

Bericht über den 8. Sächsischen Ärztetag, zugleich 18. Kammerversammlung, 13./14. Juni 1998 in Dresden

Wie die stattlicher werdenden Anzahlen der Kammerversammlungen und Ärztetage zeigen, kommt die Sächsische Landesärztekammer in die Jahre, und ihre zweite vierjährige Wahlperiode geht in die letzte Runde.

Dieser institutionellen Reifung, wie sie am besten anhand der jährlichen Tätigkeitsberichte verfolgbar ist, steht die wenig erfreuliche Tatsache des sich eher invers darstellenden berufspolitischen Interesses gegenüber. Denn nur so läßt sich bei lang-

zeitiger Vorinformation das Fehlen von nahezu eines Drittels der gewählten Mandatsträger erklären.

70 der 102 Delegierten konnte der *Präsident* mit ein wenig schmerzlicher Herzlichkeit willkommen heißen und die Beschlußfähigkeit konstatieren.

Gutem Brauch folgend, gedachte die Kammerversammlung der mit Verlesen ihrer Namen und Erheben von den Plätzen im Jahresverlauf verstorbenen 32 Kolleginnen und Kollegen sowie zweier Mit-

arbeiterinnen der Kammer.

Auf Beschluß des Vorstandes wurde die „*Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter - Medaille*“ als höchste Auszeichnung der sächsischen Ärzteschaft in diesem Jahr für ihre hohen Verdienste an

**Frau Dr. med. Brigitte Güttler, Aue,
Dr. med. Rainer Kluge, Räckelwitz,
Prof. Dr. med. Rolf Haupt, Leipzig,**

verliehen.



Dr. med. Rainer Kluge



Frau Dr. med. Brigitte Güttler



Prof. Dr. med. Rolf Haupt

Für die Geehrten sprach Herr Prof. Haupt Worte des Dankes und führte dazu aus: Wir haben diese Arbeit, die uns die hohe Auszeichnung eintrug, gern, wenn auch oft mit Mühe, doch auch mit viel Freude getan.

Der Namensgeber für diese Medaille, in Leipzig geboren, in Dresden wirkend, hat seine vorbildlichen Taten um der Sache Willen, trotz Demütigungen und beruflicher Nachteile vollbracht. Mit dem Dresdner ärztlichen Mitstreiter Carl Otto Seidenschnur und dem Leipziger Professor Bock gelang die Gründung des Deutschen Ärztevereinsbundes. Mit ihr waren Grundsätze verknüpft, die der Förderung der Kollegialität, der Würde des Standes, der

ärztlichen Wissenschaftlichkeit dienen. Sie sind auch heute, *mutatis mutandis*, aktuell.

Sich schnell vermehrendes Wissen nötigt zur Interdisziplinarität, um moderne Heilkunde betreiben zu können, macht selbst bescheidener und erhöht die Achtung füreinander, denn ohne Naturwissenschaften und Biologie ist medizinische Wissenschaft nicht vorstellbar.

Ohne Mitbeteiligung an den gesellschaftlichen Prozessen können wir unsere Demokratie nicht leben und erleben. Sie veranlaßt uns zu Einmischung und aktiver Mitgestaltung, die ethische Fragen mitberühren muß. Diese ethischen Diskussionen haben wir besonders nötig und dürfen nicht aufhören, den zivilisatorischen Fort-

schrift auf dessen Vermeidlichkeit hin zu befragen. Im Bemühen, das derzeit Notwendige zu erkennen, sehen wir uns eins mit dem Anliegen Herrmann Eberhard Friedrich Richters in seiner Zeit.

Mit hoher Aufmerksamkeit wurde dem durch den Präsidenten gegebenen *Bericht „Zu aktuellen Themen der berufspolitischen Lage“* entgegengesehen.

Er ging zunächst auf das seit Ende 1997 in Kraft getretene *Transplantationsgesetz* ein, was endlich in Deutschland zu einer gerade diesem durch besondere Sensibilität gekennzeichneten Gebiet die nötige Rechtssicherheit verschafft und hoffen läßt, zu einem Anstieg der Organtransplantationszahlen als lebenserhaltender



Besonders begrüßt: Magnifizenz Prof. Bigl, Rektor der Universität Leipzig (links vorn im Bild), neben ihm PD Sauermann.

Maßnahme zu führen.

Er widmete sich dann noch einmal dem als „großer Lauschangriff“ bekannten Sachverhalt, der letztlich im Bundesrat als Länderkammer keine Mehrheit fand und auch den Ärztestand von seiner Inanspruchnahme zugunsten des Staatsschutzes freigestellte.

Derzeit hat die Bundesärztekammer den Entwurf einer Richtlinie zur Sterbebegleitung fertiggestellt, deren Inhalt sich gegen alle Formen aktiver Sterbehilfe wendet. Trotzdem besteht weiterer Bearbeitungsbedarf, insbesondere zur Information der Öffentlichkeit, der uns veranlaßt, das Thema weiter im Auge zu halten.

Dann wandte sich Prof. Dietrich der zu gewisser Verunsicherung führenden Waren- und Dienstleistungsfreiheit in der Europäischen Union zu und der Möglichkeit der Auslandsbehandlungen. Nach dem jetzigen Stand der Dinge, die allerdings der weiteren Auseinandersetzung durch die Politik bedürfe, ist gegenwärtig nur eine Behandlung mit Genehmigung der kostentragenden Assekuranz möglich. Solange eine Harmonisierung der stark unterschiedlichen Krankenversicherungssysteme in weiter Ferne liegt, ist mit Freizügigkeit zunächst nicht zu rechnen.

Schließlich ging der Referent auf die ins Stocken geratene Einführung einer novelierten Ärztlichen Approbationsordnung

ein, die, zunächst auf gutem Wege befindlich, durch Einwände des Medizinischen Deutschen Fakultätentages aufgehalten wurde. Ein tragfähiger Kompromiß passierte noch im Dezember 1997 das Bundeskabinett, blieb dann aber kurz vor dem Ziel im Bundesrat hängen. Die Kultusminister der Länder hatten Bedenken wegen der Reduzierung der Zahl der Studierenden und einem davon erwarteten nachteiligen Einfluß auf die Fakultäten einschließlich der Hochschulbauförderungsmittel angemeldet. Im Blick auf die bevorstehenden Wahlen ist es nun mehr als fraglich geworden, die Verordnung noch in dieser Legislaturperiode durchzubringen. Bundesärztekammerpräsident Dr. Vilmar hat unter diesen Auspizien mit einem Schreiben an die in der Länderkammer vertretenen Ministerpräsidenten kürzlich noch einmal die Situation dargelegt und um Entscheidung gebeten, damit noch in diesem Jahrhundert eine Neuregelung gelingen kann.

Als aktuellem Ereignis widmete sich dann der Präsident dem 101. Deutschen Ärztetag und besonders den Ausführungen von Bundesminister Seehofer, der alle Einflußgrößen auf das solidarisch getragene soziale Sicherungssystem benannte und die erwachsenen Konsequenzen vorführte. Politische Einflüsse auf mögliche Lösungswege verstellten fällige Entschei-

dungen, die im parteigeprägten Bundestag und dem föderalen Bundesrat unterschiedliche Mehrheiten fanden.

Immerhin gelang es, mit Hilfe des 2. Neuordnungsgesetzes (NOG) eine Übertragung von Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung durchzusetzen und erste Rahmenbedingungen einer künftigen Selbstverwaltung zu schaffen, für die es allerdings weiterer rechtlicher Voraussetzungen bedarf. Von hier aus vollzog der Referent einen Gedankensprung zur Alters- und Hinterbliebenenversorgung durch die ärztlichen Versorgungswerke. Sie auf Dauer auszutrocknen, werde mit dem SPD - lancierten Versuch unternommen, Ärztinnen und Ärzten künftig die Befreiung aus der Pflicht der Teilnahme an der gesetzlichen Rentenversicherung zu verwehren. Der Deutsche Ärztetag hat mit einem „*principiis obstat*“ dazu eine eindeutige Stellung bezogen.

Zu den Stellungnahmen des Bundesgesundheitsministers zur Allgemeinmedizin und ihrer Weiterbildungsförderung, wo durch die Krankenkassen ein Förderbeitrag von 320 Millionen für zwei Jahre des auf fünf Weiterbildungsjahre terminierten Gesamtzeitraumes verfügbar gemacht werden sollen, muß an dieser Stelle nicht noch einmal eingegangen werden. Darauf und die damit verbundene gesetzliche Lücke ihrer Zahlung aus Mitteln der Krankenkassen wurde im vorangegangenen Heft des „Ärzteblatt Sachsen“ ausführlich im Bericht zum 101. Deutschen Ärztetag eingegangen.

Erwähnung fanden auch die Topiks des Ärztetages „Arzt im Krankenhaus - Standortbestimmung und Zielorientierung“ sowie die „(Muster)-Weiterbildungsordnung“. Deren Vereinfachung und nötige Überarbeitung des Paragraphenteils waren vielfaches Anliegen der Delegierten, wobei allerdings nicht aus den Augen verloren werden darf, daß ihre komplizierten Inhalte die raschen Fortschritte des medizinischen Wissensstandes reflektieren und nicht als bürokratischer Auswuchs abgewertet werden dürfen.

Zum Schluß trug der Präsident ein Anliegen vor, was zunehmende Bedeutung erhält und dementsprechend wachsende Aufmerksamkeit erfährt, nämlich das einer freiwilligen zertifizierten Fort-



Mitglieder der Arbeitsgruppe „Junge Ärzte“, vorn im Bild Herr Maidaschewski

bildung. Geübt werden derartige Modelle bereits im Ausland, aber auch schon in anderen deutschen Bundesländern. Die Sächsische Akademie für ärztliche Fortbildung hat sich dieses Sachverhaltes angenommen und Vorstellungen entwickelt, wie dieser Anspruch im Bereich der sächsischen Kammer umsetzbar sein könnte; darüber wird zu beraten sein.

In der danach anberaumten Diskussion meldete sich zunächst Herr Maidaschewski aus der Arbeitsgruppe „Junge Ärzte“ zu Wort, der Kolleginnen und Kollegen vom AiP bis zum Facharzt angehören. Er charakterisierte das Gesundheitsstrukturgesetz als existenzgefährdend. Allein in Sachsen seien nach Angabe des Arbeitsamtes in Chemnitz 440 Ärztinnen oder Ärzte als arbeitslos gemeldet, in der Bundesrepublik 10 000, nach Angabe des Marburger Bundes gar 15 000. Die unentgeltliche Beschäftigung unter Gastarztstatus oder als Hospitant häufe sich. Sie wäre zu beseitigen, wenn die immense Zahl an Überstunden im Volumen von 15 000 Arztplanstellen abgebaut würde und sich auch Möglichkeiten des „Job sharing“ (Arbeitsplatzteilung) eröffneten. Die Arbeitsämter jedenfalls sind außerstande, tatsächlich Vermittlungen vorzunehmen. Die Möglichkeiten in alternativen Berufsfeldern sind allenfalls begrenzte (und dann eigentlich nur für Leute mit eigener Initiative und klaren Zielen geeignet (Red.)).

Auslandsangebote beziehen sich zumeist auf Ärzte mit Facharztanerkennung. Ferner sei für den jungen Arzt eine Weiterbildung (zum Facharzt) nicht gewährleistet und eine strukturierte Weiterbildung nur schwer vollziehbar. Auch sei die Facharztprüfung nicht die einzige Prüfung, der sich ein Kandidat zu unterziehen habe. Vieles hängt von der Gunst der Weiterbilder ab. Fast zur Regel geworden sei heute der Abschluß von Kurzzeitverträgen von 1/2 bis zu einem Jahr Dauer oder das Angebot von Teilzeitstellen (2/3 Stellen). Arbeitslosigkeit des einzelnen wird rasch zum „individuellen Versagen“ erklärt. Leider würde die Ärztekammer nur „appellativ“ tätig werden. Unentgeltliche Mehrarbeit ist zur Selbstverständlichkeit

geworden.

Herr Dr. Schwenke ergänzte dazu, daß von den 440 arbeitslosen Ärztinnen und Ärzten in Sachsen 130 ohne Gebietsanerkennung seien, viele davon Deutschstämmige aus den GUS-Staaten. Unmittelbar seien die Arbeitsämter nicht vermittelnd wirksam geworden (wie sollten sie es auch?) (d. Red.).

Herr PD Liebold (Leipzig) erhielt in seiner Klinik täglich Bewerbungsschreiben, ohne helfen zu können. Die Budgets sind sehr eng begrenzt, die Personaldecke knapp bemessen. Sie gestattet nicht, Mitarbeiter zur Qualifikation zu delegieren. Herr Prof. Bach (Dresden) fragt sich, ob die Studentenzahlen wirklich zu hoch wären. Es liegen Zahlen vor, die besagen, daß nach 2005 mehr Ärztinnen und Ärzte ausscheiden, als ausgebildet werden. Im übr-

gen gibt er auch zu denken, daß in den Fakultäten der alten Länder doppelt so viel ausgebildet würden als in denen der neuen Länder.

Prof. Dietrich bestätigt diese schon länger bekannte Tatsache einer hohen Zahl in den Ruhestand tretender nach 2000. Er verweist auf das Arbeitszeitgesetz und den massiven Anfall von Überstunden gerade im chirurgischen Fachgebiet. Hier ruht ein Potential für neu zu schaffende Stellen.

Herr Dr. Weiss (Wurzen) befaßte sich noch einmal mit Seehofers Rede. Für ihn entstand der Eindruck „aber ich liebe Euch doch alle!“. Der Marburger Bund als gewerkschaftliche Institution der angestellten Ärzteschaft erarbeitet unaufhörlich Vorschläge, doch was geschieht? Im übrigen würden die vielen geleisteten Überstunden meist nicht bezahlt. Was fehlt, sind vorbestimmte, nach erbrachten Leistungen ermittelte Arztbesetzungen. Im übrigen halte er an dem Vorschlag, eine „Solidargemeinschaft für Junge Ärzte“ zu gründen, fest. Aus einem Fonds, in den jeder 100 DM einzahlt, könnten Weiterbildungs- oder Facharztstellen bezahlt werden. Was man erfährt, ist, wie „Claims“ abgesteckt würden und wie am besten Punktwerte abzurechnen seien. Wer kümmert sich eigentlich um die Patienten? *Herr Prof. Haupt* (Leipzig) sähe natürlich auch die Reserve, die in den Diensten steckt. Wer will schon auf Besitzstände verzichten? Das ist nicht diskutabel. 1 000 oder 1 500 DM ist keiner bereit, halbieren zu lassen oder darauf zu verzichten. Was den jungen Kolleginnen und Kollegen zur nüchternen Einschätzung ihrer Lage fehlt, ist eine vernünftige Analyse des Ersatzbedarfs an Ärzten. Im übrigen wisse ein jeder, Arzt mit Stoppuhr geht nicht! Sollten, wie vorgeschlagen, mehr unbefristete Facharztpositionen in Krankenhäusern eröffnet werden, führte das zum Stau. Am besten wäre eine Freigabe der Niederlassung für Ärzte. Wäre es nicht angebracht, von angehenden Medizinstudenten sich unterschriftlich erklären zu lassen, daß nur für 30 % eine Chance erwächst, im Beruf künftig arbeiten zu können? *Herr Prof. Dietrich* sagte zu, bei den anstehenden Verhandlungen über die Allgemeinmedizin mit den Krankenhauschefs und -verwaltungen über diese Fragen reden zu wollen.



Herr Ministerialdirigent Einbock bei seinen Ausführungen über die Privatisierungskonzepte für sächsische Krankenhäuser

Frau Dr. Wunderlich (Großhartmannsdorf) bezog sich in ihrem Diskussionsbeitrag zu den Ausführungen von Herrn Maidaschewski auf die Chefärzte, die keine korrekte Vergütung gewährten und durch Pressemitteilungen bloßgestellt werden sollten. Sie warnte, nicht neuen Stoff für die Presse zu liefern, der Berufsstand werde schon genug diskreditiert.

Zur Weiterbildung „Allgemeinmedizin“ regte sie an, daß die Kinder von Allgemeinmedizinerinnen, die wieder Medizin studiert haben und die Praxis der Eltern zu übernehmen gedächten, auf Basis von Delegationen die Weiterbildung vollzögen. Dann stünden mehr bezahlte Stellen für Krankenhäuser für Weiterzubildende ohne niedergelassene Arzteltern zur Verfügung. Bedingung wäre, die Delegationszeit als Weiterbildungszeit anzuerkennen. Zur Fortbildung meinte Frau Dr. Wunderlich, daß, wenn sie sich bereitfände, eine Weiterbildung zu übernehmen, sie an einer Fortbildung schon deshalb interessiert sei und sich selbst in die Pflicht nähme. Wenn jedoch eine Pflichtfortbildung gefordert würde, werde es immer weniger Weiterbildungswillige im ambulanten Bereich geben. *Prof. Dietrich* antwortete, eine Pflichtfortbildung erforderte schließlich, das Grundgesetz und die Weiterbildungs-

ordnung zu ändern.

Herr Dipl.-Med. Däßler (Freital) ging am Beispiel des Krankenhauses Freital auf Probleme ein, die sich beim Verkauf an neue Träger ergeben. Zunächst war ein Verkauf aus öffentlicher Hand gescheitert, dann folgte eine zweijährige Privatisierung. Wie es dabei mit dem Arbeitszeitgesetz aussah, liegt auf der Hand. Die Einstellung von Ärzten war kein Thema. Die Staatsregierung blieb tatenlos. Jetzt soll das Haus beim Verkauf 9 Millionen DM mehr bringen als ursprünglich. Das Labor, das Röntgen sind privatisiert, alles ist schlechter geworden.

Hier meldete sich *Herr Ministerialdirigent Einbock* zur Diskussion und bemerkte, ihn habe die Diskussion nicht auf-, aber angeregt. Zunächst müsse er sich wehren, nicht am 101. Deutschen Ärztetag teilgenommen zu haben. Erstens sei das Staatsministerium keine Aufsichtsbehörde, zweitens gelte es zu sparen, auch Reise-gelder zu sparen. Man kann sich heute gut mit modernen Informationsmitteln informieren.

Zum Sinn der Krankenhausplanung. Die staatliche Planung habe durchaus eine Schutzfunktion, denken Sie an Krankenkassen - Einkaufsmodelle. Auch im eigenen Ministerium gebe es fast nur noch Teilzeitkräfte, damit aber auch mehr Menschen in Arbeit, auch wenn damit logistisch nicht alles einfacher geworden ist.

Was Freital anbetrifft, so müsse man auch dort die Gesetze einhalten. Künftig werden etwa 1/3 der Krankenhäuser kommunale sein, 1/3 gemeinnützige, wobei die Zahl noch nicht erreicht sei, schließlich 1/3 private. Sie sollen natürlich einen gewissen Profit erwirtschaften. Alle Häuser haben einen Versorgungsauftrag, worüber das Ministerium wacht. Das Personal soll dabei nicht vermindert werden.

Was die finanzielle Förderung der Allgemeinmedizin angeht, so werde demnächst im Saarland gemeinsam die Kultusministerkonferenz weiter beraten.

Herr Prof. Dietrich meldete seine Zweifel zu diesen Aussagen an. Er sei immer wieder und oft dramatisch mit den existenziellen Sorgen „heulender“ Chefärzte konfrontiert, denen man z. B. en passant beim Mittagessen die Kündigung ausspricht.

Nun meldete sich *Herr Dr. Fritz* (Marburger Bund) zu Wort und konstatierte, nur

reifes Alter, wenig Jugend ringsherum zu erblicken. Das sollte man doch bitte bei der nächsten Kammerwahl beherzigen. Die Jugend habe auch in der Klinik keine Lobby. Er wisse, daß 90 % der Kliniken das Arbeitszeitgesetz nicht einhielten (zum 101. Deutschen Ärztetag war von 1/3 die Rede (d. Red.)). Hochgerechnet machten 8 000 Leute Überstunden. In der Uni-Klinik Dresden sind die Kollegen oft von 7.00 - 20.00 Uhr im Dienst, manchmal noch immer 22.00 Uhr. Die Chefs erwarteten, da zu sein, wenn sie abends durchgingen. Diese Stunden werden stillschweigend geleistet. Und wenn sich einer bei ihm solche Sachen von der Leber rede, dann immer mit der ausdrücklichen Bitte: keinen Namen! Daraus könne man republikweit 30 000 Stellen machen, in Berlin allein 3 000.

Zu revidieren sei die großherzige Annahme, nach 2005 entstünde Bedarf für 10 000 Ärzte, vielleicht würden es mal 3 000 sein. Bedenken Sie, Sachsen hat 4 000 Betten mit Personal eingespart. Es wird viel mehr Leistung gebracht! Kurze Verweildauern führen allerdings zum Drehtüreffekt, der Patient kommt bald wieder. Sieht man sich im Klinikum um, wieviele Fachärzte trifft man noch? Zwar Oberärzte, sonst nur AiP's. Daraus erwächst eine echte Gefahr.

Privatisierung ist schlecht, es geht nur ums Geldverdienen. Teils gibt es sogar mehr Personal, dafür weniger ausgebildetes. Das private Herzzentrum ist Beispiel dafür. Gut, daß der Konsens zwischen beiden sächsischen Unikliniken hergestellt ist!

Herr Dr. Neubauer (Freiberg) schlug vor, die Mittel für Fachgebiete (Chirurgie, Innere, andere) so zu kürzen, damit eine Stelle für Weiterbildung Allgemeinmedizin eingerichtet werden könne. Es sollte auch nachgedacht werden, einen Fonds zu schaffen, der Gelder für junge Ärzte bereitstellt. Ein ähnliches Modell erprobt die Bergakademie Freiberg für hochbegabte Studenten. Vielleicht ließe sich die Apotheker- und Ärztebank erwärmen? Sie habe schließlich an den sächsischen Ärzten gut verdient.

Herr Prof. Schulze (Dresden) kam noch einmal auf arbeitslose Ärzte zu sprechen, wo sehr heterogene Ursachen vorlägen (GUS-Staaten, vorläufiger Mutterschutz, Nichtakzeptanz von Arbeitsplätzen, geo-



Herr Dr. Neubauer, Freiberg, offeriert seine Gedanken zur Schaffung eines Fonds für junge Ärzte in Anlehnung an ein Modell der Bergakademie Freiberg

graphische Ursachen). Bei Dumpingmethoden wären Gespräche mit den Chefs vonnöten.

Herr Dozent Goertchen (Görlitz) stellt die Frage nach dem Chef, wenn Assistenten bis zur Nacht arbeiteten. Im übrigen würde es für Chefärzte immer schwieriger, gute Fachärzte zu finden, wobei das Problem der Berentung eine wesentliche Rolle spielt. Man habe völlig legal den „Dachverband Unterstützungskasse für Krankenhäuser“ gegründet. Ärzte, leitende Ärzte, andere Mitarbeiter können damit zu zusätzlicher Altersversorgung kommen, ohne ihr Budget sonderlich zu strapazieren. Für Sachsen und Thüringen ist die Kasse bereits offiziell zugelassen. Besonders für den Bereich der nichtkommerziellen Krankenhäuser wäre diese Möglichkeit günstig.

Prof. Dietrich sah in der Unterstützungskasse keine Alternative zum Versorgungswerk, sondern ein Adjuvans und ein bedenkenswertes Verfahren.

Herr Dr. Bartsch (Neukirchen) sorgte mit dem Übergang zum Thema Telekommunikation für den Abschluß der berufspolitischen Aussprache und Übergang zu einem immer bedeutenderen, zukunfts-trächtigen Arbeitsinstrument auf dem Wege zur Kommunikationsgesellschaft. Er schilderte dabei auch die innewohnenden Gefahren einer mißbräuchlichen Nut-

zung oder der Preisgabe vertraulicher Daten, wozu bereits vielerorts Nötiges gesagt wurde. Die Sächsische Landesärztekammer wird ab 1. September ans Netz des Internets gehen, sich dort präsentieren und eine Vielzahl offener Daten und Angaben bereithalten, ihre Aufgaben beschreiben, wichtige Gesetze und Verordnungen verfügbar halten, für Sachsen wichtige Sachverhalte und Aktuelles abrufbar halten, z. B. zur Impfstoffsituation, und Kammerausschüssen Kommunikationsmöglichkeit bieten. In Zukunft wird „Intranet“ als geschlossenes Ärztenetz etabliert werden und später erweiterte innerärztliche Kommunikation ermöglichen, wobei besonderes Augenmerk dem Einbau von Sicherheitsinstallationen gilt. Sein Vorteil ist, das Freisein von unnützem „Datenmüll“. Schließlich wies Herr Dr. Bartsch auf das erste gesamtdeutsche telemedizinische Symposium hin, das unter Leitung von Herrn Prof. Kunath am 26. und 27. Juni in der Sächsischen Landesärztekammer stattfinden wird und wo neben wesentlichen Referaten ideale Bedingungen gegenseitiger Kontaktnahme bestehen.

Dann wurde die Plenarsitzung mit TOP 5, „Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer“, fortgeführt, wozu Herr PD Sauer mann als bereits langfristig diesem Sujet verbundener Ausführungen machte. Im wesentlichen deckten sie sich mit de-



Blick auf das Plenum bei der Stimmabgabe

nen anlässlich der vorangegangenen Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern am 25. April d. J. „Nun könne man in Abwandlung sagen: Es ist vollbracht, die Berufsordnung lebt!“ Wesentliches Element bei ihrer Ausarbeitung war die Vorstellung, ein Dokument zu erarbeiten, das das Vertrauen des sächsischen Ärztestandes findet und Fragen positiv beantwortet wie: Hat es Leitlinienfunktion, ist es europafähig, gut verständlich, wirkt es auf den Ärztestand einigend, stellt es Ethik vor Ökonomie und ist es vor allem durchsetzbar? Daß die Mandatsträger dies so empfanden, widerspiegelte das Abstimmungsergebnis einer einstimmigen Annahme (bei einer Enthaltung).

Nach der Mittagspause befaßte sich die Versammlung mit der „Einführung einer freiwillig zertifizierten Fortbildung in der Sächsischen Landesärztekammer“, wozu auch eine Beschlußvorlage (BV 3) bestand und Herr Prof. Bach Erläuterungen bot. Auch im „Ärzteblatt Sachsen“ Heft 6 (1998) wurden dazu Gedanken geäußert. Ärztekammer, Akademie für ärztliche Fortbildung und die wissenschaftlichen Fachgesellschaften haben ihre Zustimmung zum Gesamtunternehmen geäußert und Hilfe und Unterstützung zugesagt. Im großen und ganzen wurden inhaltlich zunächst drei Themenkreise angegeben, an denen das Interesse der Kolleginnen und Kollegen offenkundig besonders ausge-

prägt erschien: Arztrecht, ärztliche Ethik und Notfallmedizin.

Ein *Fortbildungsdiplom*, oder wie immer man es bezeichnet haben möchte, könnte ab 1999 eingeführt werden. Selbstverständlich auf freiwilliger Basis, mit einer Urkunde versehen, die auch nutzbar sein sollte und auch eine „Außenwirksamkeit“ besäße, z. B. für die Anerkennung einer Praxis als „Lehrpraxis“ mitwirken könnte. Dabei dürfe natürlich nicht außer acht bleiben, daß wir mit der foudroyanten Entwicklung der Telekommunikation vor einem Umbruch stehen und die medialen Möglichkeiten in 10 Jahren ein gänzlich anderes Bild entstehen lassen werden. Zunächst sollte man sich an der Gegenwart orientieren und für ein praktikables, unkompliziertes und billiges System sorgen. Wenn eine generelle Zustimmung erreicht werden könne, sollte zur 19. Kammerversammlung am 14. November über die Modalitäten gesprochen werden. Die Wortmeldungen betrafen die Benennung (Zertifikat wäre besser, Diplom schon anderweitig belegt) (Prof. Gruber, Leipzig), Fragen der Finanzierung und die Einbeziehung der seriösen Pharmaindustrie (Prof. Tauchnitz, Leipzig), die Übernahme der Kosten aus dem Kammerhaushalt (Dr. Schwenke), die auch Prof. Keller, Leipzig, befürwortete und ja allen Kammermitgliedern zugute komme. Herr Neubauer, Freiberg, empfahl der Versammlung die

Beschlußfassung, Herr Prof. Haupt, Leipzig, ergänzte, wenn wir es nicht tun, veranlassen uns andere dazu, Prof. Dietrich erkannte darin einen Bonus für die jüngeren Leute, die mal Oberärzte oder Chefs werden möchten.

Die Abstimmung über den dazu vorliegenden Beschlußantrag (BV 3) erbrachte bei lediglich 2 Gegenstimmen und 5 Enthaltungen eine Annahme des Vorschlags durch die überwiegende Mehrheit.

„Der Zeitplan für die Wahl der Mandatsträger der Kammerversammlung 1999 – 2003“ war als Tagesordnungspunkt 7 eingeordnet worden. Darüber berichtete Frau Dr. Diefenbach, die als Landeswahlleiterin bestellt worden war. Das Plenum billigte den als Beschlußvorschlag (BV 4) vorliegenden Plan einstimmig. Der Zeitplan wird im Oktoberheft „Ärzteblatt Sachsen“ veröffentlicht.

Zum Tagesordnungspunkt 8, „Finanzen“, machte Herr Dr. Helmut Schmidt (Hoyerswerda) als Vorsitzender des Finanzausschusses umfangreiche Angaben, die ebenfalls dem Tätigkeitsbericht 1997 der Sächsischen Landesärztekammer (S. 366 und 367 in diesem Heft) entnommen werden können, womit eine Angabe von Finanzziffern an dieser Stelle entfallen kann. Die ordnungsgemäße Rechnungslegung wurde durch die seit Jahren damit beauftragte Sozietät, Banschach, Bröbtl und Partner, bestätigt. Sie wurde zur weiteren Wahrnehmung dieser Aufgabe für das kommende Geschäftsjahr erneut bestellt. Vorstand und Geschäftsführung wurden sodann für das Jahr 1997 entlastet (BV 5). Der Haushaltsplan für 1999 (BV 6) wurde von der Kammerversammlung einstimmig angenommen, die „Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer“ (BV 7) mit 2 Gegenstimmen und 2 Enthaltungen bestätigt. Dabei ging es um die Erhöhung der Mahngebühr von bisher 25 auf 30 DM (§ 5 Abs. 2 Satz 2) sowie um eine Fristenänderung bei Anträgen auf Stundung, Ermäßigung und Erlaß (§ 6 Abs. 2 Satz 1). Am Schluß des offiziellen Teils der Kammerversammlung wurde der Termin für die 19. Kammerversammlung am Sonnabend, dem 14. November 1998, sowie den 9. Sächsischen Ärztetag (20. Kammerversammlung) am Sonnabend/Sonntag, 12./13. Juni 1999, mitgeteilt.

Wie stets zu den Sächsischen Ärztetagen hatte der Präsident zu einer Abendveranstaltung geladen, die im Restaurant und dem Foyer des Kammergebäudes stattfand. Ebenso guter Brauch ist es aber auch schon geworden, Repräsentanten des Gesundheitswesens zu Vorträgen einzuladen, die im Rahmen einer Soirée den Rednern freier gestatten, zu ihren Themen zu sprechen, als es in Wissenschaft und Politik sonst möglich wäre.

Als erster trat *Staatsminister Dr. Geisler* an das Rostrum im Plenarsaal der Ärztekammer. In seiner Grußansprache knüpfte er an die des Bundesärztekammerpräsidenten zum 101. Ärztetag an und widmete sich zunächst der Frage: „*Staatliche Fürsorge oder private Vorsorge?*“

Zunächst, so der Minister, ist der einzelne für seine Gesundheit verantwortlich. Bei Krankheit hat der Staat für die notwendigen medizinischen Erfordernisse Sorge zu tragen. In der Bundesrepublik sind dem Patienten hochwertige Leistungen garantiert, die binnen sechs Jahren um 44 % anstiegen. Diese wirtschaftliche Herausforderung zu meistern, sind alle am Gesundheitswesen beteiligten in einer konzertierten Aktion aufgefordert. Dabei steht den Ärzten eine Schlüsselrolle zu. Den kranken Menschen stärker in den Genesungsprozeß einzubeziehen, erwächst hierbei zunehmende Bedeutung, zumal viele Leiden heute eine Folge der Überflußgesellschaft sind. Wenn der Versicherte auf die Solidargemeinschaft vertrauen kann, darf das die Versichertengemeinschaft billigerweise auch von ihm erwar-

ten. Das heißt vor allem, auf vermeidbare Risiken zu verzichten. Wenn der einzelne sich so verhält, bestehen Chancen, das hohe Niveau der Versorgung zu erhalten und medizinischen Fortschritt zu gewährleisten.

In der DDR litt das Gesundheitswesen entgegen staatlichem Anspruch unübersehbar materielle Not, ohne mit dieser Aussage die Leistung der meisten Mitarbeiter des Gesundheitswesens zu schmälern. Das nach Wiederherstellung der Einheit eingeführte gegliederte Versorgungssystem verhalf zu rascher Anhebung der Qualität der medizinischen Betreuung. Dabei kam den neugegründeten Selbstverwaltungskörperschaften Bedeutung zu, indem ihre Mitglieder unter gesetzlicher Vorgabe und staatlicher Rechtsaufsicht diese Aufgaben und ihre Eigeninteressen wahrnehmen können.

Die eingeführten Neuordnungsgesetze von Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung sind paradigmatischer Natur. Sie vermindern staatlichen Einfluß und vermehren die Selbstverantwortung. Krankenkassen, kassenärztliche Vereinigungen und Ärztekammern muß trotz differenter Interessen das Ziel vereinen, eine optimale Gesundheitsversorgung auch künftig sicherzustellen. Ein modellhaftes Beispiel bietet das Betreuungskonzept für Zuckerkrankte in Sachsen, auch wenn es noch nicht wie gewünscht funktioniert, weil die Überweisungen in Schwerpunktpraxen oft nicht früh genug getätigt werden.

In diesem Zusammenhang stellte der Mi-

nister auch klar, daß er aus Kostengründen eine täglich dreimalige Blutzuckerkontrolle zwar hinterfragt habe, aber die Selbstkontrolle nicht generell in Frage stellte und sich damit sehr wohl mit diabetologischen Leitlinien in Einklang fände. Er dankte den Selbstverwaltungskörperschaften für ihre Arbeit, die für das Gemeinwesen unverzichtbar ist, um das Prinzip der zu verantwortenden Freiheit zu erhalten. Wenn diese Verantwortung wahrgenommen wird, kann es im neuen Jahrhundert des gemeinsamen Europas bestehen.

Die Zuhörerschaft dankte dem Staatsminister für seinen Vortrag, um sich dann sogleich auf den folgenden einzustellen, der in unmittelbarem Zusammenhang zu den ministeriellen Ausführungen zu sehen war:

Er wurde von *Herrn Prof. Dr. Dr. Günter Öllenschläger*, Apotheker und Arzt, Leiter der Zentralstelle der Deutschen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin gehalten und trug den Titel: „*Qualitätssicherung - wem nützt das?*“

Ein Lehrsatz des Qualitätsmanagements lautet: „*Jeder Fehler ist ein Schatz.*“ Aus der Existenz von Fehlern, von Schwachstellen und deren Analyse und Beseitigung und resultierender Qualitätsverbesserung verdienen kommerzielle Unternehmensberater viel Geld.

Auch aus eigener Kraft, ohne teure Hilfe und mit vorhandener Kompetenz, mit Beachtung von Erfahrungen anderer, läßt sich Qualitätsverbesserung erzielen. Unabdingbar ist allerdings, daß sich Ärztin-

nen und Ärzte hierauf methodisch vorbereiten, denn im allgemeinen wurde während des Studiums oder der Weiterbildung hierzu nichts vermittelt. Da ist noch viel nachzuarbeiten, sei es im Vergleich zu angelsächsischen oder skandinavischen Ländern oder auch zu hiesigen Krankenkassenmanagern und Pflegekräften. Es hilft vor allem auch, voreingenommene Ablehnung abzubauen und die Akzeptanz zu steigern, die oft bei den Ärzten fehlt, die am hartnäckigsten der Einführung neuer Qualitätssicherungsmaßnahmen trotzen. Nicht immer zu unrecht, wenn sie infolge von Finanzierungsproblemen von oben herab, bürokratisch, mit dem Ziel der externen Kontrolle, per Ukas auferlegt, oder von Theoretikern ohne Beachtung der Praxis entwickelt wurden.

Dann verstellt sich der Blick darauf, daß sie für uns Ärzte, aber auch alle anderen Heil- und Gesundheitsberufe bei der täglichen Arbeit nützen können: Selbstkontrolle durch systematische Dokumentation der Arbeitsabläufe und -ergebnisse, Diskussionen darüber, Verbesserung der Kommunikation und Kooperation sowie ein positiver Umgang mit Fehlern sind einige Beispiele dazu. Sie helfen, die Tagesarbeit zu optimieren, die eigene Arbeitsqualität und die Betreuung der Kranken zu verbessern und die eigene Befriedigung zu erhöhen.

Historisch bietet schon die antike Medizingeschichte dazu erste gedankliche Ansätze, wo ohne viel Federlesens einem Arzt bei Fehlern die Hand abzutrennen war, also nicht mit eben vorher genannten zivilen Handlungsweisen Qualitätssicherung erreicht werden sollte. Und zur Zeit der Stauferkaiser in Sizilien war man immerhin dahin gelangt, durch Prüfung derer, die Heilkunst ausüben wollen, Kranken Gefährdungen durch Ärzte zu ersparen.

Um so schlimmer, wenn die namhaften Herausgeber von „Prinzipien der Medizin“, 1997, in bezug auf die Qualitätssicherung ausführen: „Neuerdings genügen 'bestes Wissen und Gewissen' nicht mehr. Kontrollen sind gefragt.“ Dann erinnert man sich des Spruchs, daß die Selbstgefälligkeit die Tragödie der Unwissenheit ist.

Besonders in England und den Vereinigten Staaten hat man seit Anfang dieses Jahr-



Herr Prof. Dr. Dr. Günter Ollenschläger bei seinem Vortrag „Qualitätssicherung - wem nützt das?“

hundreds Programme zur Strukturierung, Standardisierung und Überprüfung der persönlichen Qualifikation wie der Arbeitsabläufe im Gesundheitswesen entwickelt. Bei uns konzentrierten sich Maßnahmen der Qualitätssicherung vorzugsweise auf die ärztliche Qualifikation. Praktikable Regularien zur Gewährleistung der Prozeß- und Ergebnisqualität sind allenfalls beispielhaft vorhanden (Geburtshilfkunde, Laboratorien, Radiologie), in Ansätzen bei einigem Operativen. Zumeist haben sie das Entwicklungsstadium oder den Probelauf noch nicht verlassen.

Höchst zweifelhaft sind Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu „Fallpauschalen und Sonderentgelte“. Sie zielen eher auf die Leistungsausgaben, die Kontrolle der Abläufe im Krankenhaus oder gar auf Bevorzugung einiger Arztgruppen bei einzelnen Leitlinien wissenschaftlicher Fachgesellschaften.

Mehr als bisher ist deshalb die ärztliche Selbstverwaltung gefordert, die Spreu vom Weizen zu trennen, die Qualitätssicherung von Sachfremden freizuhalten, ebenso wie von allen ökonomischen Zielsetzungen oder lobbyistischen Interessen. Was noch gar nicht oder nur am Rande erwähnt wurde, ist, daß „die medizinische Qualitätssicherung im Dienste der Patientenversorgung steht“, wie der 101. Deutsche Ärztetag noch einmal festschrieb.

Deshalb hat sich der Ärztestand dringend mit der Frage zu beschäftigen, wie sich der Bürger die Qualität der Gesundheitsversorgung vorstellt.

Ein internationales Symposium vermochte die folgenden Aussagen zu benennen:

- Sorgfältige ärztliche Untersuchung, Behandlung und Beratung nach dem Stande der Wissenschaft
- Eingehen auf Bedürfnisse, Fragen und Wünsche des Patienten
- Ausreichendes Zeitangebot für den Arzt
- Patienten - Kontakt
- Verständliche Information über Behandlung und Selbsthilfemöglichkeit
- Emotionale Unterstützung.

Vorschläge ergingen an den ärztlichen Berufsstand bezüglich:

- Kommunikationstraining für Ärzte
- Abgestimmte Leitlinien für Ärzte und Laien
- Patientenbrief in Ergänzung zum Arztbrief
- Medizinische Daten als Patienteneigentum
- „Patientenadvokaten“ ähnlich den „Ombudsmen“
- Patientencharta
- Beteiligung von Laien an der Erarbeitung von Qualitätssicherungsmaßnahmen.

Der Vortrag von Herrn Prof. Ollenschläger wurde vom Auditorium mit langem, herzlichen Beifall quittiert, zumal es ihm gelungen war, die nicht leicht zugängliche Materie eingängig dargestellt zu haben und mit Wilhelm Busch, aus „Kritik des Herzens“, einen humorigen Abgang zu finden.

Den Übergang zum freundlich-festlichen Beisammensein vermittelten *Schülerinnen und Schüler des Heinrich-Schütz-Konservatoriums* Dresden mit Spiel, Gesang und Tanz. Die davon Animierten konnten das zu späterer Stunde mit den „Hotspurs“ ausleben, die sich mit gepflegtem Dixieland und gutem Jazz empfahlen. ro