

**23. Sächsischer Ärztetag/48. Tagung der Kammerversammlung
am 21./22. Juni 2013**

**TOP 2 Aktuelle Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze**

Es gilt das gesprochene Wort!
Sperrfrist: 21.06.2013, 14.00 Uhr

Meine sehr geehrten Damen und Herren,
wir alle haben gedacht, ein Jahrhunderthochwasser wie 2002 wird uns in Sachsen so schnell nicht wieder treffen. Aber wir wurden Anfang Juni eines Besseren belehrt. Aus diesem aktuellen Anlass möchte ich Sie darüber informieren, dass die Sächsische Landesärztekammer sofort Hilfsmaßnahmen für Ärzte beschlossen und zahlreiche Informationen im Internet bereitgestellt hat. Neben den staatlichen Hilfen und Spenden stellen wir aus dem Fonds der Sächsischen Ärzthilfe Gelder für privat wie beruflich geschädigte Ärzte zur Verfügung. Aktuell haben sich bereits 17 Ärzte bei uns gemeldet. Ich hoffe, dass diese Zahl nicht weiter steigt und alle geschädigten Bürger die Kraft haben, den notwendigen Wiederaufbau zu leisten.

Jetzt möchte ich Ihnen einen Überblick über die aktuelle Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik geben. Dabei kann ich wie immer nur Schlaglichter auf ausgewählte wichtige Punkte lenken. Beginnen werde ich mit dem 116. Deutschen Ärztetag, welcher Ende Mai in Hannover stattfand.

Krankenversicherung

Zu Beginn hat sich der Deutsche Ärztetag für das duale System von gesetzlicher und privater Krankenversicherung ausgesprochen. Grundlage dafür bildete eine von der Bundesärztekammer erstellte Reformskizze. Darin plädiert sie unter anderem dafür, die Finanzautonomie der gesetzlichen Krankenkassen wiederherzustellen. Hierfür soll der derzeitige Versichertenanteil zu einem festen, einkommensunabhängigen und von den Kassen autonom festzulegenden Gesundheitsbeitrag weiterentwickelt werden. Um eine zu hohe Belastung von beitragspflichtigen Versicherten mit niedrigen Einkommen zu verhindern, soll der Gesundheitsbeitrag auf maximal neun Prozent des gesamten Haushaltseinkommens beschränkt werden. Zudem schlägt die Bundesärztekammer vor, für jedes Kind ein Gesundheitssparkonto einzurichten, das als kapitalgedecktes Ansparprogramm die finanziellen Folgen der zukünftigen demografischen Entwicklung abfedern soll.

Armut und Krankheit

In einem weiteren Schwerpunktthema befassten sich die Delegierten mit den Auswirkungen von Armut auf die Gesundheit. Prof. Dr. Olaf von dem Knesebeck aus Hamburg betonte in seinem Vortrag, dass es in Deutschland keine absolute, dennoch aber eine relative Armut gibt, gemessen an dem soziokulturell definierten Minimum. Dieses Minimum bezeichnet die unzureichenden Mittel, um an der Lebensweise im jeweiligen Land zu partizipieren. Es wird am mittleren Pro-Kopf-Einkommen gemessen. Davon betroffen sind Alleinerziehende, kinderreiche Familien, Personen mit Migrationshintergrund, Menschen mit schlechter Ausbildung und Lang-

zeitarbeitslose. Erhöhte Krankheitsrisiken bestehen bei diesen Gruppen im Hinblick auf Herzinfarkt, Schlaganfall, chronische Lebererkrankung, chronische Bronchitis und Osteoporose. Die gesundheitlichen Ungleichheiten zeigen sich bereits vom Beginn des Lebens bis ins hohe Alter. Sie können in allen Industrieländern insbesondere in Bezug auf das Einkommen nachgewiesen werden und haben sich in den letzten Jahrzehnten vergrößert.

Eine generelle Ungleichheit bei der medizinischen Versorgung zwischen Arm und Reich kann grundsätzlich nicht nachgewiesen werden. Es bestehen aber große Ungleichheiten insbesondere bei der Inanspruchnahme von Präventionsangeboten. In erster Linie ergeben sich deshalb praktische Konsequenzen vor allem im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung. Dazu können wir Ärzte einen wichtigen Beitrag in Form von zielgruppenspezifischer Prävention bei Schwangeren und Kindern sowie der Verhältnisprävention leisten. Um diesen Beitrag adäquat erfüllen zu können, sollte die Prävention stärker in der medizinischen Ausbildung berücksichtigt werden.

Bannmeilen um Schulen für Fast-Food oder Prävention als Unterrichtsfach waren weitere Vorschläge von den Delegierten in Hannover.

Sie forderten in diesem Zusammenhang auch die Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) und eine adäquate Vergütung der dort beschäftigten Ärzte. Und wir Sachsen möchten das Arbeits- und Aufgabenfeld des ÖGD zu einem Thema eines Deutschen Ärztetages machen. Dazu liegt Ihnen ein Beschlussantrag vor.

Novellierung der (Muster-)Fort- und Weiterbildungsordnungen

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, der 116. Deutsche Ärztetag hat zudem Änderungen der (Muster-)Fortbildungsordnung sowie der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) beraten.

(Muster-) Fortbildungsordnung

Durch zahlreiche Entwicklungen innerhalb der letzten Jahre, wie etwa der Einführung von ärztlichen Peer-Review-Verfahren oder Techniken wie dem blended-e-learning, ist es notwendig, die Fortbildungsordnung an den aktuellen Stand anzupassen und solche neuen Verfahren mit aufzunehmen. Zudem benötigen Ärzte heutzutage vielmehr als noch vor einigen Jahren neben der medizinischen Expertise weitere Kompetenzen wie etwa im Bereich Kommunikation, Management, Gesundheitsberatung und Wissensvermittlung.

In der Neuformulierung der (Muster-)Fortbildungsordnung wurde auch eine eindeutige Regelung zur Handhabung von Unterbrechungszeiten aufgenommen. Wenn Ärzte ihren Beruf aufgrund von Mutterschutz, Elternzeit, Pflegezeit oder wegen einer länger als drei Monate andauernden Erkrankung nicht ausüben, verlängert sich zukünftig die Frist zur Erlangung des Fortbildungszertifikates entsprechend.

Zudem hat der Ärztetag beschlossen, dass Interessenkonflikte des Veranstalters einer Fortbildung, der wissenschaftlichen Leistung und der Referenten gegenüber den Teilnehmern der Fortbildungsmaßnahme offengelegt werden müssen. Die konkrete Umsetzung dieses Beschlusses in der Praxis wird unsere Akademie allerdings noch beraten.

(Muster-)Weiterbildungsordnung

Insbesondere die geplante Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung wurde ausführlich diskutiert. Die Novellierung ist notwendig wegen

- » Konflikten der Bildungs- und Berufsausübungsregelung,
- » der hohen Arbeitsbelastung und der verkürzten Regelarbeitszeit der Ärzte
- » des wissenschaftlich-technischen Fortschritts und
- » des eingeschränkten Leistungsspektrums durch Spezialisierung.

Auch die Ergebnisse der Evaluation der Weiterbildung und Anregungen der Fachgesellschaften machen eine Novellierung notwendig. Die Novellierung sieht zum Beispiel eine Flexibilisierung durch Rotation sowie die Stärkung der berufsbegleitenden Weiterbildung vor. Vorgesehen ist auch eine Ausweitung der ambulanten Weiterbildung. Die Inhalte der Weiterbildung sollen zukünftig in Kompetenzblöcken anstelle der bisherigen kleinteiligen Aufzählungen abgebildet werden. Dadurch soll die (Muster-)Weiterbildungsordnung strukturierter und praxisbezogener werden.

Der 116. Deutsche Ärztetag hat die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern beauftragt, die vorgelegten Vorschläge der Berufsverbände und Fachgesellschaften noch im laufenden Jahr in einem Konvergenzverfahren zu beraten. Von vielen Seiten wurde angemaht, dass „Gründlichkeit vor Schnelligkeit“ gehen muss. Ein Schnellschuss ist auch mit uns Sachsen nicht zu machen. Dazu haben wir Ihnen einen Beschlussantrag vorgelegt.

Ambulante Weiterbildung

Nach langer Diskussion hat sich der Deutsche Ärztetag auch für eine Stärkung der ambulanten Weiterbildung ausgesprochen. Die Weiterbildung sollte sich, in ihrer Struktur flexibel, an den Erfordernissen des jeweiligen Fachgebietes beziehungsweise Schwerpunktes orientieren. Inhaltliche Anforderungen, wie etwa das Kennenlernen von Krankheitsverläufen, soll in den Vordergrund gerückt werden.

Mit Blick auf die anstehende Überarbeitung der (Muster)Weiterbildungsordnung betonte das Ärzteparlament in seinem Beschluss, dass sich die für die ambulante Versorgung relevanten Weiterbildungsinhalte ausdrücklich wiederfinden müssen. Sie sollten - wo sinnvoll und notwendig - in den definierten Kompetenzblöcken aufgegriffen werden.

Das neue Weiterbildungskonzept sieht vor, dass Weiterbildungsinhalte in begrenztem Umfang auch durch eine tages- oder stundenweise Tätigkeit an einer anderen Weiterbildungsstätte erlernt werden können. Beispielsweise wäre es in einer fortgeschrittenen Weiterbildungsphase denkbar, neben der Tätigkeit im Krankenhaus an einem oder einem halben Tag pro Woche in der Praxis eines niedergelassenen Facharztes zu arbeiten. Die Wahl der Weiterbildungsstätte ist den Weiterzubildenden selbstverständlich auch im ambulanten vertragsärztlichen Versorgungsbereich freigestellt. Es muss sich allerdings um weiterbildungsrechtlich zugelassene Weiterbildungsstätten handeln.

Um die Weiterbildung im ambulanten Bereich in einem umfassenden Umfang ermöglichen zu können, muss eine sozialrechtlich geregelte Verpflichtung zur Finanzierung der ambulanten Weiterbildung geschaffen werden. Den Weiterzubildenden in einer ambulanten Weiterbildungsstätte muss garantiert werden, dass sie mindestens die gleichen tariflichen Konditionen wie an einer stationären Weiterbildungsstätte vorfinden.

Die Finanzierung aller dafür erforderlichen Maßnahmen in den Praxen, in den KV'en und auch in den Ärztekammern muss dauerhaft aus dem Gesundheitsfonds und somit aus den entsprechend erhöhten Mittel der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgen. Daher ist für die Umsetzung des Verfahrens eine gesetzliche Regelung erforderlich, die dringend und zeitnah von den Delegierten in Hannover eingefordert wurde. Das Förderprogramm Allgemeinmedizin soll bis dahin weitergeführt und dann durch die beschriebene Finanzierung ersetzt werden.

Patientenrechtgesetz

Meine sehr geehrten Damen und Herren, von der Ärzteschaft begrüßt wird das Patientenrechtgesetz, denn es schafft mehr Transparenz und Rechtssicherheit für Patienten und Ärzte. Sinnvoll sind insbesondere die vorgesehenen Möglichkeiten für Vergütungszuschläge für Kliniken, wenn diese sich an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen beteiligen. Dies

kann zu einer Erhöhung der Patientensicherheit und zur Etablierung einer Fehlervermeidungskultur beitragen.

Mit Blick auf die Informations- und Dokumentationspflichten möchte ich allerdings eindringlich vor zusätzlicher Bürokratie warnen. Für Ärzte steht die Behandlung der Patienten im Vordergrund und nicht die Dokumentation aller veranlassten Maßnahmen oder das Kopieren der Unterlagen. Eine ausufernde Dokumentation bindet wertvolle Zeit, die doch zuerst für die Behandlung unserer Patienten zur Verfügung stehen muss. Ganz zu schweigen von dem extremen Verbrauch an Papier.

Notfallsanitätäergesetz

Die neue Regelung zum Rettungsdienst stieß ebenfalls auf Kritik. Der 116. Deutsche Ärztetag stellte fest, dass wesentliche Einwände der ärztlichen Organisationen und Körperschaften im Zuge der Verabschiedung des Gesetzes über den Beruf des Notfallsanitäters seitens des Bundestages und Bundesrates nicht beachtet wurden. Die nunmehr vorgesehene heilkundliche Tätigkeit des Notfallsanitäters mit der Durchführung invasiver Maßnahmen ist besonders zu kritisieren, weil die notwendige Hinzuziehung eines Notarztes gemäß Indikationsliste der Bundesärztekammer in entsprechenden Fällen nicht zwingend vorgesehen ist. Außerdem wird der Rettungsdienst mit diesem neuen Gesetz nicht kostengünstiger, sondern teurer, obwohl eine höhere Ergebnisqualität nicht abzusehen ist. Die gewünschte Rechtssicherheit und das Ziel einer homogenen Qualifikation für den Notfallsanitäter werden nicht erreicht. Die Finanzierung der Ausbildung ist nicht gesichert. Und eine höhere Professionalisierung des nichtärztlichen Rettungsdienstes wird im Vergleich zu den klinischen nichtärztlichen Berufsbildern nicht erzielt. Damit ist auch die Patientensicherheit gefährdet, sodass die Patientenrechte nicht gestärkt werden. Damit könnten auch die Schadensersatzansprüche zunehmen.

Aus diesen genannten Gründen hat der 116. Deutsche Ärztetag mit großer Deutlichkeit darauf hingewiesen, dass mit diesem Gesetz der falsche Weg zu einer notwendigen Verbesserung der Qualität in der außerklinischen Notfallbetreuung gegangen wird. Er hat daher das Gesetz in dieser Form abgelehnt und den Gesetzgeber zur Novellierung aufgefordert.

Markt und Medizin

Die Delegierten haben sich in Hannover intensiv mit den Auswirkungen des seit Jahren zunehmenden Wettbewerbs im Gesundheitswesen beschäftigt und Antworten auf die Frage diskutiert, wie viel Markt die Medizin verträgt. Prof. Dr. med. Giovanni Maio, M.A., Freiburg, Direktor des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin der Universität Freiburg, führte in dieses spannende Thema ein. Wie er die Unterwanderung der Medizin durch ökonomische Zwänge seziert, dass erfahren Sie heute bei uns, denn Herr Prof. Maio ist der Festredner der heutigen Abendveranstaltung.

Priorisierung

Meine sehr geehrten Kolleginnen und Kollegen, eine ausreichende gesundheitliche Versorgung für unsere Patienten wird in Zukunft zu einer immensen Herausforderung! Die Rahmenbedingungen hierfür werden sich insbesondere aufgrund der demografischen Entwicklung sowie des medizinischen Fortschritts weiter verschärfen. Unabdingbar ist deshalb die Auseinandersetzung mit der Priorisierung medizinischer Leistungen. Die Bundesärztekammer hat zu diesem Zweck eine Arbeitsgruppe gebildet, dessen Vorsitz ich inne habe. In Hannover habe ich einen Sachstandsbericht der Arbeitsgruppe abgegeben. Diesen und weitere Aspekte der Priorisierungsdebatte wird Ihnen morgen früh Prof. Dr. med. Dr. phil. Heiner Raspe vorstellen.

Organspende

Sie alle haben in den letzten Monaten die Vorwürfe gegen Transplantationszentren in Deutschland verfolgt. Ich habe Sie auch in der letzten Kammerversammlung darüber informiert. Die bisher erzielten Ergebnisse der Prüfungs- und Überwachungskommission zeigen, dass es bei

allen 24 Zentren mit Lebertransplantationsprogrammen keine Hinweis darauf gibt, dass „privat krankenversicherte Patienten oder sogenannte Non-Residents bevorzugt wurden“.

Der Gesetzgeber beabsichtigt jetzt mit einem Änderungsantrag die Transplantationsrichtlinien der Bundesärztekammer unter einen Genehmigungsvorbehalt zu stellen. Außerdem soll die Bundesärztekammer die Richtlinien zum Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft bei Organen künftig begründen und die Feststellung des Standes der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft nachvollziehbar darlegen. Das Bundesgesundheitsministerium will dadurch prüfen, ob die Bundesärztekammer den Beurteilungsspielraum angemessen gewürdigt hat und die Feststellung des Standes der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft nachvollziehbar ist.

Daneben sieht der Änderungsantrag eine neue Regelung zur Wartelistenführung vor. Danach soll künftig ein Arzt oder eine von diesem beauftragte Person, die für die Organvermittlung erforderlichen Angaben erheben, dokumentieren und an die Vermittlungsstelle übermitteln. Geplant ist zugleich, eine für die strafrechtliche Sanktionierung erforderliche Verbotsnorm. Ärzten ist es danach verboten „für eine Meldung den Gesundheitszustand eines Patienten unrichtig zu erheben oder unrichtig zu dokumentieren oder einen unrichtigen Gesundheitszustand eines Patienten zu übermitteln, um den Patienten bei der Führung der einheitlichen Warteliste unberechtigt zu bevorzugen“. Wer absichtlich dagegen verstößt, dem drohen gemäß dem Änderungsantrag eine Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder eine Geldstrafe.

Ferner ist auch die Einrichtung eines nationalen Transplantationsregisters vorgesehen. Dazu soll eine einheitliche und umfassende Datenerhebung im gesamten Prozessablauf der Transplantationsmedizin geschaffen werden. Ferner sollen die Bundesärztekammer, der Spitzenverband der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) die Vermittlungsstelle Eurotransplant verpflichten, jährlich einen Bericht über ihre Vermittlungsentscheidungen einschließlich Angaben zum „beschleunigten Verfahren“ und zum „non-resident“ Status zu veröffentlichen.

Um die Qualität der Versorgung der Patienten auf den Wartelisten für ein Organ zu verbessern und Fehlentwicklungen bei einer Überversorgung an Zentren entgegenzuwirken, sollen die Länder künftig die Anzahl der Transplantationszentren prüfen. Unter Einbeziehung der Ergebnisse der laufenden Strafverfahren sollen die Länder künftig die Sanktionsmöglichkeiten nach dem Berufsrecht auswerten und Rechtslücken schließen. Mit Hilfe der vorgesehenen Änderungen soll das verloren gegangene Vertrauen der Menschen zurückgewonnen und die Bereitschaft zur Organspende nachhaltig gestärkt werden.

Der Änderungsantrag zeigt aus meiner Sicht die Tendenz, ärztliche Regelungskompetenzen infrage zu stellen. Um diese Kompetenz müssen wir kämpfen. Dies gelingt aber nur, wenn wir die uns selbst gesetzten Regeln durchsetzen und stärker kontrollieren bzw. sanktionieren.

Weitere Themen des Deutschen Ärztetages waren Tabakwerbeverbot, flexible Arbeitsbedingungen, der Zugang zum Medizinstudium sowie die medizinische Versorgung von Migranten. Auch das sind wichtige Themen, auf die ich aber aus Zeitgründen nicht eingehen möchte.

Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen

Meiner sehr geehrten Damen und Herren, Chefarzt- beziehungsweise Bonusverträge sind ein beliebtes Thema in den Medien. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer kürzlich Empfehlungen zu leistungsbezogenen Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen vorgelegt. Sie kommt damit einer Vorgabe des Gesetzgebers nach, entsprechende Empfehlungen zum Bestandteil ihrer Beratungs- und Formulierungshilfen für Verträge der Krankenhäuser mit leitenden Ärzten zu machen. Dabei müssen Zielvereinbarungen, die auf finanzielle Anreize bei einzelnen Leistungen abstellen, ausgeschlossen sein.

Künftig muss jedes Krankenhaus in seinem strukturierten Qualitätsbericht eine Erklärung darüber ausweisen, ob es bei Verträgen mit leitenden Ärzten die Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu leistungsbezogenen Zielvereinbarungen einhält. Hält sich das Krankenhaus nicht an die Empfehlungen, muss es im Qualitätsbericht darüber informieren, für welche Leistungen leistungsbezogene Zielvereinbarungen getroffen wurden.

Krankenhausfinanzierung

Erfreuliche Nachrichten gibt es bezüglich der Krankenhausfinanzierung: der Bundestag hat am 14. Juni 2013 die langfristig eingeforderten finanziellen Mittel in Höhe von ca. 1,1 Milliarden EUR für die stationäre Versorgung in Deutschland beschlossen. Unter Berücksichtigung zentraler Forderungen der Bundesärztekammer und anderer Verbände wurden die Finanzierungsmodalitäten so adaptiert, dass die Gelder ab August 2013 verfügbar werden. Der so genannte Versorgungszuschlag wird zudem nach eingehender Beratung im Vorfeld nach Fallschwere gewichtet.

Weiterhin enthält das neue Maßnahmenpaket eine schon seit längerer Zeit durch die Bundesärztekammer und die Fachgesellschaften eingeforderte Lösung für die Extremkostenproblematik. Das Gesetz sieht einen Prüfauftrag für die besonders teuren Fälle für das Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus (InEK GmbH) vor. Bis Ende 2014 muss ein entsprechender Bericht vorgelegt werden, auf dessen Basis dann die Selbstverwaltungspartner nachhaltige Vergütungslösungen entwickeln können.

Auch wenn die beschlossenen Finanzmittel nur eine vorübergehende Entlastung ermöglichen können (13 % der Kliniken sind laut Rating Report 2013 derzeit schon von Insolvenz bedroht), zeigt der Beschluss, dass der Handlungsbedarf im Bereich der stationären Versorgung erkannt worden ist. Es gilt daher, die nächsten 20 Monate für eine Diskussion zur Weiterentwicklung und Reform der Krankenhausfinanzierung zur Sicherung der Nachhaltigkeit, der Verbesserung der Patientenversorgung und der Arbeits- und Rahmenbedingungen für Ärzte zu nutzen.

Ergänzend möchte ich Sie darüber informieren, dass sich auch zunehmend die Vertreter der Landkreise im Bereich der Klinikfinanzierung engagieren wollen. Als Träger von Kliniken und Beteiligte an der regionalen Gesundheitsversorgung ist davon auszugehen, dass Vertreter der Landkreise zunehmend mit den Landesministerien, Landesärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen Kontakt aufnehmen werden. In Sachsen ist dies bereits 2009 geschehen, wo wir den Landkreistag als Partner für die Lenkungsgruppe sowie zahlreiche Bürgermeister und Landräte für das Netzwerk Ärzte für Sachsen gewinnen konnten.

Medikamententest in der DDR

Liebe Kolleginnen und Kollegen, kürzlich waren Medikamententest in der DDR medial sehr beliebt. Unter dem Titel „Pharmaversuche in der DDR“ hat der Spiegel im April zum Teil falsche Informationen verbreitet. In dem Beitrag wird die Behauptung aufgestellt, dass viele Menschen im Osten Deutschlands unwissentlich für diese Tests missbraucht wurden. Dabei hatte bereits 1991 eine unabhängige Untersuchungskommission des Berliner Senats nach monatelangen Ermittlungen festgestellt, dass es keine Anhaltspunkte für Verstöße gegen internationale Standards gab. Dieses Ergebnis war dem Spiegel auch bekannt.

Da ich selbst klinische Studien durchgeführt habe, möchte ich mit aller Deutlichkeit festhalten, dass alle Medikamententests in der DDR internationalen Standards für klinische Studien unterlagen. Das DDR-Recht hatte dazu ähnliche Vorgaben gemacht wie westliche Staaten. Dazu gehörte auch eine umfangreiche mündliche und schriftliche Aufklärung sowie Einwilligung des Patienten. Die Studienergebnisse wären sonst auch nicht für die westdeutschen Pharmaunternehmen verwendbar gewesen. Wenn ein Arzt damals diese Aufklärung nicht durchgeführt hat, so hat er sich auch nach DDR-Recht strafbar gemacht.

Sollten dennoch einzelne Patienten damals ohne ihr Wissen für Medikamententests missbraucht worden sein, so halte ich eine lückenlose Aufklärung für absolut notwendig. Zudem müsste über eine Entschädigung der Opfer oder deren Angehörigen diskutiert werden, wenn es nachweislich zu körperlichen Schäden bis hin zur Todesfolge durch die Tests gekommen sein sollte.

Eine endgültige Aufklärung könnte das Forschungsvorhaben „Medikamentenversuche – Klinische Arzneimittelforschung in der DDR von 1961 bis 1989“ von Prof. Volker Hess von der Charité in Berlin erbringen, welches die Sächsische Landesärztekammer mit 3.000 EUR unterstützt.

Ärztebedarf in Sachsen

Liebe Kolleginnen und Kollegen, die Zahl der in Sachsen lebenden Ärzte hat sich auch im letzten Jahr weiter erhöht. 365 berufstätige Ärzte mehr konnte Sachsen 2012 verzeichnen. Dies ist seit 2002 eine stetige Tendenz. Aber der Ärztebedarf setzt sich im ambulanten Bereich nichtsdestotrotz weiter fort. Die Zahl der niedergelassenen Ärzte mit eigener Praxis sinkt. Die Zahl angestellter Ärzte in einer Niederlassung steigt. Und eine zunehmende Anzahl von Ärzten arbeitet in Teilzeit. Immer weniger Ärzte sind bereit, eine eigene Praxis zu übernehmen. Bedenklich ist dies vor allem für die ländlichen Bereiche. Außerdem nimmt, bedingt durch den demografischen Wandel und die weitere Spezialisierung der modernen Medizin, in Sachsen der Bedarf an medizinischen Leistungen und damit auch an Ärzten weiter zu. Mit anderen Worten, trotz der steigenden Arztzahlen besteht weiterhin ein Ärztebedarf in Praxis und Klinik.

Bei unseren Bemühungen um Nachwuchs müssen wir berücksichtigen, dass sich der Anteil weiblicher Ärzte in der sächsischen Ärzteschaft in den letzten Jahren erhöht hat. 2012 lag er bei 52 Prozent, Tendenz steigend. Hier muss man ganz andere Angebote schaffen, um die Berufsattraktivität zu erhöhen und dabei werden wir immer wieder auf die Schlagworte „Familienfreundlichkeit“, „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ und „flexible Arbeitszeitmodelle“ treffen. Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie, meine Damen und Herren, ist inzwischen nicht mehr nur auf die weiblichen Berufskollegen beschränkt, sondern ein geschlechterübergreifendes Anliegen. Es hat deutlich an Bedeutung gewonnen, was sich nicht zuletzt in einem hohen Interesse an einer Angestelltentätigkeit niederschlägt. Wir haben deshalb eine Übersicht über familienfreundliche Angebote sächsischer Krankenhäuser auf der Internetseite von „Ärzte für Sachsen“ eingestellt, um junge Ärzte für das Land Sachsen zu interessieren.

Die Zahl der ausländischen Ärzte ist 2012 um rund 200 auf 1.821 Ärzte gestiegen. Die meisten stammen aus Osteuropa, wie der Tschechischen Republik (273), der Slowakei (212), aus Polen (199), Rumänien (149), der Russischen Föderation (122), Bulgarien (85), Ungarn (82) und der Ukraine (74). Aus Österreich, mit dem es einen Freundschaftsvertrag gibt, kommen 77 Ärzte.

Mit Blick auf den beginnenden Ärzte- wie auch Fachkräftemangel in Deutschland sind wir für die Unterstützung dieser Kollegen sehr dankbar. Wir müssen diesen Ärzten Rahmenbedingungen schaffen, welche deren Integration reibungslos ermöglicht. Auf der anderen Seite müssen wir, die Krankenhäuser und die Verwaltungen, eine hohe sprachliche wie auch fachliche Qualität einfordern. Dies dient dem Schutz des Patienten und der Qualitätssicherung in der Medizin. Verpflichtende berufsbegleitende Sprachkurse sind nur ein Beispiel dafür. Viele Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen bieten solche Maßnahmen bereits an. Wir haben davon eine Übersicht ebenfalls auf der Internetseite von „Ärzte für Sachsen“.

Ärzte für Sachsen

Inzwischen klagen auch fast alle alten Bundesländer über einen Ärztemangel. Die Konkurrenz bei der Nachwuchsgewinnung wird deshalb zunehmen. Sachsen setzt bei der Lösung des Problems weiter auf Kooperation. Das von der Sächsischen Landesärztekammer initiierte Netzwerk „Ärzte für Sachsen“ spielt dabei eine zentrale Rolle. Und es ist erfolgreich!

„Ärzte für Sachsen“ wurde 2009 als Netzwerk von 107 Partnern des sächsischen Gesundheitswesens gegründet. Es war mit dem Ziel angetreten, durch die Bündelung und Koordinierung von Fördermaßnahmen und deren gezielter Kommunikation langfristig Ärzte für Sachsen zu gewinnen. Heute zählt das Netzwerk 145 Partner. Und die von der Sächsischen Landesärztekammer jährlich aktualisierten Arztzahlen machen nun im Langzeittrend auch den Erfolg dieser Netzwerkarbeit sichtbar. Die Statistik zur Altersstruktur zeigt einen signifikanten Anstieg in der Gruppe der Ärzte bis 35 Jahre seit 2009. Nicht nur, dass dies die Kernzielgruppe der Aktivitäten des Netzwerks ist. Noch erfreulicher ist die Tatsache, dass dieser auffällige Anstieg mit der Gründung von „Ärzte für Sachsen“ zusammenfällt. Demnach ist die Zahl der jungen Ärzte (bis 35 Jahre) seit 2009 um 14 Prozent gestiegen. Eine positive Entwicklung wie in keinem Jahr zuvor und in keiner anderen relevanten Gruppe. Diese Entwicklung ist eindeutig auf die Arbeit von „Ärzte für Sachsen“ zurückzuführen, da viele Fördermaßnahmen bereits vor 2007 existierten, es aber zuvor keinen signifikanten Anstieg bei den jungen Ärzten gab.

Dieser Erfolg ist Ansporn für alle Netzwerkpartner und insbesondere für die Lenkungsgruppenmitglieder. Netzwerkarbeit ist Fleißarbeit, meine Damen und Herren. An dieser Stelle bedanke ich mich deshalb bei allen Partnern für die konstruktive Zusammenarbeit.

Das Netzwerk ist im In- und Ausland bekannt, wie die Anfragen aus allen Bundesländern und von allen Kontinenten belegen. Dass so ein Netzwerk etwas Besonderes ist, zeigt die Nominierung für den dfg-Award, dem Branchenpreis für das Gesundheitswesen, in der Kategorie „Herausragende Kommunikation und Vermarktung“. Die Preisverleihung war letzte Woche. Der Preis ging allerdings an den IGeL-Monitor. Initiator und Auftraggeber des IGeL-Monitors ist der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS). Finanziert wird dieser vom Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SV). Dagegen hatte das Netzwerk keine Chance. Jetzt haben wir zwar keinen Preis, dafür aber nachweislich Erfolg.

Ergebniskonferenz zum sächsischen Gesundheitsziel

„Aktives Altern – Altern in Gesundheit, Autonomie und Mitverantwortlichkeit“

Eine gute ärztliche Versorgung spielt auch eine große Rolle, wenn es um die Versorgung älterer Menschen geht. Dafür gibt es, meine sehr geehrten Damen und Herren, in Sachsen ein Gesundheitsziel „Aktives Altern“. Die Sächsische Landesärztekammer und das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz hatten am 25. März 2013 zur einer Ergebniskonferenz dieses Gesundheitsziels eingeladen. Nach Verabschiedung und Publikation des Zielkonzeptes wurden seit 2009 sieben Implementierungsgruppen zur Umsetzung der Teilziele und eine Komplettierungsgruppe gegründet. In vier Implementierungsgruppen konnte eine Finanzierung sichergestellt und damit jeweils ein Projekt zur Umsetzung der Ziele installiert werden. Zwei davon wurden bereits Ende 2012 abgeschlossen. Dazu gehören das Projekt „Stärkung der subjektiven Gesundheit älterer Arbeitnehmer in der stationären Altenpflege“ sowie das „Berufsbildkonzept für akademisch ausgebildete Pflegefachkräfte“. Zwei Projekte befinden sich noch in der Durchführungsphase: „Mobilität schafft Lebensqualität“ und „Evaluation der neuen 2-jährigen sächsischen Krankenpflegehilfeausbildung“. In den anderen drei Implementierungsgruppen konnten aus unterschiedlichen Gründen noch keine Projekte installiert werden. Dies lag an einer fehlenden Finanzierung, fehlenden Kooperationspartnern oder mangelndem Interesse an der Projektdurchführung. Dennoch bin ich überzeugt davon, dass wir den Gesundheitszieleprozess weiter aktiv begleiten und die Staatsregierung bezüglich einer finanziellen Förderung stärker in die Pflicht nehmen müssen. Denn das Gesundheitsziel „Aktives Altern“ setzt in vielen seiner Teilziele an gesellschaftlichen und sozialen Einflussfaktoren von Gesundheit und an allen Politikbereichen an.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, ich habe Ihnen soeben einen Überblick über die aktuelle berufs- und gesundheitspolitische Situation gegeben. Dies ist aus meiner Sicht schon deshalb wichtig, um Informationen und Prozesse an Sie als Delegierte zu vermitteln. Zugleich wer-

den Sie in die Lage versetzt, mit diesem Wissen regional wie auch auf Landesebene Entscheidungen stärker zu begleiten.

Beschlussanträge der 47. Tagung der Kammerversammlung

Im Rahmen der 47. Tagung unserer Kammerversammlung am 10. November 2012 wurden zahlreiche Beschlüsse gefasst. Diese haben wir wie immer an alle Berufsverbände und Fachgesellschaften sowie an die Selbstverwaltung und an die zuständigen Ministerien geschickt.

Drei Beschlüsse wurden damals an den Vorstand überwiesen:

- » Beschlussantrag Nr. 9: Keine Verkürzung des Humanmedizinstudiums von sechs auf fünf Jahre bei unveränderten Unterrichtszeiten,
- » Beschlussantrag Nr. 12: Verantwortungsvoller Umgang der Ärzteschaft beim Angebot von Selbstzahlerleistungen,
- » Beschlussantrag Nr. 13: Rolle der Klinischen Krebsregister im zu novellierenden Sächsischen Krebsregistergesetz.

Diese drei Anträge hat der Vorstand zeitnah beraten und die Entscheidung im „Ärzteblatt Sachsen“, Hefte 1 und 2 / 2013, veröffentlicht.

Die Beschlüsse:

- » Beibehaltung des Systems des Probenverkehrs im gesundheitlichen Verbraucherschutz zur Sicherung der Arbeitsfähigkeit der LUA und
 - » Rolle der Klinischen Krebsregister im zu novellierenden Sächsischen Krebsregistergesetz
- hatten wir an das Sozialministerium übermittelt. Angesichts des diesjährigen Sächsischen Ärztetages baten wir im Vorfeld um Information zu Maßnahmen, welche das Sozialministerium aufgrund dieser Beschlüsse getroffen hat. Herr Dr. Bendas wird uns anschließend darüber informieren.

Bundestagswahl 2013

Am 22. September sind die Wahlen zum Deutschen Bundestag. Die Politiker nutzen jede Gelegenheit, dass Wahlprogramm ihrer Partei zu präsentieren. Einzelne Wahlprogramme liegen ja bereits vor und lassen es manchmal an der sachlichen Richtigkeit fehlen. Wir wollen versuchen, Ihnen eine Synopse der Wahlprogramme über den Sommer zu erstellen, damit Sie sich entsprechend informieren können. Wir beabsichtigen auch, uns in der Woche vor der Wahl mit den Fraktionsvorsitzenden und den gesundheitspolitischen Sprechern des Landtages sowie den sächsischen Bundestagsabgeordneten zu treffen, um Eckpunkte der Gesundheitspolitik abzufragen. Über die Ergebnisse werden wir Sie dann kurzfristig informieren.

Zum Abschluss meines Vortrages möchte ich es nicht versäumen, den ehrenamtlich tätigen Ärzten sowie den Mitarbeitern unserer Sächsischen Landesärztekammer ganz herzlich für die geleistete Arbeit zu danken. Einen sehr guten Gesamtüberblick über die Aufgaben, die Ausschüsse und deren Arbeit bietet Ihnen der vorliegende Tätigkeitsbericht für das Jahr 2012.

Änderungsvorschläge Wahl zur Kammerversammlung

Sehr geehrte Mandatsträger, bevor ich jetzt die Diskussion freigebe, möchte ich Ihnen für die Wahl zur Kammerversammlung 2015 noch einige Gedanken des Vorstands zu möglichen Strukturverbesserungen vorstellen.

Im Rahmen seiner letzten Klausurtagung hat sich der Vorstand intensiv mit der Wahl der jetzigen Kammerversammlung befasst. Danach wurden, neben dem organisatorischen Ablauf des Wahlverfahrens, insbesondere Maßnahmen zur Erhöhung der Wahlbeteiligung sowie Maßnahmen zur Gewinnung weiterer bzw. neuer Ehrenamtsträger für die kommende Wahl beraten.

In diesem Zusammenhang wurde auch die Idee diskutiert, ob nicht die aktuelle Amtsperiode von vier auf fünf Jahre verlängert werden sollte. Das Sächsische Heilberufekammergesetz sieht diese Möglichkeit vor. Die Sächsische Tierärztekammer nutzt diese Option.

Der Vorstand plädiert für eine Verlängerung der Amtszeit auf fünf Jahre. Dafür sprechen eine längere Kontinuität der Amtsinhaber und damit der Umsetzung von begonnenen Aufgaben (neue Vorstandsmitglieder bzw. sonstige Amtsträger benötigen ohnehin eine bestimmte Zeit zur Einarbeitung), und vor allem auch Kostengründe. Über einen Zeitraum von 20 Jahren könnte eine Kammerwahl entfallen, was zu Kosteneinsparungen in Höhe von ca. 50.000,- Euro führen würde. Nicht zuletzt werden durch die Kammerwahl auch erhebliche personelle Ressourcen gebunden, was sich dann entsprechend verschieben und entlastend wirken würde.

Ein weiterer Vorschlag, den der Vorstand Ihnen unterbreiten möchte, ist die Berufung eines zweiten Vizepräsidenten. In Zeiten zunehmender Terminanfragen, einer erheblichen Ausweitung der komplexen Aufgaben der Kammer und schließlich auch zur zeitlichen Entlastung des Präsidenten stellt die Berufung eines zweiten Vizepräsidenten eine sinnvolle Ergänzung zur Repräsentation nach außen dar.

Ich würde Sie gern um ein Stimmungsbild zu diesen beiden Punkten bitten. Sollten Sie diese Vorschläge mittragen, würden wir für die nächste Kammerversammlung eine entsprechende Satzungsänderung vorbereiten und beschließen lassen, damit diese Änderungen schon mit Beginn der nächsten Amtsperiode greifen können.