

**35. Kammerversammlung
am Sonnabend, den 11. November 2006**

Es gilt das gesprochene Wort!

TOP II: Aktuelle Probleme der Gesundheits- und Berufspolitik

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Präsident

Wohin steuert unser Gesundheitswesen?

Sehr geehrte Damen und Herren, die aktuelle Gesundheitspolitik wird durch einen Zielkonflikt bestimmt, der erhebliche Anforderungen an das Gesundheitssystem und die Gesellschaft der Bundesrepublik Deutschland stellt:

Es kollidiert die heutige Zielsetzung:

- Chancengleicher Zugang für *alle* zu Gesundheitsleistungen,
- hohe Qualität einer umfassenden Versorgung,
- Einführung modernster Diagnostik- und Behandlungsverfahren,

mit

- steigenden Kosten bei sinkenden Einnahmen,
- Langlebigkeit, Multimorbidität chronisch Kranker,
- Arbeitslosigkeit mit Verlust Versicherungspflichtiger Arbeitsverhältnisse.

Zur Lösung dieses schon langfristig andauernden Konflikts wurden bisher 21 Spargesetze auf den Weg gebracht, die außer passageren Effekten keine grundsätzliche Sanierung der gesetzlichen Krankenversicherung erreichen konnten.

Wir erleben nun seit mehreren Jahren einen dramatischen Wandel der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen. Der hohen Arbeitslosigkeit in Verbindung mit sinkenden Beitragseinnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung begegnet die Politik mit Kostendämpfungsmaßnahmen zulasten der Leistungserbringer in Praxen, Kliniken und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst. Der diesjährige Arbeitsentwurf des

Bundesgesundheitsministeriums für ein „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV“ hat partiell eine aus früheren Gesetzen der rot-grünen Bundesregierung bekannte Diktion übernommen.

So wird dem deutschen Gesundheitswesen zwar bescheinigt, im internationalen Vergleich „wettbewerbsfähig“ zu sein, zugleich aber gebe es „Ineffizienzen“, sodass es teilweise zu „Über- und Unterversorgung“ komme. Nationale Studien und internationale Vergleiche belegten, dass die Qualität der Versorgung erheblich variiere und Ressourcen an den Schnittstellen nicht optimal eingesetzt würden. Auch angesichts großer Herausforderungen, insbesondere des demografischen Wandels und des medizinisch-technischen Fortschritts, müsse das Gesundheitswesen weiterentwickelt werden.

Solche Unterstellungen, sehr geehrte Damen und Herren, dienen nur dem Zweck uns Ärzte zu diffamieren, unsere Arbeit zu diskreditieren und ein sehr gutes medizinisches Versorgungssystem schlecht zu reden, um den Weg für schmerzhaft e Einschnitte frei zu machen. Dennoch verkündet die Koalitionsregierung in Berlin, dass es zu keinen Leistungskürzungen für Patienten kommen soll. Wie die Lösungen aussehen werden, können wir dem 560 Seiten starken sogenannten GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz entnehmen, dass am 27. Oktober 2006 seine erste Lesung im Bundestag erfuhr.

Wir sind mit Prof. Hoppe der Auffassung, „dass eine flächendeckende und wohnortnahe stationäre und ambulante Versorgung der Patienten nicht mehr möglich ist, wenn das Gesetz unverändert in Kraft treten sollte“. Denn durch die Atomisierung der Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen, Pharmaindustrie und Ärzten wird die Kontinuität der ambulanten Akut-, Notfall- sowie Regelversorgung gefährdet.

In den kommenden Jahren werden wir uns auf inhaltliche und strukturelle Folgewirkungen sowie weitere tief greifende Reformen einstellen müssen. Dabei muss eine Reform der Finanzierungsstrukturen und damit der Einnahmeseite im Gesundheitswesen verbunden sein mit einer Reform auf der Ausgabenseite. Innerhalb dieser Entwicklung wird es zu einer Intensivierung des Wettbewerbs auf Kassen- und Leistungserbringerseite sowie zur Straffung der Institutionen und der Etablierung von

Grundlagen für einen Wettbewerb zwischen privaten Krankenversicherungen und Gesetzlichen Krankenkassen kommen. Die durchgreifende Ökonomisierung der Medizin ist bereits Alltag in Deutschland.

Doch wohin, meine sehr geehrten Damen und Herren, steuert nun unser Gesundheitswesen? Nach meiner Auffassung erleben wir einen Systembruch in der bisherigen Parität, denn die beiden Regierungsparteien gehen unbeirrt den Weg in eine fundamentale Staatsmedizin. Aus einem ehemals freiheitlichen Gesundheitssystem, in das wir 1990 mit Freude eingetreten sind, soll jetzt ein System entwickelt werden, das Patienten und uns Ärzte entmündigt. Der erkennbare Weg zurück in einen Top/Down gesteuerten Zentralismus ruft bei uns Ostdeutschen Enttäuschung, Empörung und so manches Déjà-vu Erlebnis aus:

- Das Gesundheitswesen wird auf den Kopf gestellt, ohne dass die Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung – wie versprochen – gelöst werden. Die Unterfinanzierung des Gesundheitswesens wird sogar noch verschärft.
- Die Budgetierung in der ambulanten ärztlichen Versorgung wird fortgeschrieben, nun aber in Euro und Cent durch sogenannte Praxisbudgets
- Die Krankenhäuser sollen durch zusätzliche Lasten in Höhe von 500 Millionen Euro in die Wartelistenmedizin getrieben werden.
- Der zentralistische Umbau des Gesundheitswesens wird durch die Einführung eines völlig überflüssigen, bürokratischen Gesundheitsfonds zementiert.
- Die eigenständige privatärztliche Gebührentaxe soll der budgetierten Vertragsgebührenordnung angeglichen und damit praktisch abgeschafft werden.
- Die Ärzte werden ohne jeden Schutz durch die Kassenärztlichen Vereinigungen in Einzelverträge getrieben; die Spaltung in hausärztliche und fachärztliche Versorgungsstrukturen wird vertieft.
- Das Geschäftsmodell der PKV wird zerstört, um die private Vollversicherung zu zerschlagen.

Im Zentrum der nächsten Reformschritte steht die Einrichtung des erwähnten Gesundheitsfonds, ein bürokratisches Monster, durch den der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen intensiviert werden soll: Sie sollen gezwungen werden, alle Wirt-

schaftlichkeitsreserven zu erschließen, um ihre Versicherten halten zu können. Bis zum Start des Gesundheitsfonds müssen sich heute noch verschuldete Kassen entschulden. Implizit wirft das Bundesgesundheitsministerium den Kassen vor, nicht vernünftig mit den Beitragsgeldern gewirtschaftet zu haben. Die Einrichtung dieses Fonds soll eine wirtschaftliche Verwendung von Beitrags- und Steuermitteln garantieren, so das Gesundheitsministerium. Von Bürokratie, von neuen Behörden und von zentralstaatlicher Steuerung, die damit zwangsläufig verbunden sind, ist keine Rede. Doch dieser Fond löst keines der anstehenden Finanzierungsprobleme in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung. Im Gegenteil, es besteht durch den staatlichen Eingriff an der wichtigen Stellschraube Finanzierung des Systems die Gefahr, Gesundheitspolitik stärker als bisher je nach Kassenlage zu regulieren.

Sehr geehrte Kollegen, wir müssen über diese geplante Staatsmedizin informieren und auch dagegen protestieren und argumentieren, bis die Politik den Kurs wechselt oder wenigstens modifiziert. Wir müssen die Patienten darüber aufklären, dass ihre medizinische Versorgung weiter rationiert werden soll – trotz gegenteiliger Versprechen der Politiker. Und wir müssen unsere eigenen ärztlichen Interessen im Verbund mit den Heilberuflern, der Kammern und Verbände des Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen gemeinsam verteidigen.

Wir können nicht tatenlos zusehen, wie das deutsche Gesundheitswesen nach völlig überkommenen Administrationsmustern staatsmedizinischer Gesundheitssysteme abgewickelt wird. Die Sächsische Landesärztekammer wird sich auf allen Ebenen für die ärztlichen Interessen einsetzen. Die ärztliche Selbstverwaltung gewinnt durch den aktuellen Prozess mehr an Bedeutung denn je. Denn wichtige Punkte der im Gesetzgebungsverfahren befindlichen Gesundheitsreform tangieren auch die Kompetenzen der Landesärztekammern. Als Beispiele möchte ich die Berufsordnung sowie die Weiter- und Fortbildung nennen.

Der Bundestag hat am 27. Oktober 2006 das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz beschlossen. Darin werden unter anderem die Zulassung von Zweigpraxen, auch über KV Grenzen hinweg, und die Anstellung von Ärzten in der ambulanten Versorgung neu geregelt. Die Bundesregierung will damit den vor allem im Osten vorherrschenden Ärztemangel begegnen, greift aber bewusst in Landesrecht ein. Doch da-

mit der Bundesrat diesem Gesetz nicht zustimmen muss, wurden entsprechende Öffnungsklauseln gefunden.

Der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Andreas Köhler, sagte mit Blick auf das Gesetz: "Wir werden über den Begriff und die Definition, was Freiberuflichkeit in der ambulanten ärztlichen Versorgung bedeutet, völlig neu nachdenken müssen".

Was aber ändert sich durch das Gesetz? Mit den neuen Regeln wird es in Zukunft zum Beispiel möglich sein, dass ein Hausarzt aus Leipzig zwei bis dreimal in der Woche in Sachsen-Anhalt in einem unterversorgten Gebiet in einer Teilzeitpraxis arbeiten kann. Vorteile ergeben sich durch das neue Gesetz auch für Ärztinnen und Ärzte, die nach der Elternzeit nicht gleich wieder in Vollzeit arbeiten wollen. Sie können über eine Teilzulassung wieder in die Niederlassung einsteigen. Vertragsärzten soll es in Zukunft unter anderem erlaubt sein

- Filialen zu gründen, auch über die KV-Grenzen hinweg,
- mit Kollegen in überörtlichen Gemeinschaftspraxen zu kooperieren,
- Teilzulassungen zu bekommen,
- Teilgemeinschaftspraxen zu gründen,
- Kollegen anzustellen
- und nicht zuletzt als angestellter Krankenhausarzt und als Vertragsarzt gleichzeitig tätig zu sein.

Die Budgets aber bleiben erhalten. Den Ärztemangel wird man so aber nicht beseitigen, denn die älteren Kollegen in den unterversorgten Regionen sind nicht Willens über die bisherige Altersgrenze hinaus zu arbeiten, weil sie ausgebrannt sind. Und junge Ärzte bekommt man mit der jetzigen Gesundheitspolitik garantiert nicht aufs Land, weil sie ihnen keine Perspektiven sondern nur Reglementierung bietet. Dagegen sind die konkreten Förderungen die wir in Sachsen vorhalten effektiver.

Sehr geehrte Damen und Herren, der Beschluss zum Vertragsarztrechtsänderungsgesetz ist dennoch eine weitere sozialrechtlich begründete Unterminierung des ärztlichen Berufsrechts wie wir das bereits bei der Bonus-Malus-Regelung erlebt

haben, in der durch materielle Köderung begrenzte Verordnungen berufsrechtlich und moralisch zumindest zweifelhaft erscheinen.

Zugleich beobachten wir eine systematische Demontage der ärztlichen Selbstverwaltung durch den Aufbau nicht basisdemokratisch gewählter sondern staatlich sanktionierter Kontroll- und Reglementierungsbehörden wie dem Gemeinsamen Bundesausschuss und dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Denn der Gemeinsame Bundesausschuss wird zur Rationierungsbehörde des Bundesgesundheitsministeriums ausgebaut.

Diese Entwicklung führt zu kostentreibenden Parallelstrukturen mit künftig hauptamtlich tätigen „Gesundheitsfunktionären“, die ohne „Bodenhaftung“ über legitime Aufgaben der ärztlichen Selbstverwaltung wie Qualitätsmanagement, Leitlinien, Zertifizierung und Medikamentenzulassung entscheiden sollen.

Zugleich wird durch verschiedene Regelungen bewirkt, dass die ärztliche Berufsausübung, die auf den Eckpfeilern der Professionalität und Therapiefreiheit beruht, in die Enge staatsbeeinflusster Programm- und Weisungsmedizin gerät.

Für uns sächsische Ärzte bedeutet dies noch mehr Bürokratie, noch mehr zentralstaatliche Bevormundung und Einschränkung der Therapiefreiheit sowie die schon erwähnte Beschneidung der Selbstverwaltung.

Unsere Patienten im Vogtland, im Erzgebirge oder in der Lausitz werden durch die Gesundheitsreform garantiert nicht besser versorgt, wie es die Bundespolitik immer noch behauptet. Doch leider wird dies von unseren CDU und SPD Abgeordneten im Sächsischen Landtag nicht so gesehen. Diese haben in einer aktuellen Debatte versucht, die Reform positiv zu verkaufen, obwohl ihnen dafür die Argumente fehlten. Zugleich glauben sie doch tatsächlich, dass man auf Landesebene bei der Umsetzung des Gesetzes noch einiges regulieren könne. Offensichtlich kommt die Parteidisziplin noch vor dem Allgemeinwohl.

Im Krankenhaussektor beobachten wir ebenfalls gravierende Veränderungen, welche eine zunehmende Privatisierung von kommunalen Kliniken in Gang setzen könnte.

Die Diskussionen um die Kliniken in Dresden-Friedrichstadt oder -Neustadt sowie Meißen-Radebeul haben sie vielleicht verfolgt. In Hintergrundgesprächen mit der sächsischen Sozialministerin und Kommunalpolitikern aber auch in öffentlichen Foren wie zuletzt am 7. November 2006 in Dresden haben Kammervertreter immer wieder auf die unveräußerliche Daseinsfürsorgeverpflichtung des Staates für seine Bürger im Krankheitsfall hingewiesen.

Aber warum nun verstärkte Privatisierung? Warum können private Klinikbetreiber Gewinne erwirtschaften und kommunale Häuser nicht? Hier spielen aus meiner Sicht verschiedene Aspekte zusammen.

1. Erfreulicherweise haben die Klinikärzte in einem historisch einmaligen Streikmarathon einen neuen Tarifvertrag durchgesetzt, der nun auch zur Anwendung kommen wird und vor allem jüngere Ärzte sehr berechtigt finanziell besser stellen soll.
2. Hinzu kommt zu den bereits erwähnten 500 Millionen Euro Belastung durch die Gesundheitsreform das Ende der Konvergenzphase bei den DRG. Aktuell liegen gerade 56 % der sächsischen Kliniken unter dem Landesbasisfallwert, das ist der bewertete durchschnittliche Fallerlös aller stationärer Fälle. Diese Krankenhäuser könnte man als Gewinner der DRG-Umstellung bezeichnen. Aber 44 % der sächsischen Krankenhäuser liegen über dem Landesbasisfallwert und könnten so spätestens ab 2010 in ökonomische Schwierigkeiten kommen.
3. Der wirtschaftliche Druck auf die öffentlichen Haushalte lässt Kommunalpolitiker immer öfter zu der Abwägung kommen, Investitionen entweder für Schulen oder für Krankenhäuser einzusetzen. Lasse ich einmal außer acht, dass eine solche Abwägung gesellschaftspolitisch äußerst fragwürdig ist, bleibt das Problem des Investitionsstaus. Das heißt, notwendige Investitionen in kommunale Krankenhäuser bleiben aus und führen dadurch zusätzlich zu einer wirtschaftlichen Schieflage für die betreffende Klinik. Und aufgrund des Kommunalrechts kann ein solches Krankenhaus in Wirtschaftsfragen nicht so agieren, wie es eine private Klinik kann.

Summa summarum befinden sich öffentliche Kliniken derzeit noch aus finanzieller wirtschaftlicher und organisationsrechtlicher Sicht im Nachteil gegenüber privaten Trägern. Und die privaten Klinikketten sowie internationale Finanzinvestoren stehen bereits vor der Tür, um kommunale Kliniken zu kaufen. Die Bürgermeister und Landräte sind angesichts der klammen Haushaltslage in Versuchung, das Tafelsilber abzustößen. Doch interessant sind für Investoren nur Kliniken oder Klinikverbünde mit mehr als 500 Betten und ab einer Investitionssumme von mindestens 100 Mill. Euro. Denn die Investitionen müssen sich innerhalb von fünf Jahren als Gewinn verdreifacht haben, auch wenn dafür „unrentable“ Stationen geschlossen werden müssen. Kleine Häuser bleiben auf der Strecke, so die Einschätzung von Ernst&Young, Goldman Sachs London oder Arthur Anderson.

An dieser Stelle zeigt sich, dass einseitiger Ökonomismus und Marktallmacht unsere Gesellschaft mehr und mehr dominieren. Ein Megatrend, der immer stringenter die sozialen, medizinischen, aber auch die geistigen, künstlerischen und menschlichen Beziehungen belastet - und das kulturelle Reservoir der Gesellschaft zu erschöpfen droht.

Die Bundesärztekammer widmet sich dieser Entwicklung im Krankenhausbereich mit einer eigenen Arbeitsgruppe. Grundsätzlich ist eine Mischung aus privaten, öffentlich-rechtlichen und kommunalen Kliniken sinnvoll. Doch ich vertrete die Ansicht, dass auch kommunale Krankenhäuser wirtschaftlich betrieben werden können, wenn man die rechtlichen und strukturellen Rahmenbedingungen verändert, wenn sich Kooperationen bilden, Ressourcen gemeinsam genutzt und Strukturen effizient ausgestaltet werden. Zudem darf sich der Staat nicht aus dem grundgesetzlich fixierten Auftrag der sozialen Sicherung, dazu gehört auch die Gesundheit, stellen. Er hat auch eine Fürsorgepflicht. Dieser kann er nicht nachkommen, wenn sich im Zuge der Privatisierung von Kliniken Monopole bilden, welche dann den Markt und den Preis bestimmen.

Wir Ärzte sind den Betriebswirtschaftlern bei Privatisierungsvorhaben immer etwas lästig, weil wir nicht die Kosten-Nutzen-Bewertung sondern den Patienten im Zentrum sehen. Doch genau das ist unsere Aufgabe, denn sonst verkommt eine Patienten-Arzt-Beziehung zunehmend zum Anbieter-Kunden-Geschäft.

Die soziale Funktion der Medizin besteht auch in einer „säkularen Seelsorge“ der Gesellschaft. Hinzu kommt die Qualitätssicherung durch eine adäquate Weiter- und Fortbildung, ganz gleich, wer der Träger eines Krankenhauses ist. Und dies muss sich auch in den Arbeitsverträgen für Weiterbildungsassistenten und einem guten Betriebsklima widerspiegeln.

Sehr geehrte Damen und Herren, wir haben viele Fehlentwicklungen und Steuerungsdefizite transparent gemacht, unnachgiebig und mit deutlichen Worten. Dazu haben sich viele Kollegen an den vier Protestdemonstrationen im Frühjahr und Herbst beteiligt. Wir haben den außerordentlichen Deutschen Ärztetag am 24. Oktober 2006 in Berlin genutzt, wo die ärztliche Selbstverwaltung in einmaliger Geschlossenheit für die Freiheit des Arztberufes, für die Therapiefreiheit und gegen eine Staatsmedizin kämpfte. Und ich möchte darauf hinweisen, dass die deutsche Ärzteschaft auf diesem Ärztetag eine Resolution verabschiedet hat, in welcher sie die Forderungen für ein zukunftsorientiertes Gesundheitssystem mit deutlichen Worten formuliert. Sie finden diese Resolution in Ihren Unterlagen.

Die große Koalition beschreitet trotz der Proteste aller Leistungserbringer und der Wähler jedoch weiter den Weg der Rationierung und der Staatsmedizin. Sollten wir nun resignieren, meine Damen und Herren?

Oder Brauchen wir einen weiteren Hermann Hartmann, den Begründer des Hartmannbundes, denn die berufspolitischen Umstände damals und heute ähneln sich?

Bedarf es eines zweiten Eberhard Friedrich Richter, ein Arzt, der auf den Barrikaden kämpfte?

Brauchen wir Barrikaden?

Ich denke, wir brauchen auf der einen Seite die gesundheitspolitische Mitwirkung auf Bundes- und Landesebene. Denn dadurch haben wir es mit in der Hand, wie wir die ärztliche Weiter- und Fortbildung gestalten. Welcher Berufsstand genießt schon das Privileg wie wir Ärzte, die eigenen Weiter- und Fortbildungsordnungen zu entwickeln und dadurch für eine hohe Qualität des ärztlichen Berufes zu sorgen.

Gleiches gilt für die Mitwirkung an der Krankenhausplanung in Sachsen, die Einbeziehung in gesetzliche Entscheidungsverfahren auf Landesebene und die Qualitätssicherung.

Auf der anderen Seite benötigen wir weiterhin gut vorbereitete und organisierte Aktionen mit allen Leistungserbringern im Bündnis der Heilberufe, weil wir nur dann überhaupt eine Chance haben, politisches Gehör zu bekommen. Und vor allem müssen wir unseren Patienten die fatale Entwicklung in der Gesundheitspolitik vor Augen führen, denn Patienten sind Wähler und die nächste Wahl kommt bestimmt. Deutschland ist eine Parteiendemokratie. Und Parteien reagieren besonders empfindlich auf den Verlust von Wählerstimmen.

Noch ist der Sack nicht zu, noch können Details verändert werden. Diese Chancen müssen wir nutzen.

Wie können deshalb kurz-, mittel- und langfristige Maßnahmen zu dem in parlamentarischer Beratung befindlichen GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – eigentlich Schwächungsgesetz – aussehen?!

1. Nutzung aller parlamentarischen und außerparlamentarischen Ebenen während des Anhörungsverfahrens, um Änderungen im Gesetz zu erreichen – einschließlich der Prüfung auf Verfassungsmäßigkeit
2. Politische Aktionen zur Übermittlung klarer Botschaften zu den Folgen der Gesundheitsreform an die Politik aber auch an die Wähler durch einen Nationalen Protesttag der Heilberufe und durch Protestschreiben sowie Protestnoten an die Koalitionsparteien, zum Beispiel zum CDU-Parteitag vom 26. bis 28. November in Dresden.
3. Erarbeitung eines eigenen Gesetzesentwurfes durch die verfasste Ärzteschaft ggf. mit den Krankenkassen.

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, für diese Maßnahmen bedarf es engagierter Mitstreiter, denn Mitbestimmung und Mitgestaltung sind von aktiver Beteiligung abhängig. Ich habe mich, wie viele andere Ärzte auch, 1989 für die aktive Mitwirkung in der ärztlichen Selbstverwaltung aus freien Stücken entschieden. Und ein jeder der Willens ist, dass sich etwas ändert, wird über seine aktive Beteiligung an der ärztli-

chen Selbstverwaltung etwas verändern können. Davon bin ich auch 16 Jahre nach der Gründung der Sächsischen Landesärztekammer und mit Blick auf die Kammerarbeit überzeugt.

Unsere Sächsische Landesärztekammer nimmt hoheitliche Aufgaben wahr. Dazu gehört:

- Die öffentliche Berufsvertretung für Ärzte,
- die Wahrnehmung der beruflichen Belange aller Ärzte unter Beachtung des Wohls der Allgemeinheit.

Unsere Mitgliedschaft in der Kammer bietet die Chance zur Beteiligung und Mitwirkung an staatlichen Entscheidungsprozessen. Die Mitgliedschaft dient dabei einer freiheitssichernden und legitimatorischen Funktion, weil sie die unmittelbare Staatsverwaltung vermeidet und stattdessen auf die Mitwirkung der Betroffenen, also uns Ärzte, setzt.

Sehr geehrte Damen und Herren, es ist die Zeit für Veränderungen. Die Entwicklung in der Gesundheitspolitik macht eine starke Ärzteschaft mehr denn je notwendig. Wenn wir nicht zusammenstehen, dann werden wir von den Politikern auseinanderdividiert. So wie man einen Arzt mit Einzelverträgen unter Druck setzen kann, so können einzelne Arztgruppen gegeneinander ausgespielt werden. Das dürfen wir nicht zulassen. Nur die Sächsische Landesärztekammer vertritt alle Ärzte in Sachsen. Diesen Zusammenhalt müssen wir für die politische Arbeit nutzen.

In den Gremien der Sächsischen Landesärztekammer kann der Staffelstab bei der Wahl zur Kammerversammlung 2007 an junge Ärzte sowie an erfahrene Kollegen übergeben werden. Es stehen herausfordernde Aufgaben auf der berufspolitischen Agenda. Setzen Sie sich, sehr geehrte Mandatsträger, weiter für unseren Berufsstand ein und gewinnen Sie neue Mitstreiter dazu.

Vielen Dank!