Schmerzen weitestgehend zu nehmen, sie beim Sterben zu begleiten, auch mit den Möglichkeiten der terminalen Sedierung. Zugleich begrüße ich das geplante Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung. Vor allem muss die häusliche Betreuung, die Begleitung und Unterstützung von Angehörigen ausgebaut sowie sogenannte Brückenteams finanziell stärker gefördert werden.

Medizinischer Fortschritt und steigende Lebenserwartung werden uns auch weiterhin mit neuen ärztlich-ethischen Problemen konfrontieren. Jüngst erlaubte der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte zum Beispiel in Frankreich die passive Sterbehilfe bei einem querschnittsgelähmten Wachkomapatienten ohne Patientenverfügung. Deshalb muss es einen kontinuierlichen innerärztlichen Diskurs zur Rolle des Arztes in der Begleitung Sterbender geben. Denn unsere Aufgabe ist es auch, den nachfolgenden Ärztegenerationen ein Vorbild im Umgang mit unheilbar kranken Patienten zu sein.

E-Health-Gesetz

Nach dem Regierungsentwurf zum E-Health-Gesetz sollen die Nutzungsmöglichkeiten des Notfalldatensatzes erweitert und Zugriffsverfahren für Versicherte erleichtert werden. Versicherte sollen die Möglichkeit erhalten, auf eigenen Wunsch ihre notfallrelevanten medizinischen Daten (Notfalldaten) der elektronischen Gesundheitskarte auch zur Unterstützung ihrer Behandlung in der Regelversorgung bereitzustellen. Und wir fordern, dass der Impfstatus und die Teilnahme an DMP ebenfalls auf der Karte gespeichert werden.

Angehörige eines nichtakademischen Heilberufs, zum Beispiel Krankenpfleger, Physiotherapeuten und Masseur, sollen ein auf den lesenden Zugriff beschränktes Zugriffsrecht erhalten, soweit dies zur Versorgung erforderlich ist. Voraussetzung für den Zugriff ist nach dem Entwurf, dass sie sich mit einem elektronischen Heilberufsausweis authentifizieren. Die Änderung der Zugriffsrechte von Angehörigen nichtakademischer Heilberufe auf die Notfalldaten der elektronischen Gesundheitskarte soll schrittweise umgesetzt werden und darf nicht dazu führen, dass der bisherige Projektfortgang zum Notfalldatenmanagement verzögert wird.

Neu ist der Zusatz, dass Ärzte, die einen Medikationsplan erstellen und aktualisieren, hierfür eine Vergütung erhalten. Weiterhin stellt der Entwurf klar, dass telemedizinische Leistungen im EBM ausgebaut und mit Zuschlägen gefördert werden können.

Beibehalten wurden die von der Ärzteschaft scharf kritisierten Sanktionen bei Nichtanwendung des Versichertenstammdatenmanagements. Der Kabinettsentwurf setzt verbindliche Fristen für die Einführung des Versichertenstammdatenmanagements, der Notfalldaten sowie des elektronischen Entlass- und Arztbriefes. Die Einhaltung dieser Fristen werden an Malus-Regelungen auch für Vertragsärzte gekoppelt; ihnen soll ein Prozent des Praxisumsatzes abgezogen werden, solange sie die Gültigkeit der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) nicht prüfen und die Online-Aktualisierung der Stammdaten nicht durchführen. Ärzte, die die Versichertenstammdatenprüfung nicht nutzen und somit nicht zur Missbrauchsreduzierung beitragen, dürfen nicht abrechnen bzw. kein Honorar erhalten.

Leider wurden im Regierungsentwurf des E-Health-Gesetzes konstruktive Vorschläge der Bundesärztekammer nicht aufgenommen. Stattdessen lässt er in Teilen Rechtssicherheit für Ärzte und Patienten sowie das informationelle Selbstbestimmungsrecht von Patienten außer Acht. Wenn wir in Zukunft elektronisch im Gesundheitswesen kommunizieren wollen, dann sollten Arztbriefe wie in der Papierwelt auch durch einen Arzt unterschrieben werden. Dies sieht das E-Health-Gesetz jedoch nicht vor; es fällt also hinter den Standard in der Papierwelt zurück.

Das Notfalldatenkonzept der Bundesärztekammer ist primär auf die Versorgung von Notfällen ausgerichtet. Nun sollen mehr als ein Dutzend weiterer Berufsgruppen zum Zwecke der regelhaften Versorgung auf die Daten zugreifen können. Wenn der Gesetzgeber den Notfalldatensatz kurz vor der Ziellinie in eine kleine Patientenakte umdeutet, dann muss der Zugriff dieser Berufsgruppen zwingend mit einem PIN-Schutz versehen werden. Nur mit der Eingabe der PIN kann der Patient autonom entscheiden, ob er einen Zugriff auf seine Daten gewähren möchte oder nicht. Im weiteren Gesetzgebungsverfahren besteht immerhin noch die Chance, dies zu korrigieren.

Tätigkeitsbericht 2014

Meine sehr geehrten Damen und Herren,
aus den vorgenannten Themen wird deutlich, welche zentralen Aufgaben die ärztliche Selbstverwaltung hat:

- die Begleitung politischer Prozesse,
- die Beratung des Gesetzgebers und
- die Vertretung der ärztlichen Interessen.

Hinzu kommen noch die Kernaufgaben unserer Ärztekammer:

- die ärztliche Fort- und Weiterbildung,
- die ärztliche Qualitätssicherung,
- das ärztliche Berufsrecht und
- die Aus- und Fortbildung der Medizinischen Fachangestellten.

All diese Facetten werden in unseren Gremien nachhaltig gestaltet. Einen umfassenden Überblick dazu bietet der Ihnen vorliegende Tätigkeitsbericht. Dennoch möchte ich Ihnen einige wenige Beispiele aus unseren Gremien nennen:

Sächsische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung

- Zertifizierung von Fortbildungsveranstaltungen
- Erfassung der Fortbildungspunkte

- Erweiterung der Räumlichkeiten für die Fort- und Weiterbildung
- Fortbildungsangebote zu vielfältigen Themen

Ausschuss Berufsrecht

- „Schwarze Schafe“ identifizieren und zum Schutz des Ansehens des Berufsstandes berufsrechtlich zur Verantwortung ziehen
- Berechtigte Kritik soll zum Umdenken im ärztlichen Alltag führen

Ausschuss Qualitätsmanagement

- Peer-Review-Verfahren Pathologie und Intensivmedizin

Ausschuss ambulante Versorgung

- Weiterbildung in der ambulanten Medizin
- Sektorenübergreifende Versorgung/Schnittstellen
- Notfallversorgung

Ausschuss Krankenhaus

- Sicherstellung Notfallmedizin
- Notfallsanitätärgesetz
- Projekt Herzinfarktregister Ostsachsen
- Mitarbeit im Krankenhausplanungsausschuss des SMS
- Krankenhausfinanzierung
- Jahr der Organspende 2015
- Fehlerkultur im Krankenhaus, Qualitätsmanagement im Krankenhaus, Hygiene
- Schlichtungsausschuss Kodierung/Abrechnung (Abstimmung mit dem MDK zur Verminderung der Bürokratie)
- Zulassung von Krankenhäusern und anderen Einrichtungen (z.B. MVZ) zur Weiterbildung

Ausschuss Weiterbildung

- Mitarbeit bei Novellierung der Musterweiterbildungsordnung
- Regelmäßiger Besuch von Weiterbildungsstätten
- Erteilung/Aberkennung von Weiterbildungsbefugnissen
- Anerkennung von Weiterbildungszeiten

Ausschuss Notfallmedizin

- Entwurf und Umsetzung des neuen Curriculums „Ärztlicher Leiter Rettungsdienst“
- Umsetzung des Curriculums „Notfallmedizin“ zum Erwerb der Zusatzbezeichnung
- Beteiligung an der Arbeitsgruppe „Curriculum und Kursbuch Notfallmedizin“ bei der Bundesärztekammer
- Intensive Befassung mit dem neuen Berufsbild „Notfallsanitäter“

Ausschuss Hygiene

- 13 Dresdner Kolloquien „Umwelt und Gesundheit“ seit 1999 (insgesamt 28)
- Lufthygiene in Schulen
- Zusammenarbeit der „Lebensmittel- und Veterinärämter“ und „Gesundheitsämter“
- Aufzeigen von Defiziten in der Hygiene und Umweltmedizin, Infektionsschutz
- Verbesserungsvorschläge: Gründung eines Landesgesundheitsamtes, Ordinariate für Hygiene und Umweltmedizin und Öffentlichen Gesundheitsdienst

Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst ÖGD

- Werbung um neue Kollegen für den öffentlichen Gesundheitsdienst
- Bekanntmachung der Aufgaben des ÖGD
- Mitinitiator für die Durchführung der Famulaturen im ÖGD
- Vorbereitung und Zuarbeit zum Deutschen Ärztetag, TOP 2014: ÖGD
- Vorbereitung und Durchführung der Curricula „Krankenhaushygiene“ für hygienebeauftragte Ärzte und Hygieneärzte des stationären und ambulanten Bereichs sowie für die Gesundheitsämter Sachsens

Ausschuss Arbeitsmedizin

- Arbeitsmedizin im geplanten Präventionsgesetz
- Gewinnung arbeitsmedizinischen Nachwuchses
- Fort- und Weiterbildung des arbeitsmedizinischen Assistenzpersonals

Ausschuss Senioren

- Projekt Notfallkurse für ärztliche Senioren
- Buchprojekt Erlebnisse sächsischer Ärzte in der Zeit von 1949 – 1989

Hinzu kommen zahlreiche Stellungnahmen an die Staatsregierung und für den Landtag. Zusätzlich sind wir in zahlreichen Gremien auf Bundes- und Landesebene vertreten, um politische Prozesse aktiv mitzugestalten und die Interessen aller Ärzte zu vertreten. Diese Aufgabe hat aus meiner Sicht immer mehr an Bedeutung gewonnen, da der Veränderungsdruck im Gesundheitssystem erheblich zugenommen hat. Jeder Bürgermeister, jeder Landrat beschäftigt sich inzwischen genauso mit Versorgungskonzepten wie Landtags- oder Bundestagsabgeordnete. Im Vordergrund steht fast immer die Gewinnung von ärztlichem Nachwuchs beziehungsweise die Delegation von ärztlichen Leistungen zur Arztlentlastung, um Defizite in der Versorgung zu beheben. Die Begleitung dieser Prozesse ist mit einem hohen personellen und zeitlichen Aufwand verbunden. Aber er ist notwendig.

Ärztelnachwuchs und Ausländische Ärzte

Sehr geehrte Mandatsträger, sehr geehrte Gäste, die ärztliche Nachwuchsgewinnung ist für die Landesärztekammer bereits seit fast 15 Jahren eines der wichtigsten Themen. Da die Landes- und Bundespolitik anfangs die Zeichen der Zeit nicht wahrhaben wollte, ergriff die ärztliche Selbstverwaltung die Initiative. Sachsen hat im bundesweiten Vergleich die meisten und effektivsten Konzepte und Netzwerke zur Gewinnung von jungen Ärzten entwickelt. Mit der Gründung von „Ärzte für Sachsen“ 2009 konnte der Prozess noch Fahrt aufnehmen. Die sächsische Landesregierung hat sich im Koalitionsvertrag wiederholt zum Netzwerk bekannt. Und unsere Statistik belegt: Seit 2009 ist die Anzahl der berufstätigen Ärzte und der Anteil der jungen Ärzte in Sachsen signifikant stärker angestiegen, als vorher. Das von uns 2002 prognostizierte Ärztedefizit ist dadurch erheblich niedriger ausgefallen. Dennoch müssen wir unsere Bemühungen für die Einzelpraxis und die Krankenhäuser in ländlichen Regionen fortsetzen. Zugleich müssen wir neue Versorgungskonzepte, wie die Satellitenpraxis, entwickeln, da wir durch den demografischen Wandel in Sachsen und die veränderten Arbeits- und Lebenseinstellungen der jungen Ärzte wenig Optionen für die Nachwuchsgewinnung haben.

Auch ausländische Ärzte werden dieses Problem auf Dauer nicht lösen. Aber: Ich bin sehr froh, dass wir diese Kollegen haben, denn sie sichern in Sachsen die Versorgung der Patienten. Und ich wiederhole mich, wenn ich sage: Ohne die ausländischen Ärzte müsste so manche Station in Krankenhäusern geschlossen werden oder Praxen ohne Nachfolger bleiben. Selbstverständlich müssen diese Kollegen die fachlichen, aber auch die sprachlichen Voraussetzungen für eine

Tätigkeit in Deutschland erfüllen. Von daher ist es richtig, dass die Landesgesundheitsminister eine Fachsprachenprüfung für ausländische Ärzte in diesem Jahr eingeführt haben beziehungsweise einführen wollen. Wir sind auf die Abnahme der Prüfung vorbereitet. Diese neue Aufgabe übernehmen wir gern, da sie mit der ärztlichen Qualitätssicherung zusammenhängt.

Stellung der Ärztekammern

Seit dem Aufbau der Selbstverwaltung 1989/90, an der ich und einige andere Kollegen in diesem Raum wesentlich mitgewirkt haben, hat die Landesärztekammer immer mehr staatliche Aufgaben übertragen bekommen. Dies verdeutlicht den Stellenwert der Selbstverwaltung. Und da ich noch ein anderes Gesundheitssystem kennengelernt habe, gilt für mich die ärztliche Selbstverwaltung als eine der wichtigsten ärztlichen Errungenschaften der Wende. Die Möglichkeit die ärztliche Fort- und Weiterbildung selbst zu gestalten, fachliche Expertise in politische Prozesse geben zu können, ist ein großes Privileg. Nur wenige Professionen haben diese Möglichkeit. Und eine rein staatliche Verwaltung würde diese freiberufliche Selbstorganisation der Ärzte inhaltlich, strukturell und ökonomisch in keiner Weise ersetzen können.

Das möchte ich an einigen Kennzahlen aus 25 Jahren Sächsischer Landesärztekammer verdeutlichen:

23.269 Ärzte (2014), (13.000 Ärzte 1990), darunter 13 Prozent ausländische Ärzte
1.388 Eigene Fortbildungsveranstaltungen,
59.497 Teilnehmer an Fortbildungsveranstaltungen,
11.528 Facharztanerkennungen,
483 EU-Anerkennungen,
4.975 Beschlüsse,
302 Ausgaben des „Ärzteblatt Sachsen“,
287 Vorstandssitzungen,
1.689 bearbeitete Widersprüche,
179 Verwaltungsgerichtliche Verfahren/Klageverfahren,
63 Berufsgerichtliche Verfahren,
8.593 Abschlussprüfungen Medizinische Fachangestellte,
194 Kurse Medizinische Fachangestellte mit 4.377 Teilnehmern.

Nicht alle Erwartungen und Wünsche vom Neubeginn 1989 wurden erfüllt. Zum Beispiel die Idee, Kassenärztliche Vereinigung und Landesärztekammer zu vereinen, scheiterte damals an den westlichen Strukturvorgaben. Eine geeinte Ärzteschaft, eines meiner wichtigsten politischen Ziele, wurde und wird immer wieder durch innerärztliche Grabenkämpfe konterkariert. Wenn monetäre Interessen eine sachliche Diskussion dominieren, dann müssen wir uns nicht wundern, wenn die ärztliche Selbstverwaltung bei der Politik wie auch in der Ärzteschaft an Bedeutung verliert. Wenn „Schwarze Schafe“ Abrechnungen manipulieren, Leistungen ohne Indikation erbringen oder sogar die Transplantation missbrauchen, dann werden auch Patienten weniger Vertrauen in ihre Ärzte haben.

Künftige Herausforderungen für die Ärztekammer

Sehr geehrte Damen und Herren,
eine der größten Herausforderungen für die Ärztekammer wird zukünftig in der Sicherung und Stärkung der ärztlichen Profession gegen Kommerzialisierung und Deprofessionalisierung bestehen. Und die Ärztekammer muss mit dazu beitragen, die ethischen-ärztlichen (moralischen) Kernkompetenzen in die Medizin zurückzuholen. Hier möchte ich auch an die Kritik der ökonomischen Überformung der Medizin von Giovanni Maio erinnern. Er schreibt unter anderem: „Der größte Schaden, den das rein ökonomische Denken anrichtet, ist letzten Endes die emotionale Distanzierung vom Patienten: Es gibt den perfekten Service ohne persönliche Anteilnahme am

Schicksal des kranken Menschen. Die Ökonomie führt neue Werte ein; anstelle des empathischen Engagements wird die unparteiische Dienstleistungserbringung gepriesen. Die selbstverständliche Unmittelbarkeit des Gebens gerät zur Hilfe nach Berechnung, zur Hilfe nach Kalkül.“

Dieser Entwicklung müssen wir etwas entgegensetzen. Schon Hippokrates ahnte den Konflikt. Die Frage, wird die ärztliche Tätigkeit ausgeübt, um Geld zu verdienen, oder wird sie vergütet, weil auch ein Arzt leben können muss, gewinnt zunehmend an Bedeutung. Die über Jahrhunderte währende ärztliche Ethik setzte das Primat auf eine ärztliche Tätigkeit, die ausschließlich dem ärztlichen Gewissen, ihrer Freiberuflichkeit und Entscheidungsfreiheit verantwortlich war. Die moralisch-ethische Entscheidungslast ärztlichen Handelns unterliegt heute einem zusätzlich ökonomischen, juristischen und disziplinarisch untermauertem Druck, dem zu begegnen fast aussichtslos erscheint.

Krankenhäuser und Praxen sind auch wirtschaftliche Unternehmen, die der Tendenz zur Gewinnmaximierung unterliegen. Dieser Tendenz muss immer wieder ein aus dem ärztlichen Ethos erwachsendes Wertebewusstsein entgegengesetzt werden. Denn nicht der Markt darf die Demokratie bestimmen, sondern die Demokratie den Markt.

Künftige Herausforderungen für Ärzte

Sehr geehrte Damen und Herren,

in seinem Buch „Die verlorene Kunst des Heilens“ schildert der amerikanische Kardiologe Bernard Lown, die Begegnung mit einer sibirischen Ärztin. Diese, gefragt nach der eigentlichen Bedeutung des Arztseins, antwortete: „Ein Patient sollte sich jedes Mal, wenn ihn ein Arzt gesehen hat, besser fühlen.“

Diese einfache Formel könnte ein ganz einfacher Indikator für eine gelungene Arzt-Patient-Beziehung sein. Wie schon bereits erwähnt, spielt die medizinische Indikation eine tragende Rolle in der ärztlichen Tätigkeit, da sie die Grundlage jeglicher Maßnahmen bildet. Unser Gesprächskreis Ethik in der Medizin und die Bundesärztekammer haben sich mit diesem Thema bereits auseinandergesetzt. Letztere hat dazu ein Grundsatzpapier erarbeitet.

Prof. Dr. med. Dr. phil. Heiner Raspe, aus Lübeck, unterscheidet drei Stufen der Indikationsstellung:

- eine generalisierende,
- eine individualisierende und
- eine in Grenzen personalisierende.

Daraus leitet er ab:

- „Indikationen haben eine handlungsdienliche und direktive Funktion.
- Sie bilden eine Brücke zwischen klinischem Denken und Handeln.
- Ihr Ausgangspunkt sind "Symptome" und "Umstände" der Krankheit und des besonderen Falls, die sie objektivieren, analysieren und bewerten.
- Indikationen dienen der Überwindung des aktuellen Zustands und orientieren sich an einem in der Zukunft liegenden Ziel.“

„Dabei gilt: Ärzte (nicht Patienten) stellen Indikationen; Patienten (nicht Ärzte) entscheiden im Regelfall über ihre Realisierung. Genau diese Rollenverteilung ist es, die dem Arzt die professionelle Pflicht, das soziale Privileg und die juristische Verantwortung gibt, Indikationen nach ‚bestem Wissen und Gewissen‘ zu stellen.“ Diese Grundmaximen ärztlichen Handelns müssen in Zeiten „schleichender“ Indikationsausweitung und einer wunscherfüllenden Medizin konsequent beachtet werden.

Das Beispiel der 13-fachen Mutter, die sich mit 65 Jahren im Ausland Ei- und Samenzellen einsetzen ließ und in Deutschland Vierlinge per Kaiserschnitt in der 26. Schwangerschaftswoche zur Welt brachte, macht den ethischen Graubereich in der Medizin besonders deutlich. 12 Mitarbeiter kümmern sich derzeit 24 Stunden täglich um die vier Hochrisikopatienten. Wer die Kosten dafür trägt, konnte bisher nicht geklärt werden. RTL hat die Mutter bereits unter Vertrag. Solche Geschichten bringen nicht nur die Reproduktionsmedizin in Verruf, sondern den ganzen Berufsstand.

Liebe Mandatsträger, liebe Gäste,
für mich galt immer: Gestalten statt Verwalten! Integration statt Konfrontation! Dies spiegelt sich in den Themen und Projekten wieder, an welchen ich in den letzten 25 Jahren beteiligt war. Nach meiner Erfahrung ist die Verbindung von fachlicher Expertise mit berufspolitischem Engagement der Schlüssel zum Erfolg ärztlicher Selbstverwaltung!

Wichtig für den Erfolg ist auch die Kooperation mit der Politik, den Körperschaften und Verbänden, mit den medizinischen Hochschulen, den anderen Heilberufen und den nichtärztlichen Berufsgruppen in der Medizin. Diese Kooperationen muss aus meiner Sicht kontinuierlich gepflegt werden.

Die Ärzte Sachsens sollten auch ihrer humanen ärztlich-ethischen Berufsverpflichtung treu bleiben, innerhalb der Sächsischen Landesärztekammer alle Berufsgruppen in Praxis, Klinik und Öffentlichem Gesundheitsdienst paritätisch und kraftvoll zu vertreten, damit die Sächsische Landesärztekammer wachse, blühe und gedeihe – vivat, crescat, floreat!

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, liebe Gäste, jetzt komme ich zum Schluss meines Vortrages, den ich nutzen möchte, um mich zu bedanken. Mein Dank gilt dem Vorstand und allen Mitarbeitern für viele Jahre erfolgreicher, gemeinsamer Arbeit zum Wohle der Ärzte Sachsens. Mein Dank gilt auch den rund 1.000 ehrenamtlichen engagierten Ärzten in unseren Gremien.

Persönlich darf ich ergänzen, dass mir die Arbeit mit allen Kollegen, Freunden und Mitarbeitern Freude und Ansporn war – nicht unwesentlich haben dazu auch das „gute Kammerklima“ und der „gepflegte Kammerton“ beigetragen. Auch dafür gebührt ihnen allen mein Dank!

Besonders danken möchte ich dem Vizepräsidenten, Herrn Bodendieck, für die sehr gute Zusammenarbeit und dafür, dass er mich in den letzten Jahren nach außen wie nach innen hervorragend vertreten hat.

Und danken möchte ich an dieser Stelle auch meiner Familie, die mir über die vielen Jahre hinweg den Rücken freigehalten hat.

Ich wünsche Ihnen allen eine Fortführung der gedeihlichen Kammerarbeit, mit neuen Personen und Akzenten, damit Sie die vielfältigen interessanten Aufgaben in der kommenden Legislaturperiode 2015 – 2019 erfolgreich bewältigen und neue Projekte gestalten können! Zum Zeitpunkt meines selbstbestimmten Ausscheidens kann ich feststellen, dass die Sächsische Landesärztekammer in sehr geordneten Verhältnissen übergeben werden kann.

Ich habe mir immer wieder die Worte von Kerschensteiner in Erinnerung gerufen, weil sie eine pragmatische Sicht auf die ärztliche Tätigkeit im 20. Jahrhundert geben. Zitat:

„Der ärztliche Beruf ist wunderlicher Natur und immer wieder haben geistvolle Köpfe darüber nachgedacht, was eigentlich an diesem Gemisch von Wissenschaft, Kunst, Handwerk, Liebestätigkeit und Geschäft das Wesentliche ist.“

Dem füge ich abschließend hinzu: Der Arzt soll ein Helfer, Heiler, Vertrauter, Berater, Anwalt und säkularer Seelsorger seiner Patienten bleiben! Damit erfüllen wir die Hippokratische Maxime: *Salus aegroti suprema lex.*