

# 10 Jahre Sächsische Landesärztekammer

## Chronik und berufspolitische Schwerpunkte seit der politischen Wende 1990

Bestandsaufnahme und  
Perspektiven zu Beginn  
des 21. Jahrhunderts



Prof. Dr. med. Jan Schulze

Wenn wir uns im 11. Jahr nach der gelungenen deutschen Einheit und an der Schwelle zum 21. Jahrhundert befragen, wie es um die ärztliche Selbstverwaltung steht, so muss in gesundheitspolitisch unruhiger Zeit geprüft werden, welchen Beitrag die Kammern zur Fortentwicklung eines solidarischen Gesundheitssystems leisten können.

Während die Ärztekammern der Bundesrepublik-West diese Fragen bereits 1997 aus einer 50jährigen Perspektive überwiegend positiv beurteilten, steht für die „Ostkammern“ die Bewertung der bedeutungsvollen Dekade mühevoller Um- und Aufbauarbeit eines pluralistisch demokratischen Gesundheitswesens noch aus. Der Neubeginn ärztlicher Berufs- und Standespolitik in Sachsen war für alle ärztlichen Kollegen, die gestaltend beteiligt waren, ein immenser Kraftakt, der nur durch Fleiß, Ideenreichtum und einigende Zielsetzungen bewältigt werden konnte. Das Vakuum berufsständischer Vertretung wurde 1990 noch im rechtsfreien Raum durch die Gründung des Unabhängigen Verbandes der Ärzte und Zahnärzte Sachsens sowie eines Leipziger Ärztebundes überwunden. Neben der Vorbereitung zum Aufbau einer Sächsischen Landesärztekammer oblag den Verbänden die Verteilung medizinischer Hilfsgüter und Gerätschaften, die aus „dem Westen“ kamen sowie die Vertre-

tung der Ärzte in der Öffentlichkeit. Nach intensiven Verhandlungen einer Initiativgruppe mit dem letzten Gesundheitsminister der noch DDR-Regierung in Berlin wurde am 12. Mai 1990 die damals erst vorläufige Sächsische Landesärztekammer e. V. als erste Landesärztekammer der damaligen DDR in Dresden gegründet. In einer bewegenden konstituierenden Versammlung fanden sich 80 Mandatsträger und 20 prominente Gäste aus Partnerkammern in der Villa Stockhausen am Loschwitzter Elbhang zusammen, um die Kammergründung ins Werk zu setzen. Unter Leitung des noch vorläufigen Gründungspräsidenten, Prof. Heinz Diettrich, seines Vorstandes und einer engagierten Geschäftsführung begann der schwierige Weg des Aufbaus einer „populationsgestützten“ ärztlichen Selbstverwaltung in Sachsen.

Auf der Grundlage des am 13. Juli 1990 noch durch die Volkskammer verabschiedeten Kammergesetzes war die Sächsische Landesärztekammer e. V. verpflichtet, sich durch eine geheime Briefwahl basisdemokratisch als Körperschaft des öffentlichen Rechts zu legitimieren.

*„Es dauerte fast neun Monate, um Ärzte, deren Gesamtzahl 13.078 betrug, zu erfassen. Wir bemühten damals die Tagespresse, in der wir mehrfach aufriefen, sich in der Vorläufigen Sächsischen Landesärztekammer registrieren zu lassen. Ein kleiner Teil der Ärzte verweigerte aus verschiedenen Gründen die gesetzliche Meldepflicht. Man erkannte leider noch nicht, dass eine Organisation auf freiwilliger Basis niemals durchgreifende berufspolitische Erfolge haben würde. Der Gedanke einer ärztlichen Selbstverwaltung war bisher nicht oder wenig bekannt und musste nach Gründung des „Ärzteblatt Sachsen“ im Juni 1990 geduldig und kontinuierlich verbreitet werden.“* (Diettrich, H.: Sonderheft ÄBS (1993))

Nach Vorliegen der Wahlergebnisse für die erste, freie, gleiche und geheime Wahl der Sächsischen Landesärztekammer am 27. 3. 1991 fand am 20. 4. 1991 der 1. Sächsische Ärztetag im Dresdner Kulturpalast statt, an dem 101 Mandatsträger in geheimer Abstimmung den

Kammerpräsidenten, den Vizepräsidenten sowie den neunköpfigen Vorstand sowie 22 Kammerausschüsse wählten.

Ausgehend von dieser „Stunde Null“ voll legitimer ärztlicher Berufs-, Fach- und Standespolitik wurden auf dem Boden von Grund- und Kammergesetz alle notwendigen Satzungen, Ordnungen und Statuten erarbeitet und erlassen, um die vom Staat übertragenen Aufgaben für die Berufsangehörigen in eigener Verantwortung künftig zu regeln. Dabei fühlt sich unsere Ärztekammer stets dem Gemeinwohl als auch den Interessen des Berufsstandes gleichermaßen verpflichtet. In dieser Übergangs- und Umbauphase gesundheitsrelevanter Strukturen fanden zahlreiche Beratungen und Gespräche zu Problemen der Niederlassung versus Erhalt von Polikliniken, Finanzierung der Krankenversorgung oder zur Tarifgestaltung der angestellten Ärzte statt. Aus dem heutigen Blickwinkel bleibt festzustellen, dass kostengünstige Strukturvarianten gesundheitlicher Betreuung im Osten Deutschlands mit der damals nachvollziehbaren These, in Deutschland zunächst einheitliche Versorgungsstrukturen nach dem Muster der „alten Bundesländer“ aufzubauen, vor schnell verworfen wurden.

Im weiteren seien wichtige Ereignisse und Glanzpunkte aus mittlerweile zwei Legislaturperioden angestrebter Kammerarbeit kurz referiert, die sonst allzu schnell in Vergessenheit geraten.

Unter den Delegierten des 94. Deutschen Ärztetages 1991 in Hamburg befanden sich nach 6 Jahrzehnten Abstinenz wieder gewählte Teilnehmer aus ganz Deutschland – so auch Ärztinnen und Ärzte aus Sachsen. In diesem Jahr wird der 103. Deutsche Ärztetag turnusmäßig nach Köln einberufen, an dem mittlerweile die gewählten Repräsentanten aus den fünf neuen Bundesländern zum 10. Mal gleichberechtigt an diesem obersten Beschlussgremium der deutschen Ärzteschaft teilnehmen. Inzwischen wurden drei Deutsche Ärztetage in die neuen Bundesländer vergeben und mit großen berufspolitischen Erfolgen 1993 in Dresden, 1997 in Eisenach und 1999 in Cott-



Dr. Knoblauch, Dr. Marx, Dr. Bartsch, Dr. Schwenke, Doz. Dr. Diettrich, Dr. Liebscher, Doz. Dr. Geidel, Doz. Dr. Schulze, Dr. Lindemann, Dr. Müller, Dr. Gruber (v. l. n. r.)

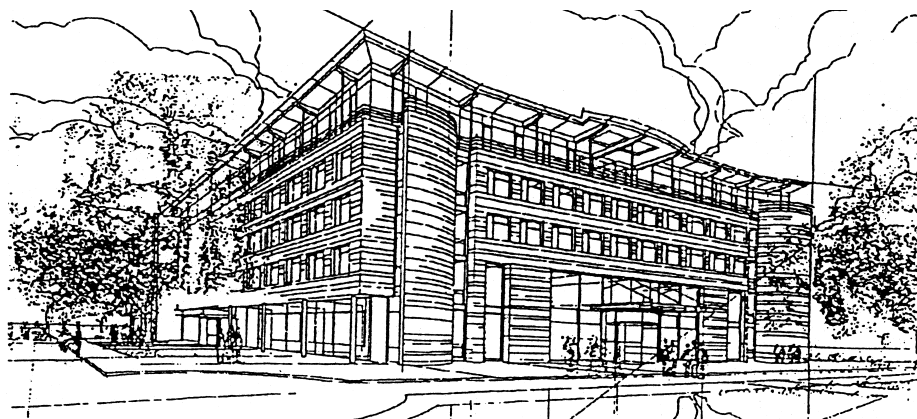
bus gestaltet. Seit dem Beitritt der neugebildeten Landesärztekammern zur Bundesärztekammer 1990 haben die Präsidenten der neuen Bundesländer gleichberechtigt am Tisch der Bundesärztekammer in Köln Platz genommen und mit kritisch-konstruktiven Beiträgen besonders ostdeutsche Gesundheitsprobleme zur Sprache gebracht.

Ein weiterer Meilenstein ärztlicher Berufs- und Standespolitik in Sachsen bezieht sich auf die Vorbereitung, Gründung und den erfolgreichen Auf- und Ausbau eines eigenständigen berufsständischen Versorgungswerkes seit 1991/92. Unter Führung von Dr. Halm (Verwaltungsausschuss-Vorsitzender) und weiteren ehrenamtlich tätigen Ärzten und Tierärzten hat sich das Ärzteversorgungswerk zu einer beeindruckenden zahlungskräftigen Alterssicherung entwickelt, das auch in die Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungswerke Deutschlands (ABV) aufgenommen wurde.

Die Idee zum Bau einer eigenen Sächsischen Landesärztekammer in Dresden muss auch retrospektiv ausdrücklich gewürdigt werden.

Hier wurden durch Präsident, Vorstand und Bauausschuss genau zum richtigen Zeitpunkt mit Vision und Tatkraft ein Ärztehaus Sachsen konzipiert, das allen Anforderungen, die an die Körperschaft

gestellt werden, hervorragend gerecht wird. Bis zum definitiven Einzug in die eigene Kammer mussten drei Interimsquartiere bezogen werden, was erhebliche logistische und organisatorische Probleme mit sich brachte. Am 12. Mai 1995 erfolgte die Grundsteinlegung für den Bau dieses Kammergebäudes im Carolapark in Dresden. Nachdem schon am 10. November 1995 das Richtfest am Kammergebäude begangen werden konnte, erfolgte am 25. Oktober 1996 die feierliche Einweihung und Eröffnung unseres neuen Kammerdomizils. Trotz mancher Kassandrarufer hat sich dieses Gebäude, das eine architektonische Meisterleistung des Dresdner Architekten Prof. Zumpe darstellt, als ideale Begegnungsstätte für



Entwurf des Architekten Prof. Zumpe

in der Berufspolitik, Fortbildung und Wissenschaft tätige Ärzte ausgezeichnet bewährt. Das Haus bietet darüber hinaus auf Mietbasis gute Arbeitsbedingungen für befreundete Körperschaften, Verbände, Versicherung und Bank, was zugleich unseren Kammermitgliedern als „Kompakt-service-Angebot“ zugute kommt. Ganz ausdrücklich wurde durch Präsident und Vorstand die „Begegnung der Künste“ in diesem Haus möglich gemacht und gefördert. Ausdruck dieses musischen Klimas sind zahlreiche Konzerte und Vernissagen mit jungen Künstlern, die unser Ärztehaus beleben.

Es ist kaum zu glauben, jedoch in rasantem Zeitenlauf der letzten Dekade gut dokumentiert, dass zurückliegend

- neun Sächsische Ärztetage bzw. 21 Kammerversammlungen
- vierzehn Jahrestagungen der Kreisärztekammervorsitzenden
- über 100 Vorstandssitzungen und zahlreiche Gespräche mit Berufs- und Fachverbänden

erfolgreich abgelaufen sind.

Von den vielfältigen Aufgabenbereichen, die der Selbstverwaltung per Gesetz übertragen wurden, seien noch einige stichwortartig aufgeführt, die in den nachfolgenden Beiträgen vertieft werden und in den Tätigkeitsberichten der Sächsischen Landesärztekammer detailliert nachgelesen werden können (s. Tab. S.174) Wurden die Aufgaben 1990 noch mit 15 hauptamtlichen Mitarbeitern in der Sächsischen Landesärztekammer ein-

Registratur von	16.581 Sächsischen Ärztinnen und Ärzten
Einteilung von	3.153 Weiterbildungsbefugnissen 7.322 Ärztlichen Graduierungen 8.160 Fachkunden
Betreuung von	2.719 Arzthelferinnen-Ausbildungen 913 Arzthelferinnen-Umschulungen 2.270 Arzthelferinnen-Anpassungen
Bearbeitung von	2.059 Schlichtungsanträgen 1.221 Begutachtungen 310 Anerkennungen von Behandlungsfehlern
Stellungnahmen der Sächsischen Landesärztekammer zu	12 Bundesgesetzen 13 Landesgesetzen
Erarbeitung der SLÄK von	66 Satzungen, Ordnungen, Statuten 17 Richtlinien, Bildungsinhalten, Regelungen
Veranstaltungen seit Eröffnung 96: – Anzahl – Teilnehmer	1.511 55.365
Herausgabe des Ärzteblatt Sachsen seit 6/90 monatlich; Anzahl	z. Z. 11. Jahrgang: 120

schließlich der Bezirksstellen bewältigt, so gelingt dies durch quantitativ und qualitativ kumulativ gestiegene Anforderungen zurzeit mit 58 in der Kammer sowie 24 hauptamtlich Tätige in der Sächsischen Ärzteversorgung.

„So berechtigt der Stolz über den kräftezehrenden Aufbau der Selbstverwaltungskörperschaften und den Umbau gesundheitlicher Betreuungsstrukturen auch sein mag, so berechtigt ist auch die Kritik am Gesetzgeber. Er hatte, im Wissen um defizitäre Gesundheitsbudgets, existierende kostengünstige Strukturvarianten, wie Verzahnung der ambulanten und stationären Betreuung, wohnortnahen Rehabilitation, sogenannte Dispensaires und Polikliniken 1989/90 als „Auslaufmodelle“ apostrophiert (siehe Einigungsvertrag), um diese im Gesundheitsstrukturgesetz 1993 als Fortschritt zu preisen! Besonders frustrierend ist für die gewählten Ärztevertreter in Ost und West, dass eine notwendige Gesundheitsreform ohne breite Mitwirkung der Ärz-

teschaft ab 1. Januar 1993 [sic 1. Januar 2000!] Gesetzeskraft erhielt. Nun sind wir mit einem dirigistischen, primär an reiner Kostendämpfung orientierten Gesetzeswerk konfrontiert, das große Probleme in der ambulanten und stationären Versorgung bringen wird, die in den Einzelheiten und Auswirkungen noch nicht absehbar sind.

(Schulze, J.: Sonderheft ÄBS (1993) 8-12)

Wie den schon damals erkennbaren Notwendigkeiten einer echten Gesundheitsreform ausgewichen wurde, wird anhand der kritischen Einschätzung mehr als deutlich. Fatal ist hingegen, dass die 1993 geschilderten Verhältnisse sich ungleich schärfer zum Jahreswechsel 1999/2000 darstellen!

Angesichts begrenzter Ressourcen wird es immer schwieriger, „Wünschbares“ und „Machbares“ für den aufgeklärten Bürger in Übereinstimmung zu bringen! Immer häufiger stehen die sozialen Sicherungssysteme auf dem Prüfstand, immer drängender werden die Fragen nach

solidarischer, subsidiärer oder eigenverantwortlicher Finanzierung von Gesundheitsleistungen gestellt und zum Teil kontrovers beantwortet. Bei der zunehmenden Bedeutung, die dem Gut „Gesundheit“ in der Gesellschaft zugemessen wird, sollten wir Ärzte die selbstverständliche humanmedizinische Dimension „Arzt – Patient“ im Vergleich zur ökonomischen Dimension „Unternehmer – Kunde“ noch stärker zur Geltung bringen.

Denn lt. § 1 der Bundesärzteordnung gilt: (1) Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes.

(2) Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe. Er ist seiner Natur nach ein freier Beruf. Ruft man sich zu diesen bereits sehr anspruchsvollen Maximen ärztlichen Handelns noch den hippokratischen Eid ins Gedächtnis, dann wird das ganze Dilemma zwischen Anspruch und Realität in der täglichen Praxis ärztlichen Tuns offenbar. Lebendige ärztliche Selbstverwaltung muss hier meinungsbildend und öffentlichkeitsnah in aktuelle medizinethische Debatten eingreifen. Denn nur Ärztinnen und Ärzte haben es mit Kranken zu tun, die oft komplizierte medizinische aber auch ethische und rechtliche Probleme aufwerfen – und das auf dem Hintergrund limitierter Budgets.

In der heutigen säkularisierten Gesellschaft obliegt es uns Ärzten sowie der ärztlichen Selbstverwaltung, Möglichkeiten und Grenzen des „Machbaren“ besonders am Beginn und Ende menschlichen Lebens aufzuzeigen.

Viel diskutierte Themen dazu betreffen:

- den Umgang mit dem menschlichen Erbgut
- Präimplantations-, -nataldiagnostik
- Umgang mit embryonalen Geweben
- Spätabbrüche von Schwangerschaften
- Unterlassung medizinischer Maßnahmen
- Sterbebegleitung, Patientenverfügung
- Suizid und Euthanasie.

Gerade deshalb können und wollen wir uns nicht aus der Verantwortung gesetzlich übertragener Aufgaben als mittelba-

re Staatsverwaltung für die Gesellschaft entziehen!

*„Selbstverwaltung beruht – soziologisch gesehen – auf einem Vertrag zwischen der Gesellschaft und einem Berufsstand, wonach die Gesellschaft dem Berufsstand Autonomie in der Berufsausübung und Schutz vor unqualifiziertem Wettbewerb gegen das glaubwürdige Versprechen effektiver Selbstregulierung und Selbstkontrolle gewährt. Individuell und kollektiv durch seine Verbände sichert der Berufsstand den Patienten und der Gesellschaft Fachkompetenz und Integrität zu.“* (Taupitz, J.: Ärztliche Selbstverwaltung an der Schwelle zum 21. Jahrhundert. Gestalten statt verwalten. Dt. Ärzteverlag. Köln (1997) 225)

Damit bewegen sich unsere ärztlichen Selbstverwaltungen auf sicherem Terrain, wenn sie sich bei der Bearbeitung gegenwärtiger und zukünftiger Aufgaben immer dieser Verpflichtung und Verantwortung und dieses Vertrauensvorschlusses der Gesellschaft bewusst sind. Andererseits hat die verfasste Ärzteschaft auch das Mandat, Öffentlichkeit und Politik Fehlentwicklungen aufzuzeigen, die aus ihrem Blickwinkel zu Lasten der verfassten Ärzteschaft und der Bevölkerung führen werden. Als eine solche Aktion ist das „Bündnis Gesundheit“ zu verstehen, das in einem ersten Schritt die Gesundheitsreform 1999 strikt abgelehnt hat und nun dabei ist, Alternativvorschläge für eine künfti-



Dr. Rudolf Marx, Prof. Dr. Otto Bach, Dr. Helmut Schmidt, Dr. Hella Wunderlich, Dr. Günter Bartsch, Prof. Dr. Jan Schulze, Dr. Gisela Trübsbach, Dr. Lutz Liebscher, Dr. Clemens Weiss, Dr. Claus Vogel, Dr. Stefan Windau (v. l. n. r.)

ge Gesundheitsreform, die diesen Namen verdient, zu entwickeln. Dabei sind wir Ärzte im Verbund mit den nicht ärztlichen Heilberuflern aufgerufen, unseren Sachverstand zur Verbesserung der Struktur und Organisation des Gesundheitswesens, zur Hebung der Volksgesundheit und zu mehr sozialer Gerechtigkeit einzubringen.

Es gibt in dieser schnelllebigen Zeit des strukturellen und prozessualen Wandels zu diesem Vorgehen eine Fülle guter Vorstellungen und Gedanken, die es zu bündeln gilt. Vordergründige Aufgabe der Ärzteschaft bleibt es, für eine qualitätsvolle individuelle Betreuung der Patien-

ten zu sorgen und sich für gute Voraussetzungen dazu nachhaltig einzusetzen.

*Es ist mir ein Bedürfnis, allen „Ehrenamtlern“ der ersten Stunde sowie den ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeitern unserer Sächsischen Landesärztekammer den das „Wollen und Werden“ dieser Kammer stets Ansporn und Auftrag bedeutet, an dieser Stelle für ihre fleißige, initiativreiche Arbeit sehr herzlich zu danken.*

Prof. Dr. med. Jan Schulze  
Präsident der  
Sächsischen Landesärztekammer