

## Arbeitstagung der Kammer- versammlung am 1. Juli 2000

Nach der Begrüßung durch den Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer und der Feststellung der Beschlussfähigkeit der Kammerversammlung – 68 Mandatsträger waren um 9 Uhr anwesend – begann die Arbeitstagung am Sonnabend mit der bedeutsamen Rede des Präsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Herrn Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe. Thema:

### Herausforderungen und Erwartungen an die verfasste Ärzteschaft zu Beginn des 21. Jahrhunderts

„Sehr geehrter, lieber Herr Präsident, meine sehr verehrten Damen, meine Herren, zunächst müssen wir uns wohl die Frage stellen, was unter *verfasster Ärzteschaft* zu verstehen ist. Natürlich sind eingetragene Vereine generell in unserer Verfassung verankert und damit auch die freien Verbände und Gesellschaften von Ärztinnen und Ärzten, seien es nun Verbände mit berufspolitisch-wirtschaftlicher Zielsetzung, wie der Marburger Bund, der zugleich eine Ärztegewerkschaft darstellt, der Hartmannbund, der in diesem Jahr seinen 100. Geburtstag feiert oder der NAV-Virchow-Bund, als Verband der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Deutschlands, der Deutsche Ärztinnenbund, der in diesem Jahr 75 Jahre alt geworden ist oder andere.

Auch die wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften gehören dazu, von denen es weit über 100 in Deutschland gibt. Als die größten sind vielleicht zu nennen die *Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin* oder die *Deutsche Gesellschaft für Chirurgie*.

Natürlich gehören auch die Verbände mit berufspolitischer Interessenvertretung für bestimmte medizinische Fachrichtungen dazu, wie die ärztlichen Berufsver-



Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe,  
Präsident der Bundesärztekammer

bände. Hier sind beispielhaft zu nennen der *Berufsverband der Allgemeinärzte* oder der *Berufsverband Deutscher Internisten*.

*Verfasste Ärzteschaft* im engeren Sinne meint aber wohl die – ebenfalls zwar nicht direkt im Grundgesetz verankerten – Körperschaften des öffentlichen Rechtes, wie die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Ärztekammern, welche abgeleitet aus unserer Verfassung nach Landesrecht oder Sozialrecht durch Gesetz eingerichtet sind, gesetzlich definierte Aufträge ausführen, die Pflichtmitgliedschaft kennen und denen eine eigene Regelungskompetenz für diese Mitgliedschaft übertragen wurde.

Diese *verfasste Ärzteschaft*, auch *Ärztliche Selbstverwaltung* oder *funktionale Selbstverwaltung von Ärztinnen und Ärzten* genannt, ist eine Option, ja geradezu eine Verpflichtung, gesellschaftlich interessierende Anliegen im Gesundheitswesen zu regeln. Die jeweilige Alternative wäre der freie *Markt* oder *Staat*.

Der Mannheimer Professor der Rechtswissenschaften, Dr. Jochen Taupitz, hat uns anlässlich des 50. Geburtstags unserer Bundesärztekammer die verfassungsrechtliche Einbettung unserer körperchaftlichen Selbstverwaltung und die Positionierung unseres Berufes im politischen und gesellschaftlichen Koordinatensystem mit folgenden Worten – und

zwar auf die freien Berufe generell abhebend – erläutert:

*Die Professionen schliessen gewissermaßen einen „Vertrag“ mit der Gesellschaft, nach dem*

- Autonomie in der Berufsausübung,
- Freiheit von sozialer Kontrolle durch Laien,
- Schutz gegen unqualifizierten Wettbewerb,
- hohes Einkommen,
- entsprechendes Prestige gegen kompetente Leistung und
- das glaubwürdige Versprechen der Selbstkontrolle eingetauscht werden.

Individuell und kollektiv durch ihre Verbände sichern die Professionen den Klienten und der Gesellschaft Fachkompetenz und Integrität zu. Sie verweisen auf Ausbildung und sorgfältige Auswahl ihrer Mitglieder, auf formelle und informelle Beziehungen zwischen Kollegen, auf die Bindung der Professionsangehörigen an bestimmte, von ihnen entwickelte berufsethische Normen und Standards und garantieren die Ahndung von Verstößen gegen diese Normen durch selbst durchgeführte Ehrengerichtungsverfahren. Dieser stillschweigende „*Vertrag zwischen Gesellschaft und Berufsgruppen*“ löst im Modell professioneller Autonomie das Kontrollproblem, so weit Taupitz.

Stark reduziert bedeutet dies für uns als Vertreterinnen und Vertreter der *verfassten Ärzteschaft*: Wir stehen in der Pflicht einer Vertrauensbildung gegenüber der Gesellschaft, den Ärztinnen und Ärzten, sowie im Zweifel einer Friedensstiftung zwischen den Kolleginnen und Kollegen. Dazu benötigen wir die gesicherte rechtliche Einbettung der Ärztekammern aber auch die geeigneten Instrumente.

Durch diese Aufgabenstellung bekommt die *ärztliche Selbstverwaltung* zwangsläufig ein Doppelgesicht, ein janusköpfiges Aussehen, da wir in gleicher Weise Leistung und Service für unsere Pflichtmitglieder wie auch Leistungen für die Gesellschaft zu erbringen haben, was

## 10. Sächsischer Ärztetag/ 22. Kammerversammlung

30. Juni 2000/  
1. Juli 2000

nicht selten zu fast unlösbaren Konflikten führt. Das Verhältnis der *verfassten Ärzteschaft* zum Staat – hier besonders zugespitzt auf die Ärztekammern – ist daher durch zwei Aufgabentypen geprägt:

- Zum einen die reinen Selbstverwaltungsaufgaben, die lediglich unter Rechtsaufsicht des Staates stehen.
- Zum anderen vom Staat übertragene Aufgaben, die überwiegend unter Rechtsaufsicht, aber auch unter eingeschränkter Fachaufsicht zu erledigen sind.

Angesichts Prämissen ist es leicht zu verstehen, dass sich unsere Ärztinnen und Ärzte als Pflichtmitglieder schwer tun, ihre Ärztekammern nur als positive Einrichtungen zu begreifen, weil sie von ihnen eigentlich eine lobbyistische Vertretung erwarten. Es ist auch zu verstehen, dass die Öffentlichkeit Ärztekammern dann nicht als im Sinne des Gemeinwesens agierend anerkennen kann, wenn diese sich tatsächlich im Lobbyismus erschöpfen sollten. Gute Ärztekammerarbeit bedeutet: Ambivalente Aufgaben und Erwartungen sowie Herausforderungen so zu bewältigen, dass sie von der Mitgliedschaft ganz überwiegend als Interessenvertretung empfunden und von der Gesellschaft – möglichst sogar von der Politik – als im Interesse des Gemeinwohls liegend, wahrgenommen werden.

Dabei ist es einfacher, Akzeptanz in der Bevölkerung zu finden, wenn man die Instrumente der kollegialen ärztlichen Selbstkontrolle umfassend einsetzt und die Funktion des so genannten verlängerten Arms des Staates besonders herausstellt. Dies aber zu verbinden mit einem Service-Gedanken gegenüber den eigenen Pflichtmitgliedern, ohne den Eindruck einer vorgesetzten Behörde zu erwecken, zumal die Funktionsträger der *ärztlichen Selbstverwaltung* ja nicht von der Allgemeinheit, sondern von eben diesen Pflichtmitgliedern in regelmäßigen Abständen gewählt werden, wird das immer schwieriger.

Die Erfolgsmöglichkeiten der *ärztliche Selbstverwaltung* und der in ihr Agierenden hängen natürlich ganz wesentlich vom gesellschaftlichen und politischen Umfeld ab, auf dessen Struktur und Aussehen auch sie allerdings wiederum Einfluss nehmen können.

Zunehmend stärker profiliert sich nach dem In-Kraft-Treten des *Torso-Gesundheitsstrukturgesetzes* 2000 die Auseinandersetzung um die Generalrichtung der Gesundheitspolitik der Zukunft heraus. Denn einerseits driften wir mehr und mehr in Richtung Wettbewerb, andererseits nehmen aber auch die Begehrlichkeiten staatlicher staatliche Planungsbehörden stetig zu. Die Puristen beider Lager müssen zwangsläufig korporatistische Einrichtungen wie die *verfasste Ärzteschaft* als störend ansehen. Schließlich kann Selbstverwaltung in einer wettbewerblichen Auseinandersetzung im Gesundheitssektor so nicht funktionieren und in der staatlich-bürokratischen Durchgriffsplanung bei eben dieser Selbstverwaltung hängen bleiben.

Da die politische Mehrheit im Deutschen Bundestag und die sie stützende Bundesregierung Gesundheitspolitik im wesentlichen aus dem Blickwinkel des Verbraucherschutzes definieren, zusätzlich in den anderen Mitgliedschaften der Europäischen Union aber vergleichbare Organisationsformen wie unsere Selbstverwaltung nicht existieren und folglich auch im Europäischen Parlament und in der Europäischen Kommission der Verbraucherschutzgedanke dominiert, befinden wir uns als funktionale Selbstverwaltung zurzeit in einem Zangengriff, der höchste Diplomatie von uns Verantwortungsträgern verlangt.

Politisch zusätzlich zu kämpfen haben wir in diesem Zusammenhang mit folgenden Spezialproblemen:

1. Die politisch gewollte „Überbevölkerung“ in der Ärzteschaft seit Mitte der 70iger Jahre. Seit 1977 warnen wir vor Überkapazitäten

im Arztberuf und vor Fehlsteuerungen bei der Rekrutierung unseres Nachwuchses. Offensichtlich haben wir es nicht deutlich genug gemacht, denn es ist uns *kein* Gehör geschenkt worden. Es wurde uns Eigeninteresse und nicht die Orientierung am Gemeinwohl unterstellt. Heute haben Politiker und Krankenkassenvertreter unsere damaligen Argumente übernommen, werfen uns aber jetzt vor, damals nicht richtig gehandelt zu haben. Dabei hat im Bereich der Ausbildung allein der Staat das Sagen. Durch die Gestaltung von *Bundesärzteordnung* und *Approbationsordnung* bestimmt allein er die ärztliche Ausbildung bis in die Feinheiten hinein und damit auch die Grundlagen der Sozialisation im Arztberuf.

Das selbe gilt für die Gestaltung der Ausbildungsstätten, nämlich unsere medizinischen Fakultäten an den Universitäten. Der Staat bestimmt durch die Kapazitätsverordnung und das Auswahlverfahren die Zahl und die Auslese unseres ärztlichen Nachwuchses. Von uns ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften verlangt er aber, dass wir mit den Ergebnissen dieser Entscheidungen – also der wachsenden Anzahl von Ärztinnen und Ärzten und den Problemen bei der Durchsetzung der ärztlichen Berufspflichten, den aufgetretenen Verteilungskämpfen und der dadurch entstandenen starken politischen Fraktionierung innerhalb der Ärzteschaft fertig werden.

2. Das zweite riesige Problem ist die *Leistungsexplosion* infolge des medizinischen Fortschritts und der demografischen Entwicklung seit den 70iger Jahren. Diese Entwicklung haben alle gewollt, haben alle begrüßt – allerdings nicht die Konsequenzen für den heutigen *Leistungskatalog* bedacht. § 12 des SGB V, in dem niedergelegt ist, dass die Patienten Anspruch auf notwendige, zweckmäßige, ausreichende und wirtschaftlich erbrachte Leistungen haben, ist politisch und durch die Rechtsprechung extrem weit interpretiert worden und näherte



Dr. Günter Bartsch, Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, Prof. Dr. Jan Schulze (v. l. n. r.)

sich der Vollversorgung an. Mackenzie King warnte die Politiker mit dem Spruch: *Die Versprechen von heute sind die Steuern von morgen*, übersetzt für die gesetzliche Krankenversicherung müsste es heißen: *Die Versprechen von gestern sind die Beiträge von heute*.

3. Als dritte Herausforderung ist sicherlich die herausragende *Innovationsentwicklung in der Medizin* selbst zu nennen oder anders ausgedrückt der *medizinischer Fortschritt*, der uns nach Krämer in die so genannte *Fortschrittsfalle* geführt hat. Wir Ärztinnen und Ärzte und damit auch unsere verfassten Organisationen sind dadurch in immer umstrittenere Auseinandersetzungen geraten, zumal gerade diese Fortschritte, nehmen Sie beispielhaft die *Intensivmedizin* oder die *Transplantationschirurgie*, immer kleinere Patientengruppen mit immer höherem Aufwand pro Behandlung betreffen.

4. Die vierte Problematik, die uns vor besondere Herausforderungen und Aufgaben stellt, möchte ich mit dem Schlagwort der *Entprivatisierung der Gesundheit* benennen. Gemeint ist hiermit – in der Sprache der Sozialwissenschaftler ausgedrückt – die Sozialisierung nahezu aller Risiken, selbst solcher, die auch bei wohlwollender Betrachtung eigentlich

nicht der Solidargemeinschaft zugerechnet werden können. Paradigmatisch möchte ich die Fortpflanzungsmedizin nennen, die in unserer Gesellschaft geradezu einen Siegeszug angetreten hat, sie hat ein neues Bewusstsein geschaffen und Einstellungen verändert.

So ist die Zeugung von Nachwuchs mittlerweile zu einem planbaren und gezielten Akt geworden mit der Folge, dass sich die meisten Menschen Kinder erst wünschen, wenn sie ihre Position im Arbeitsleben und in der Gesellschaft einigermaßen abgesichert haben. Wenn dann aber die Zeit reif ist und der Wunsch nach einem Kind besteht, befinden sich die Paare dann überwiegend in einem deutlich höheren Lebensalter, in dem die Fortpflanzungsfähigkeiten des Menschen biologisch bereits in Rückbildung begriffen sind. Hinzu kommen die noch nicht abschließend erforschten Spätfolgen einer länger dauernden, zum Beispiel hormonellen Kontrazeption oder auch die Wirkungen allgemeiner Umwelteinflüsse, die nach verschiedenen Berichten insbesondere die Zeugungsfähigkeit des Mannes beeinträchtigen sollen.

Doch handelt es sich bei der Inanspruchnahme der Leistungen der Fortpflanzungsmedizin nun um eine private Entscheidung oder ein von der Solidargemeinschaft zu tragendes Risiko?

5. Als fünftes Problemfeld möchte ich erinnern an die *Paradigmenwechsel*, die sich ergeben aus der bisherigen arzt dominierenden Maxime „*Salus aegroti-suprema lex*“ in die partnerschaftlich Patient-Arzt-gestaltete Devise „*Voluntas aegroti-suprema lex*“. Folgen sind eine veränderte Rechtsprechung, die uns in immer schärfere Konflikte zwischen dem, was sozialrechtlich zur Verfügung gestellt wird (Stichwort: Budgetierung) und dem, was das Haftungsrecht von uns fordert. Hinzu kommt die zunehmende – wie die Soziologen sagen – Pluralisierung der Entscheidungsgefüge. Damit ist, die Philosophie der sogenannten *Runden Tische* gemeint, die die Gesundheitsversorgung dezentral gestalten und in das individuelle Patient-Arzt-Verhältnis eingreifen soll. Damit wird natürlich die tradierte Philosophie der Therapiefreiheit gefährdet.

6. Als sechsten und – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – letzten Komplex darf ich im Hinblick auf die Zukunft unseres Arztberufes und unserer Selbstverwaltung ansprechen, die sich aus der technischen, insbesondere aus der informations- und kommunikationstechnischen Entwicklungen ergebenden neuen Begegnungsprozess der Zukunft, welche auf die Patient-Arzt-Beziehung enorm Einfluss nehmen werden.

Dazu hat der Berliner Unfallchirurg Axel Ekkernkamp im Januar diesen Jahres bei der Eröffnung des 24. Interdisziplinären Forums der Bundesärztekammer in Köln ein kaum besser darzustellendes Szenario vorgeführt:

Das Wissenschaftssymbol des hinter uns liegenden 20. Jahrhunderts war das *Atom*. Es stand für eine materialistische Weltlicht und war mit seiner wohl definierten Masse ein Metapher für die Macht und für die Kraft der industriellen Revolution.

Das Wissenschaftssymbol des 21. Jahrhunderts aber ist das *Netz*. Ein Netz besitzt keinen Anfang, kein Ende und kein Zentrum. Die Ränder sind eher

## 10. Sächsischer Ärztetag/ 22. Kammerversammlung

30. Juni 2000/  
1. Juli 2000

unscharf und die Linien zwischen den Knotenpunkten sind in ständiger, aber in ihrer Intensität diskontinuierlicher Bewegung. Netze arbeiten nicht nach den Kriterien unserer Vernunft, sondern nutzen regelmäßig eher die Anarchie als Logik, um daraus zu lernen und die eigene Anpassungsfähigkeit zu verbessern. Die Organisationsform der Zukunft wird das *Netzwerk* sein, in dem jeder Teil mit dem Ganzen verbunden ist.

Die Ärztinnen und Ärzte müssen langsam aber sicher erkennen, dass unser Definitionsmonopol von Krankheit vor mehr als einhundert Jahren durch das Preußische Oberverwaltungsgericht festgelegt wurde als „*Ein Zustand, der ärztliche Behandlung notwendig macht*“. Er schwindet, wenn

- *Kostenträger in Behandlungsindikationen* eingreifen,
- *Call-Center den Hausarzt* ersetzen,
- *Internet-New-Groups Therapiepläne* anbieten und
- die Pharmaindustrie über *Direct-to-Consumer-Marketing-Strategien* die Auswahl von Medikamenten dem Patienten überantworten.“

Gegenüber dem bisher Gesagten werden sich die Probleme, mit denen wir uns heute herumschlagen, wie zum Beispiel ein neuer *Einheitlicher Bewertungsmaßstab* bei der Vergütung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten, die Implementierung von DRG, also Fallpauschalen, für die Bezahlung von Krankenhausleistungen und die so genannte Integrationsversorgung als vergleichsweise harmlos herausstellen. Mit anderen Worten: Das Tempo des gesellschaftlichen Wandels, nicht nur die technischen Entwicklungen, sondern neue Verhaltensorientierungen und eine zunehmende Wertungssicherheit werden das Umfeld der Patient-Arzt-Interaktion und damit auch das Arztbild nachhaltig verändern.

Vorausgesetzt, der gesetzliche Auftrag an die ärztliche Selbstverwaltung bleibt

grundsätzlich bestehen, haben wir tatsächlich neue Herausforderungen zu bestehen. Dabei werden wir auch nach heutiger Erkenntnis mit den tradierten Instrumenten der Vertrauenserhaltung und Vertrauensbildung auskommen müssen, als da sind:

- Die Qualitätssicherung ärztlicher Arbeit im umfassenden Sinne, insbesondere durch Mithilfe bei einer guten Ausbildung des Nachwuchses.
- Die Gestaltung und der Vollzug der ärztlichen Weiterbildung sowie der ärztlichen Fortbildung sowie
- der Beobachtung und Beeinflussung der Prozesse bei der Erbringung von ärztlichen Dienstleistungen und der Evaluation von deren Ergebnissen.

Für Streitfälle müssen wir mit Begutachtung und Schlichtung zur Verfügung stehen. Zum Erhalt eines hochstehenden Berufsstandes – so fordert es das Gesetz – haben wir die Erfüllung der Berufspflichten unserer Kammerangehörigen zu überwachen, aber auch deren berufliche Belange in umfassenden Sinne wahrzunehmen.

Unsere Kunst muss und wird es deshalb sein, innerhalb dieses Rahmens ärztliche Selbstverwaltung für Ärztinnen und Ärzte am Gemeinwohl orientiert – auch in Zukunft – erfolgreich zu praktizieren. Als wichtigste Aufgaben sehe ich dabei:

1. Einheit in Vielfalt, so möchte ich den Spannungsbogen beschreiben, der sich ergibt aus der zunehmenden Spezialisierung in der Medizin und den sich daraus für die Patientinnen und Patienten ergebenden Vorteilen, aber auch den möglichen Gefahren, etwa durch mangelnde Integration und dadurch bedingte mangelnde Kontinuität bei der Patientenbetreuung. Durch die gleichzeitige Förderung der Spezialisierung, aber auch der Allgemeinmedizin und der Mithilfe bei Verfahren der modernen Vernetzung zwischen allen Bereichen haben wir die Chance, gute Ziele zu erreichen.

2. Der aus dem Amerikanischen stammende Begriff *Managed Care* muss auf deutsche Verhältnisse adaptiert zu neuen Versorgungs- und Organisationsstrukturen führen. Wir haben damit begonnen, auf eine breit angelegte hausärztliche Versorgung der Bevölkerung durch dafür speziell vorbereitete Ärztinnen und Ärzte hinzuwirken. Dabei sind noch längst nicht alle Widerstände überwunden, auch nicht die innerärztlichen.

Die Integration ambulanter und stationärer, besonders fachärztlicher Versorgung, ist zwar in aller Munde, aber auch hier ist innerärztlich noch keine Meinungsbildung zur näheren Ausgestaltung gelungen, zum Beispiel im Sinne eines integrierten ärztlichen Sicherstellungsauftrages für ambulant und stationär, mit der Folge einer integrierten sektorübergreifenden ärztlichen Selbstverwaltung. Die rasche Entwicklung *HMO-Artiger* Ideen – zunächst im privatärztlichen Sektor – macht es möglich, dass wir uns unversehens auch im ambulanten Sektor als Erfüllungshelfen, also als Mitarbeiter von Institutionen wiedersehen, die ihrerseits die direkte Vertragsbindung zu den Patienten schließen, etwa als *Shareholder-HMOS* oder ähnliches.

3. Wir müssen akzeptieren, dass in unserer Zeit und mehr noch in den kommenden Jahren Transparenz gefordert sein wird, da die Vielfalt der medizinischen Angebote bei Versicherten und Patienten als undurchschaubar gilt. Kommerzielle Anbieter versuchen hieraus Kapital zu schlagen.

Bisher galt der Konsens, dass Werbung von Ärzten, die auf eigene Leistungen und die eigene Person zielten, standesunwürdig ist. Wir haben mit den Änderungen der (Muster-)Berufsordnung auf dem 100. Deutschen Ärztetag in Eisenach und unlängst auf dem 103. Deutschen Ärztetag in Köln eine angemessene Öffnung zur Verbesserung der Information, insbesondere für die elektronischen Medien, beschlossen. Es gilt aber ebenso, überschäumende Euphorie abzuküh-

len und daran zu erinnern, dass überzogene Transparenzerwartungen bzw. aktive Werbung auch aus dem Gesichtspunkt des Schutzes vor Unseriosität nicht wünschenswert sein können. Gleichwohl werden wir uns als ärztliche Selbstverwaltung an seriösen Formen der Verbesserung der Transparenz für Patienten und Versicherte, selbst aktiv beteiligen müssen, ja sogar versuchen, wie bei der Patienteninformation, eine Vorreiterrolle zu übernehmen.

4. Ohne die ärztliche Therapiefreiheit – ohnehin nicht zu verwechseln mit Therapiebeliebigkeit – in Zukunft gefährden zu wollen, ist es eine ureigene Aufgabe der Selbstverwaltung, Handlungskorridore in Form von Leitlinien zu definieren. Selbst wenn Sie es immer wieder wollen: Die allgemeine Gesundheitspolitik oder etwa die Krankenkassen alleine können diese Arbeit nicht leisten. Der einzelne Arzt ist nicht mehr in der Lage, den aktuellen Stand der internationalen medizinischen Forschung in jedem Bereich zu überblicken. So weit wie möglich verschaffen Evidence-basierte Leitlinien eine größere Abstützung und möglicherweise im Einzelfall auch Rechtssicherheit, sie geben damit auch einen Beurteilungsfaden bei Behandlungsfehlervorwürfen. Die Behandlung des Themas *Externe Qualitätssicherung* durch den Gesetzgeber im Rahmen des Strukturgesetzes 2000 lässt deutlich erkennen, dass dort deren wesentliche Fundierungen nicht erkannt wurden, sonst hätte man die ärztliche Selbstverwaltung nicht so weitgehend aus dem Geschehen herauskatapultiert. Politische Vernunft aufseiten der Mitspieler im Selbstverwaltungsbereich, also bei Kassen und Krankenhausgesellschaft lassen hoffen, dass die seit nahezu zwei Jahrzehnten gewachsenen Strukturen, die zu Akzeptanz bei den betroffenen Ärztinnen und Ärzten geführt haben, zumindest nicht degenerieren werden.

5. Unter dem Stichwort *Binnenrevision* möchte ich ansprechen, dass eine wichti-

ge Funktion der ärztlichen Selbstverwaltung darin besteht, berufsunwürdiges Verhalten der Kammerangehörigen festzustellen und zu sanktionieren,

eine besonders ambivalente Aufgabe. Hier muss ich feststellen, dass angesichts der ärztlichen Überbevölkerung und des wirtschaftlichen Drucks die gegenwärtig-

## 10. Sächsischer Ärztetag/ 22. Kammerversammlung

30. Juni 2000/  
1. Juli 2000

gen Instrumente nicht mehr ausreichen, um noch lange die Glaubwürdigkeit der ärztlichen Selbstverwaltung aufrechtzuerhalten.

Ich erinnere noch einmal an den von Taupitz apostrophierten Vertrag zwischen Gesellschaft und Profession in Bezug auf die Bindung der Professionsangehörigen an bestimmte, von ihnen selbst entwickelte berufsethische Normen und Standards mit der Garantie der Ahndung von Verstößen gegen diese Normen durch selbst durchgeführte Gerichtsverfahren. Der Sinn dieser Verfahren ist schließlich auch der Schutz derjenigen Kolleginnen und Kollegen, die sich an die selbst gegebenen Normen halten.

Weil das heute zur Verfügung stehende Instrumentarium unzureichend ist, richten sich die Medienkritiken besonders wegen der Laschheit gegen uns Ärztekammern, in Wirklichkeit aber gegen den Gesetzgeber, der uns daran hindert, eine sorgfältige Auswahl der künftigen Professionsangehörigen, deren Sozialisation und deren Überwachung bei der Einhaltung unserer ethischen Grundsätze durchführen zu können.

6. Auch wir als Ärztekammern müssen ständig unsere politische Handlungsfähigkeit durch Modernisierung unserer Strukturen und Verfahren sichern. Auf Grund der Vielfältigkeit der Abstimmungswege und -verfahren im Gesundheitswesen und der schon angesprochenen Pluralisierung der Entscheidungsfindungen (Stichwort: Runde Tische) sieht sich die ärztliche Selbstverwaltung zunehmend vor die Herausforderung gestellt, auf allen Ebenen qualifiziert präsent zu sein. Dies bedeutet, nicht nur eine gute Zentrale zu besitzen, sondern auch dezentral und bürgernah für die Öffentlichkeit – aber auch die eigenen Kolleginnen und Kollegen – zu sein, – natürlich unter Verwendung der modernsten Kommunikationsmittel.

7. In keinem Land der Europäischen Union sind die Rechte der Patienten so

ausgeprägt wie in Deutschland. So genannte *Asymmetrien* zwischen Ärztinnen und Ärzten und Patientinnen und Patienten in Fachfragen sind schließlich der normale Zustand und nicht, wie manche fälschlich suggerieren wollen, eine Entartung des Patient-Arzt-Verhältnisses. Seit Jahrzehnten wissen und akzeptieren wir und handeln auch danach, Unterstützung für die Patienten, aber auch die Ärztinnen und Ärzte im Konfliktfall zu bieten. Die ärztliche Selbstverwaltung nimmt es als Herausforderung, dort ausgleichend zu wirken, wo diese so genannten Asymmetrien zum Nachteil des jeweils Schwächeren geraten: Die hohe Befriedigungsfunktion zum Beispiel der Arbeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen ist beispielsweise ein nicht zu widerlegender Beleg für diese Bemühungen. Sie werden nur aufrecht erhalten und weiterentwickelt werden können, wenn ihre Akzeptanz bei den Beteiligten nicht in Frage gestellt oder gar zerstört wird. Wir als ärztliche Selbstverwaltung wollen deshalb unsere präventive, überwachende und ggf. befriedende Funktion beibehalten und ausbauen und auch innerärztlich um einen breiten Konsens kämpfen. Nur dann auch können wir glaubhaft in der Öffentlichkeit sein.

8. Eine besondere und auch besonders delikate, so früher nicht gekannte Problematik hat sich bezüglich der innerärztlichen Situation ergeben. Ich meine hier speziell das *Weiterbildungswesen*. Durch die Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichtes in Sachen *Facharztstandard*, durch die neuen *Vergütungsformen für Krankenhausleistungen* im Sinne der diagnosebezogenen Fallpauschalen sowie durch die weit gehende Unmöglichkeit, beliebig aus einer Anstellung als Arzt am Krankenhaus in eine Vertragsarztpraxis zu wechseln, ist die tradierte Philosophie von Weiterbildung als Nebenprodukt ärztlicher Tätigkeit in einer hauptberuflichen Anstellung bereits erheblich ins Wanken geraten.

Ein Arbeitsplatz, auf dem Weiterbildung stattfinden kann, ist heute für unseren ärztlichen Nachwuchs zum Lotteriespiel einerseits und zu einem der am heißesten begehrten *Artikel* andererseits geworden, weil die Anerkennung zur Führung einer Gebietsbezeichnung in Form der so genannten Facharzturkunde in unseren Zeiten die eigentliche Zulassung zur Ausübung der Heilkunde am Menschen in eigenverantwortlicher und selbstständiger Position bedeutet.

Weil wir als Ärztekammern mit dem Weiterbildungswesen betraut sind, kommt uns deswegen sowohl bezüglich der Gestaltung der Weiterbildungsordnung, als auch bei den Weiterbildungsprozessen und schließlich bei der Prüfung der Weiterbildungsergebnisse und der Ausstellung der Urkunden eine früher nicht dagewesene Verantwortung zu.

Zu allem Leidwesen wird zunehmend häufiger die Notsituation unserer jungen Ärztinnen und Ärzte auch von zur Weiterbildung befugten Ärztinnen und Ärzten, besonders aber von Krankenhausträgern ausgenutzt, was sich dann in Missbrauch und Ausbeutung ihrer Arbeitskraft bemerkbar macht. Diese wiederum leiden darunter, offenbaren sich aber nicht, weil sie dann weitere Nachteile befürchten.

Zur Lösung dieses Konfliktes müssen wir uns etwas einfallen lassen, vielleicht als erste Maßnahme die Einrichtung einer Ombudsstelle, damit wir mehr über die Konflikthalte erfahren und vielleicht im Einzelfall helfen können.

Die Ärztinnen und Ärzte in Deutschland stehen in sozialer Verantwortung zu den Kranken – das ist unsere gesellschaftliche Verpflichtung. Natürlich müssen wir die ökonomischen Rahmenbedingungen berücksichtigen und dürfen uns nicht daran beteiligen, wirtschaftliche Ressourcen zu verschwenden.

Diese Einsicht ist aber nur zusammen mit der zweiten sinnvoll, nämlich der, dass das primäre Patient-Arzt-Verhältnis entlastet und geschützt werden muss.

Die ökonomischen, politischen Entscheidungen dürfen dieses Vertrauensverhältnis nicht belasten. Es muss uns, als der mittleren Ebene im Entscheidungsgefüge im Zusammenspiel mit der Politik gelingen, die Rahmenbedingungen so zu setzen, dass keine unlösbaren Patient-Arzt-Probleme im individuellen Fall entstehen. Wir als verfasste Ärzteschaft haben deshalb die Pflicht, immer wieder an die Grundlagen des Gesundheitswesens in Deutschland zu erinnern, nämlich:

- Erhalt der Freiheiten von Patienten und Ärztinnen und Ärzten.
- Keine Dominanz betriebswirtschaftlicher Gesichtspunkte vor medizinischen Notwendigkeiten.
- Eine realistische Einschätzung der medizinischen Leistungserwartungen an die Medizin in der Öffentlichkeit.
- Darauf hinzuweisen, dass private Vorsorge und Prävention ein Teil des Sozialstaates sind.

Wir müssen außerdem immer wieder darauf hinweisen, dass unser Gesundheitswesen nicht primär ein Kostenfaktor, sondern einer der wenigen Hoffnungsträger der Zukunft, insbesondere bezüglich des Angebots qualifizierter Arbeitsplätze ist, was nicht bedeutet, dass alle Gesundheitsleistungen solidarisch finanziert werden müssen.

Besonders aber müssen wir uns mehr und mehr der Frage widmen, die Orientierungen und Haltungen der nächsten Ärztesgeneration in unser Blickfeld zu rücken, einmal in dem wir unsere Zusammenarbeit mit den medizinischen Fakultäten in Fragen der Ausbildung des Nachwuchses verstärken, zum anderen, in dem wir das immer wichtiger werdende Feld der ärztlichen Weiterbildung bei Gestaltung und Vollzug mit größter Sorgfalt bestellen.“

Der Vortrag war ein Lehrstück ärztlicher Berufspolitik in einer Konzentration, wie wir es selten gehört haben. Herr Professor Dr. Hoppe ist nicht bei der Analyse

der aktuellen Berufspolitik stehengeblieben, sondern hat auch unseren ärztlichen Standpunkt klar formuliert und den Weg gezeigt, wie wir mit Politik und Kassen aktiv und produktiv agieren müssen.

10 Uhr 30 eröffnete Herr Professor Dr. Jan Schulze die Diskussion. Er forderte die Mitglieder der Kammerversammlung auf, sich zu diesem vom Präsidenten der Bundesärztekammer vorgetragenen Feuerwerk berufspolitischer Standpunktbestimmung und Perspektiven zu seinem am Vortag gehaltenen Vortrag sowie zu dem Rechenschaftsbericht 1999 der Sächsischen Landesärztekammer zu äußern.

#### **Schwerpunkthemen der sehr regen und umfassenden Diskussionen waren:**

##### **A Berufspolitik**

###### *Zusammenschluss der Heilberufe im weitesten Sinne*

■ Die sektorübergreifende Selbstverwaltung ist nur ein abstrakter administrativer Begriff für eine Integration von Krankenhausärzten und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. „Die Idee, die dahinter steckt ist die, dass die beiden Ärztegruppierungen aus unterschiedlichen wirtschaftlichen Lagern heraus müssen“ (Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe).

Im Sinne der Modernisierung und der Aktualisierung von Strukturen der Selbstverwaltung sollten solche Überlegungen angestellt werden (Professor Dr. Jan Schulze).

■ Herr Dr. Hans-Jürgen Hommel berichtete, dass die Einheit auch weiterhin zwischen Hausärzten und Fachärzten hergestellt ist.

###### *Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie*

■ Nach Meinung von Frau Dr. Maria Eberlein-Gonska war es unbedingt notwendig, an der Sächsischen Ärztekammer eine Arbeitsgruppe Zertifizierung zu gründen und zum anderen auch das



Dr. Hans-Jürgen Hommel, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen

Curriculum für den Qualitätsbeauftragten im Krankenhaus anzubieten.

###### *„Netzwerke“*

■ Wir brauchen ein gut funktionierendes externes Netzwerk in der Tätigkeit mit den Vertragspartnern, wie Krankenkassen, Sächsisches Staatsministerium, Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, und wir brauchen auch ein internes Netzwerk in der Kammer zwischen den Ausschüssen, Kommissionen und Arbeitsgruppen (Frau Dr. Maria Eberlein-Gonska).

###### *Der Ton macht die Musik*

■ Herr Dr. Andreas Prokop, Vorsitzender des Ausschusses Berufsrecht, empfindet, dass nirgendwo anders sich das Konfliktpotential zwischen Arzt und Patient so fokussiert wie auf dem berufsrechtlichen Gebiet.



Dr. Maria Eberlein-Gonska

## 10. Sächsischer Ärztetag/ 22. Kammerversammlung

30. Juni 2000/  
1. Juli 2000

Die Vorwürfe von der Patientenseite – zum Beispiel Ärzte hätten die notwendige Hilfe unterlassen, Ärzte hätten falsch behandelt werden in einem zunehmend schärferen Ton geführt. Auch der Ton der Ärzte gegenüber der Kammer ist nicht minder scharf.

### Professionelle Berufspolitik

■ Nach Meinung von Herrn Dr. Thomas Lipp brauchen wir ärztliche Kollegen, „die in der Berufspolitik, in den Kammern und KV hochprofessionell arbeiten. Wir brauchen Kollegen, die sich in Betriebswirtschaft, in Gesundheitspolitik, in Sozialpolitik, in Rhetorik wie auch in berufspolitischen Gladiatorenkämpfen auskennen“.

### Sächsisches Bündnis Gesundheit 2000

■ Frau Dr. Gisela Trübsbach informierte, dass die 30 Bündnispartner im Sächsischen Bündnis Gesundheit 2000 ein System der Neufinanzierung von Leistungen favorisiert. „1. vollfinanzierte Basisleistungen der Krankenversicherungen, 2. mischfinanzierte Leistungen durch Krankenversicherung und Patient und 3. eigenfinanzierte Leistung durch den Patienten“. Die Eigenverantwortung des Patienten sollte insbesondere bei seinem Präventionsbemühen gefordert werden.

### Wahlkampfthema

#### „Das Gesundheitswesen“

■ Herr Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe glaubt „die Chance ist gut, dass wir erstmals das Gesundheitswesens und die Finanzierung des Gesundheitswesens zu einem Wahlkampfthema machen. Ich habe nie verstanden, warum ein Posten von über 500 Milliarden DM, so viel Geld wird im Gesundheitswesen ausgegeben, Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) plus Restbereich zusammengezählt 540 Milliarden DM, noch nie Gegenstand einer politischen Auseinandersetzung war, die Wahl entscheidend war.“

■ Nach der Analyse von Herrn Professor Dr. Siegwart Bigl findet sich in keinem



Dr. Rainer Kluge

Parteiprogramm eine Aussage zur Prophylaxe und Gesundheitsvorsorge.

### Schlichtungsstelle und MDK

■ Dr. Rainer Kluge wies auf die zu erwartende Rolle der Krankenkassen im Bereich der außergerichtlichen Streitbeilegung von Arzthaftungsangelegenheiten hin. „Wir stehen in Verhandlungen mit dem MDK, um Kooperationen zu entwickeln, die für die Zukunft tragfähig sind“.

■ Nach Meinung von Herrn Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe versuchen die Krankenkassen jetzt schon eine gedeihliche Zusammenarbeit mit den ärztlichen Einrichtungen in den Landesärztekammern herbeizuführen.

■ Herr Professor Dr. Jan Schulze schlug vor, auf den MDK zuzugehen, „die Kollegen ins Boot nehmen, vielleicht ist das der Weg mit dem wir dieses Problem angehen könnten“.

### B Ausbildung, Weiterbildung und Approbationsordnung

■ Herr Professor Dr. Eberhard Keller betonte „die Lehre braucht Hochschullehrer, und wenn ein Stellenabbau jetzt kommt, die Verhandlungen sind ja da,.... wie wollen wir dann die Qualität der Ausbildung aufrechterhalten“. Dazu müssen wir Stellung nehmen und weiterhin fordern, dass eine neue Approbationsordnung in Kraft tritt und eine Veränderung des AiP-Status herbeigeführt

wird. „Es ist wirklich traurig, wieviel ein AiP verdient. Die Dienste macht er meistens ohne Bezahlung“, so fasst Herr Professor Keller die Situation der Ärzte im Praktikum zusammen.

■ Nach Aussage von Herrn Professor Dr. Jan Schulze liegt die novellierte Approbationsordnung im Bundesministerium. Hier bestand großer Konsens. „Im Bundesrat ist es praktisch dann nicht weitergegangen. Und es klemmt an der Finanzierung.... Es wird signalisiert, dass im nächsten Jahr diese Novellierung kommen soll“.

■ Die Philosophie dieser Novelle ist, „dass zwischen dem klinischen und dem vorklinischen Studiumsabschnitt so enge Verbindungen geschaffen werden, auch im Hinblick auf die Qualitätsverbesserung der Ausbildung“ ..., und „dass das Gesamtstudium ein einziger Block wird und sich die Zulassungszahlen am Anfang des Studiums schon so orientieren müssen, dass die klinischen Kapazitäten dabei mit einer Rolle spielen“ (Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe).

■ Die in der Weiterbildung tätigen Ärzte (Weiterbilder) müssen diese Weiterbildung zum Mittelpunkt ereignis ihrer chefärztlichen oder oberärztlichen Tätigkeit machen (Professor Dr. Otto Bach).

■ Herr Professor Dr. Jan Schulze betonte: „Wir sind ärztlich kollegial wirklich in jeder Einrichtung aufgerufen, unseren Nachwuchs so gut und so solide wie immer möglich weiterzubilden und ihm das Wissen angedeihen zu lassen, weil das unsere ärztliche, standespolitische und berufspolitische auf der Fachebene zu realisierende Aufgabe ist“.

■ Das Angebot von Herrn Erik Bodendieck für die Novellierung der Approbationsordnung lautet „es können doch die Studenten in die Praxis zum hospitieren kommen“.

■ Herr Professor Dr. Rolf Haupt betonte „dass unser ganzes Leben ein herrlicher Lernvorgang ist, der uns den Segen unseres Gehirns deutlich macht. Wir dürfen bis zum Ende unseres Berufes ständig Neues aufnehmen und müssen



das Bewegen und müssen damit unsere Fantasie einsetzen. Dieses Bewußtsein, Lernende zu bleiben, führt uns aber auch zueinander. Wir wissen heute in zunehmendem Maße, dass wir nur einen ganz kleinen Teil dessen, was dieser herrliche Organismus des Menschen ausmacht, beherrschen können in unseren Gedanken, in unserer Gedankenwelt. Und dass wir nur einen Teil der Krankheiten richtig erkennen können, und dass wir den anderen Arzt brauchen als einen anzunehmenden Partner, nicht als einen, den wir vielleicht schlecht machen, wenn er sich geirrt. Wir müssen miteinander reden, stationär und ambulant.“

■ Herr Professor Dr. Siegwart Bigl schlug die Einrichtung eines Weiterbildungsregisters vor, damit die Sächsische Landesärztekammer einen exakten Überblick darüber hat, wer und wo in Sachsen in Weiterbildung ist. Herr Professor Bigl sprach das Thema aus Besorgnis für das Fachgebiet Hygiene und Umweltmedizin und andere seltene Fachgebiete an. „In Sachsen gibt es zur Zeit noch eine Handvoll Ärzte, die unter 50 sind und das Fachgebiet Hygiene und Umweltmedizin beherrschen“.

### C Ärztlich-ethische Prinzipien

■ Herr Professor Dr. Rolf Haupt mahnt das ethische Prinzip in der Medizin an. Er führt dazu aus: „Eigentlich ist der Mensch, dem wir dienen wollen, nach wie vor der gleiche, wie vor vielen hundert Jahren; nämlich einer, der, wenn er auch mit einem guten Anzug des Halbwissens bekleidet uns in das Handwerk redet, letzten Endes in seiner tiefen Seele nach Hoffnung und nach Liebe und nach Zuwendung Sehnsucht hat“.

■ Herr Professor Dr. Otto Bach ging auf die Frage ein, inwieweit betriebswirtschaftliches Denken und volkswirtschaftlichen Denken in eine bestimmte Waage gebracht werden können. „Kassen denken betriebswirtschaftlich. Das heisst, wir haben dieses Jahr die Summe, und die können wir ausgeben“.

### D Punktwertverfall/ Honorarverschiebung

■ Wegen der Situation und Prognosen der niedergelassenen sächsischen Fachärzte bat Herr Dr. Wolfram Strauß um die Unterstützung der Hausärzten und angestellten Ärzte. Er empfahl, dass die sächsischen Ärzte gemeinschaftlich sich nochmals in Briefform an die Bundesgesundheitsministerin, Frau Andrea Fischer, wenden und um Aufklärung dieser Problematik bitten. Der Punktwertverfall ist eine Besonderheit, der die Strukturdefizite unseres Gesundheitswesens entlarvt.

„Die Kammerversammlung erwartet von Frau Bundesminister Fischer die kritische Überprüfung der Gesetzgebung hin-

sichtlich der negativen Folgen für die fachärztliche Versorgung. Das Gesundheitsreformgesetz 2000, das ohne Kenntnis der Situation der neuen Bundesländer in Kraft gesetzt wurde, wird zu einem Ausbluten von Praxen führen. Es wird dazu kommen, dass hochintensive Facharztpraxen, wie zum Beispiel die der Radiologie und der Inneren Medizin schließen müssen, da die Kostendeckung nicht mehr gesichert ist. Damit kann die Patientenversorgung nicht mehr vollständig aufrecht erhalten bleiben. Wir weisen Sie auf Ihre Verantwortung für die umfassende medizinische Versorgung der Gesamtbevölkerung hin und fordern dringliche Abhilfe.“

■ Der von Herrn Dr. Wolfram Strauß,

## 10. Sächsischer Ärztetag/ 22. Kammerversammlung

30. Juni 2000/  
1. Juli 2000

Herrn Dr. Hans-Jürgen Hommel, Herrn Dr. Thomas Lipp und Herrn Dr. Stefan Windau formulierte Antrag Nr. 10 wurde von der Kammerversammlung einstimmig angenommen und am 1. Juli 2000 an die Bundesgesundheitsministerin auf dem Postweg gesandt.

■ Dr. Hans-Jürgen Hommel, Vorsitzender der KV Sachsen, hat einige brisante Punkte aus kassenärztlicher Sicht angesprochen.

Es wird eine Honorarverschiebung zu Gunsten des hausärztlichen und psychotherapeutischen Sektors geben, dass alle hochintensiven Praxen nur noch von uns (KV) im „sozialerträglichen Ableben“ (Dr. Hommel) unterstützt werden können. Besonders wird es die Radiologen treffen, die zwar hohe Umsätze haben, aber eine kleine Gewinnspanne, ebenso die fachärztlichen Internisten, da der Punktwert weit unter fünf Pfennig liegen wird.

### E Drohender Zulassungsboom

■ Herr Dr. Stefan Windau informierte: „die Bundesregierung hat im Sozialgesetzbuch V aktuell im Rahmen der Gesundheitsreform festgelegt, dass auch neue Verhältniszahlen für die Zulassung von niedergelassenen Ärzten, basierend auf Daten von 1995, festgeschrieben werden müssen“. Auf Basis dieser Verhältniszahlen resultieren ab 01. 01. 2001 in der Bundesrepublik Deutschland 8000 Zulassungsmöglichkeiten. Diese werden sich ganz überwiegend (90 bis 95 Prozent) auf den hausärztlichen Sektor beziehen. Wir in Sachsen werden etwa 500 neue Zulassungen haben.

■ Herr Dr. Wolfram Strauß stellte den Antrag an den Präsidenten der Bundesärztekammer, von diesem 10. Sächsischen Ärztetag die Bitte mitzunehmen, auf Bundesebene sich gegen diese Gesetzgebung einzusetzen.

„Die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer ersucht die Bundesärztekammer, ihren Einfluss geltend zu machen, die zuständigen Gremien zu bitten, die Richtzahlen der

gegenwärtigen Bedarfsplanung (Zulassungszahlen der Vertragsärzte) zu überprüfen, damit sie auf eine bedarfsgerechte Versorgung zurückgeführt werden.“

Dieser „Antrag“ wird damit begründet, dass in Sachsen 2001 Niederlassungen von ca. 1000 Leistungserbringern möglich sind, dass heißt, ca. 400 Hausärzte, 30 Fachärzte und 600 Psychotherapeuten.

### F Private Prävention / Schutzimpfungen / Impfmüdigkeit

■ „Viele unserer Kollegen sind der Meinung, wenn man auf sich im Gesundheitswesen auf private Prävention stützt, dann kommt es oft zu einer Verschleppung der Krankheit. Und wir sehen heute, viel schlimmere als in alter Zeit, viel schlimmere Auswüchse von Krankheiten, viel zu spät diagnostiziert“ (Professor Dr. Eberhard Keller).

■ Herr Professor Dr. Keller wies ferner auf die Impfmüdigkeit in Deutschland hin. Wir hatten früher einen einmaligen Durchimpfungsgrad, den wir nicht mehr haben. „Es sollte auch immer das Anliegen unserer Ärzteschaft sein, in Äußerungen nach außen darauf hinzuweisen, dass wir Vorsorge mit Impfungen betreiben können, und die viel billiger und viel besser sind als eine Krankheit zu behandeln“.

■ Herr Professor Dr. Siegwart Bigl betonte, dass wir in Sachsen gute Durchimpfungszahlen haben. Die Bevölkerung ist leider nicht bereit einen Eigenbeitrag zu den Impfkosten zu leisten. Der Freistaat Sachsen ist das einzige Bundesland, dass die Bezahlung der Hepatitis A und B Impfungen bei Kindern und Jugendlichen zwischen dem 10. bis 18. Lebensjahr übernimmt.

■ Herr Professor Dr. Jan Schulze erinnerte an den bekannten Grundsatz „Hygiene machen kostet Geld, keine Hygiene machen, kostet sehr viel mehr Geld“.

### G Positionierung der Rehabilitation

■ Herr Professor Dr. Dieter Reinhold mahnt mit Recht neue Konzepte für eine

abgestufte Rehabilitationslandschaft in Deutschland an. „Die Rehabilitation ist ein unverzichtbarer Bestandteil einer notwendigen medizinischen Versorgung und dient den Erfolgen, den Folgen der Erkrankung, den Funktionsstörungen und Behinderungen vorzubeugen bzw. sie auf ein unumgängliches Minimum zu reduzieren“.

„Zukünftig ist es wichtig, eine bessere Vernetzung und Abstimmung zwischen der Akutmedizin, der hausärztlichen Betreuung, der ambulanten und auch der stationären Rehabilitation und der intensivierten Nachsorge zu erreichen. Im Sinne einer funktionierenden Rehabilitationskette ist hierbei eine ungehinderte Zugänglichkeit zu notwendigen Rehabilitationsmaßnahmen für den Patienten zu gewährleisten.“

Am Sonnabendnachmittag befasste sich die Kammerversammlung mit erforderlichen Satzungsänderungen und mit den Finanzen der Sächsischen Landesärztekammer. Die Satzungen wurden von Herrn Privatdozent Dr. Wolfgang Sauer mann und Herrn Dr. Helmut Schmidt vorgetragen und erläutert.

Die Änderungen der Hauptsatzung, der Wahlordnung und der Meldeordnung werden erforderlich, um die freiwillige Mitgliedschaft einzuführen für Ärzte, die ihre heilberufliche Tätigkeit ins Ausland verlegen und dort ihre Hauptwohnung nehmen.

Frau Kornelia Kuhn, Vorsitzende des Ausschusses Junge Ärzte, wurde als neues Mitglied für den Ausschuss Satzungen nachgewählt.

Der Vorsitzende des Ausschusses Finanzen, Herr Dr. Helmut Schmidt, stellte die Jahresabschlussbilanz 1999 und den Finanzierungsbeitrag der Sächsischen Landesärztekammer für den Umzug der Bundesärztekammer an den Regierungssitz Berlin dar. Es ist das erklärte Ziel, dass die Bundesärztekammer und die Kassen-

ärztliche Bundesvereinigung in Berlin ein gemeinsames Gebäude beziehen. Für das Gebäude der Bundesärztekammer wurde eine Gesamtsumme ermittelt, die von den Landesärztekammern anteilig nach ihrer Mitgliedsgröße aufzubringen ist. Die entsprechenden Beschlüsse wurden ohne großen Diskussionsbedarf gefasst.

**Die Ergebnisse des Jahresabschlusses 1999** sind im Heft 8 des „Ärzteblatt Sachsen“ auf den Seiten 339 bis 340 veröffentlicht.

Am Tagungsende gegen 16 Uhr wurde der neue organisatorische Modus – Durchführung der Kammerversammlung von Freitag 14 Uhr bis Sonnabendnachmittag – bei 2 Gegenstimmen und zwei Stimmenthaltungen – bestätigt.

Die Schlussworte des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer am Ende des 10. Sächsischen Ärztetages lauteten: „eine solche tiefeschürfende, tiefлотende, intensive, kreative Diskussion habe ich an diesem Ort noch nie vernommen. Das möchte ich hier ausdrücklich betonen und auch an Sie herüberreichen. Der Präsident der Bundesärztekammer war sehr tief beeindruckt von dieser konzentrierten Diskussion. Die Versammlung war sehr gut und ich danke Ihnen allen sehr herzlich für Ihr Engagement, für Ihr Hiersein. Auch danke ich Ihnen im Namen meiner Vorstandsriege und der Geschäftsführung. Ich wünsche Ihnen ein gutes Restwochenende sowie eine gute Heimfahrt“. klug

## **Beschlüsse der 22. Kammerversammlung**

Die Mandatsträger der Sächsischen Landesärztekammer fassten zur 22. Kammerversammlung am 1. Juli 2000 folgende Beschlüsse:

**Beschlussvorlage Nr. 1:**  
Satzung zur Änderung der Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer (bestätigt)

**Beschlussvorlage Nr. 2:**  
Satzung zur Änderung der Meldeordnung der Sächsischen Landesärztekammer (bestätigt)

**Beschlussvorlage Nr. 3:**  
Satzung zur Änderung der Wahlordnung der Sächsischen Landesärztekammer (bestätigt)

**Beschlussvorlage Nr. 4:**  
Satzung zur Änderung der Ordnung zur Zahlung von Aufwandsentschädigungen für die ehrenamtliche Tätigkeit sowie von Unterstützungen an die Kreisärztekammern (bestätigt)

**Beschlussvorlage Nr. 5:**  
Nachwahl eines Mitgliedes für den Ausschuss „Satzungen“ (bestätigt)

**Beschlussvorlage Nr. 6:**  
Tätigkeitsbericht 1999 (bestätigt)

**Beschlussvorlage Nr. 7:**  
Jahresabschluss 1999  
Wahl des Abschlussprüfers für das Jahr 2000 (bestätigt)

**Beschlussvorlage Nr. 8:**  
Berlin-Umzug der Bundesärztekammer (bestätigt)

**Beschlussvorlage Nr. 10:**  
Termin der 23. Kammerversammlung und des 11. Sächsischen Ärztetages (24. Kammerversammlung) (bestätigt)

Die Satzung zur Änderung der Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer, Satzung zur Änderung der Meldeordnung der Sächsischen Landesärztekammer und die Satzung zur Änderung der Wahlordnung der Sächsischen Landesärztekammer werden im vollen Wortlaut im Mittelhefter unter „Amtliche Bekanntmachungen“, Heft 9/2000, Seiten 417 bis 419, amtlich bekannt gemacht.