

Ärzteblatt Sachsen



Inhalt 9|2000

Die erste Seite	„Ärzte wollen mehr Geld“	396
Berufspolitik	10. Sächsischer Ärztetag/ 22. Kammerversammlung 30. Juni/1. Juli 2000	398
	Arbeitstagung der Sächsischen Ärzteversorgung am 30. Juni 2000 – 11. erweiterte Kammerversammlung	398
	Abendveranstaltung	410
	Aktuelle berufs- und gesundheitspolitische Fragen für die nächste Zukunft Prof. Dr. Jan Schulze	412
	Arbeitstagung der Kammerversammlung am 1. Juli 2000	421
	Herausforderungen und Erwartungen an die verfasste Ärzteschaft zu Beginn des 21. Jahrhunderts Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe	421
	Bekanntgabe der 23. Kammerversammlung und des 11. Sächsischen Ärztetages	431
	Aus der Vorstandssitzung am 2. August 2000	432
Amtliche Bekanntmachungen	Satzungsänderungen der Sächsischen Landesärztekammer und der Sächsischen Ärzteversorgung	417-420
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Mitteilung der Bezirksstelle Leipzig	431
	Konzerte und Ausstellungen	435
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung von Vertragsarztsitzen	433
Personalia	Geburtstage im Oktober 2000	434
	Totentafel	436
	Impressum	437
Beilage	Fortbildung in Sachsen – November 2000	

**Die Sächsische Landesärztekammer und das
„Ärzteblatt Sachsen“ sind im Internet unter
<http://www.slaek.de>, im DGN unter
<http://slaek.dgn.de> und per
e-Mail: dresden@slaek.de zu erreichen/abrufbar.**

„Ärzte wollen mehr Geld!“

Mit dieser Formel populistischen Sozialneides tönen hohe Kassenfunktionäre und auch Frau Gesundheitsministerin, wenn Ärzte auf die schwerwiegenden Gefahren hinweisen, die in der Budgetierung der Ausgaben für das Gesundheitswesen liegen – dem Kernstück der Gesundheitsreform 2000, um Sozialbeiträge stabil zu halten. So einfach werden Ärzte in die Defensive gebracht und müssen so zunächst gegen die Kraft alter Vorurteile ankämpfen. Doch wir dürfen letztere keinesfalls unterschätzen, schließlich lebten und leben noch ganze Gesellschaftssysteme vom Prinzip des Neidens. Jüngster Anlass für diesen Vorwurf seitens der Krankenkassen – Ärzte wollen mehr Geld – war die außerordentliche Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung am 5. 8. 2000 in Berlin.

Dort wurden die Vorstellungen zu einem neuen EBM auf den Weg gebracht, der unter anderem durch die Berücksichtigung betriebswirtschaftlicher Gesichtspunkte und tatsächlicher Kosten kalkulierbare Preise ärztlicher Leistungen beinhaltet.

Ärzte könnten so ihre leistungsgerechten Umsätze berechnen und es würde evident, was ihre Leistungen auch unter strengen Sparsamkeitskriterien wert sind.

Solches wird (natürlich) von den gesetzlichen Krankenkassen und dem rot-grünen Ministerium zurückgewiesen, die bisher durch für sie bequeme Praxis- und Medikamentenbudgets alle von ihnen versprochenen Leistungen durch die niedergelassene Ärzteschaft zum Teil mit Drohungen erfüllen lassen.

Die vorläufig letzte Äußerung dieser Art aus dem Ministerium: Die gesetzlichen Krankenkassen werden aufgefordert, die Überschreitungen der Medikamentenbudgets von den ambulant tätigen Kollegen einzutreiben.

Dies geschieht vor dem Hintergrund, dass seit Ende Juli 2000 die tatsächlichen Auswirkungen der an sich überfälligen Regelung bekannt wurden, die

unter Budgetierung die hausärztlichen und fachärztlichen Vergütungen seit dem 1. 1. 2000 trennt.

Dadurch können die zum Teil enormen Ausweitungen vor allem technischer und fachärztlicher Leistungen (zum Beispiel Herzkathetermessplätze, MRT, Labor) und die Verlagerung von Klinikleistungen in die Arztpraxen (zum Beispiel ambulante Operationen) nicht mehr dadurch kaschiert werden, dass wie seit Jahren üblich für die Kosten auch die Hausärzte aufkommen müssen.

Nunmehr werden Leistungsausweitungen nur noch im jeweiligen Sektor wirksam. So müssen Umsatzeinbußen bis zu 20 % (unterschiedlich nach Fachbereichen) unverschuldet verzeichnet werden. Unverschuldet deshalb, weil die Leistungsausweitung gesundheitspolitisch gewollt ist, wie eine im August 2000 veröffentlichte Studie zeigt, die das Zentralinstitut für Kassenärztliche Versorgung in Auftrag gab. Dies sei nicht Folge des Honorierungssystems.

Die Politik verschärft die Situation, indem sie die Honorierung der Psychotherapeuten dem fachärztlichen Versorgungsbereich zuordnet.

Wenn man zusätzlich bedenkt, dass der Fremdkassenzahlungsausgleich blockiert ist und die gesetzlichen Ostkrankenkassen für ambulante Arztleistungen im Vergleich zu den westlichen Bundesländern von vornherein nur 76 % der Finanzmittel zubilligen, ist die Grenze des Erträglichen überschritten. Keinem anderen volkswirtschaftlichen Bereich wird dies zugemutet.

Aber die Zerrüttung des Vertragsarztsystems vor allem im Osten ist nur die eine Seite der Budgetierung.

Gravierend ist die Beeinträchtigung des Vertrauensverhältnisses zu den Patienten, denen Staat und Kassen seit Beginn der Lohnsummenbindung vor 7 Jahren uneingeschränkte Leistungen bei eingeschränkten Mitteln versprechen. Vor dem Patienten müssen die Vertragsärzte für die schleichende Rationierung von Leis-

tungen die Verantwortung übernehmen. Der neue EBM muss und wird den Preis für ärztliche Leistungen deutlich machen.

Wenn Kassen oder der Staat neue oder mehr Leistungen wollen, müssen sie dafür auch die Mittel bereitstellen. Der Erklärungszwang bei Leistungseinschränkungen wird umgekehrt.

Doch die abzusehende Ablehnung oder Verzögerung des neuen EBM ist aus den genannten und weiteren uns allen geläufigen Gründen im Hinblick auf die Patienten und die Existenzgefährdung, diesmal besonders unserer fachärztlichen Kollegen nicht hinnehmbar.

Wir können im Osten Deutschlands mit 76 % Finanzmitteln nicht länger 100 % Leistungen erbringen und wir übernehmen für Einschränkungen nicht mehr die Verantwortung!

Den Patienten können wir nicht auf Dauer 76 % Leistungen zumuten, deshalb müssen wir neben anderen Aktionen sogar an kurzfristige Totalverweigerung mit Gewährleistungen eines Mindestdienstes denken, um den Ernst der Situation für alle sichtbar zu machen. Aber: Einzelaktionen wären hierbei eher schädlich. Für die Koordinierung und Durchführung ist das „Bündnis Gesundheit 2000“ nach der Meinung des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer die richtige Plattform, in dem die Verbände aller Leistungserbringer vereint sind.

Wir brauchen die Solidarität aller Leistungserbringer, wie sie unsere bei der Überwindung ihrer besonderen Probleme zu gegebener Zeit brauchen.

Für die Vertragsärzte, besonders die in den östlichen Bundesländern, ist jetzt diese Zeit, wir müssen jetzt handeln und verhandeln.

Der Aufruf der ärztlichen Berufsverbände zu einer Aktionswoche Ende September wird in diesem Zusammenhang ausdrücklich unterstützt.

Dr. med. Günter Bartsch
Vizepräsident

10. Sächsischer Ärztetag/ 22. Kammerversammlung

30. Juni 2000/
1. Juli 2000

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Professor Dr. Jan Schulze, eröffnete den 10. Sächsischen Ärztetag und hieß besonders willkommen Herrn Dr. Möckel, Präsident der Sächsischen Landestierärztekammer, Herrn Jung, Hauptgeschäftsführer der Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen, Herrn Dr. Bonz, Referatsleiter im Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie als Vertreter der Aufsichtsbehörde und Frau Zschoche, Referentin im Staatsministerium für Wirtschaft und Arbeit, die für die Versicherungsaufsicht der Sächsischen Ärzteversorgung verantwortlich zeichnet, Herrn Frank und Frau Auxel vom Wirtschaftsprüfungsunternehmen Bansbach, Schübel, Brösztel & Partner. Erstmals begann ein Sächsischer Ärztetag an einem Freitagnachmittag.

Arbeitstagung der Sächsischen Ärzteversorgung am 30. Juni 2000 – 11. erweiterte Kammerversammlung

Professor Dr. Schulze stellte zum Zeitpunkt der Eröffnung die Beschlussfähigkeit der erweiterten Kammerversammlung fest. Vierzehn Uhr waren 77 der gewählten 100 ärztlichen und 10 tierärztlichen Mandatsträger anwesend. Die Arbeitstagung der Sächsischen Ärzteversorgung wurde mit dem klaren und kompetent vorgetragenen **Tätigkeitsbericht 1999 des Vorsitzenden des Verwaltungsausschusses**, Herrn Dr. Manfred Halm, eingeleitet.

„Sehr geehrter Herr Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, sehr geehrter Herr Präsident der Sächsischen Landestierärztekammer, liebe ärztliche und tierärztliche Mandatsträger, verehrte Vertreter der Aufsichtsbehörden, verehrte Gäste!

Mit der heutigen erweiterten Kammerversammlung schließt die Sächsische Ärzteversorgung (SÄV) ihr achtetes Geschäfts-

jahr ab, und ihre Gremien, Aufsichtsausschuss und Verwaltungsausschuss, beenden ihre zweite Legislaturperiode.

Wie schon in den vergangenen Jahren ist es auch heute eine angenehme Aufgabe für mich, Ihnen über die Resultate des letzten Geschäftsjahres, auch im Vergleich zu vorangegangenen Jahren und unter Bezug auf die ersten Monate des laufenden, des neunten, zu berichten.

Der Geschäftsbericht 1999 stellt in noch unverändertem Outfit anhand umfangreichen und geprüften Zahlenmaterials die Entwicklung der Versorgungseinrichtung dar, so dass ich mich auf Ergänzung und Kommentierung konzentrieren kann. Die Sächsische Ärzteversorgung zahlt gegenwärtig an 578 Leistungsempfänger eine reichliche halbe Million DM an monatlichen Renten.

Betrachtet man die einzelnen Leistungssegmente, so wird mit dem achten Geschäftsjahr überzeugend erkennbar, daß die Altersversorgung der Berufsstandsangehörigen die Haupttrichtung des Versorgungsauftrages darstellt. Noch deutlicher wird das im I. Quartal dieses Jahres: hier ist das Segment Altersruhegeld auf 54,2 % der Gesamtsumme gestiegen, während es für das Gesamtjahr 1999 noch 45,8 % ausmachte.

Zum Jahreswechsel erhielten 262 unserer Mitglieder Altersruhegeld. Das waren 108 mehr als zu Jahresbeginn. Interessant dabei ist, daß es sich bei mehr als der Hälfte von ihnen um Ärztinnen und Tierärztinnen handelt, die den Sonderpassus des § 45 SSÄV nutzten, um abschlagsfrei vorgezogene Zahlungen zu erhalten.

Bis zum Ende des vergangenen Monats ist die Zahl der Altersruhegeldempfänger nochmals um 87 Personen gestiegen.

Nachdem aus meinem unmittelbaren Tätigkeitsumfeld Kollegen von aktiven Ärzten zu Ruhegeldempfängern „mutiert“ sind, erhielt ich bestätigt, dass die Formalien bei der SÄV denkbar einfach sind und mitgliederfreundlich ablaufen.



Dr. Manfred Halm

Vergleicht man die in Tabelle 7 des Geschäftsberichtes wiedergegebene Altersstruktur mit den Gegebenheiten des Vorjahres, so ist zu sehen, dass wir im laufenden Jahr mehr als die doppelte Zahl an potentiellen Empfängern von obligatorischem Altersruhegeld haben. Die Zahl der Ärzte und Tierärzte, die in den kommenden vier Jahren die Bedingungen für den Bezug von obligatorischem Altersruhegeld erfüllen, ist im Vorjahresvergleich um 21 % angewachsen.

Auch bei den Damen hat die Altersgruppe der zum Stichtag 60- bis 64jährigen um 31 % zugenommen. Wie viele von ihnen vorgezogenes oder Altersruhegeld gemäß § 45 SSÄV beziehen werden, ist nicht zu berechnen. Dass die Zahl der Altersruhegeldempfänger bis zum Jahre 2004 auf mehr als die dreifache Größe von jener zum Jahresultimo 1999 anwachsen wird, erscheint aber sicher.

Wie stellen sich die Verhältnisse beim Ruhegeld wegen Berufsunfähigkeit (BU) dar?

In acht Geschäftsjahren flossen 26,4 % der gesamten Leistungssumme in dieses Segment. 1999 betrug der Anteil wegen der bereits erwähnten Zunahme der Altersversorgung noch 21,8 %, und im I. Quartal 2000 ist ihr Anteil auf 17,1 % der Gesamtleistungsquote zurückgegangen.

10. Sächsischer Ärztetag/ 22. Kammerversammlung

30. Juni 2000/
1. Juli 2000

Von insgesamt 67 Angehörigen beider Berufsstände, an die seit 1992 BU-Ruhegeld eingewiesen worden war, erhielten diese Leistung zum Geschäftsjahreschluß noch 51 Personen, denn ein Mitglied ist wieder ärztlich tätig, bei zwei Mitgliedern wird in der Zwischenzeit Altersruhegeld gezahlt, und 13 berufsunfähige Mitglieder sind verstorben.

Analysiert man die Berufsunfähigkeitsdiagnosen, so wird die Schwere der Erkrankungen unter anderem an der Häufigkeit der Tumorleiden deutlich, und die bereits erwähnte hohe Letalitätsrate unterstreicht diese Gegebenheiten.

Anläßlich von Informationsveranstaltungen bei Kreisärztekammern wird immer wieder einmal die Frage gestellt, von wieviel Prozent BU an die Sächsische Ärzteversorgung denn eine Rente zahlt. Diese Frage ist dem Fragesteller in der Regel suggeriert worden. Es ist allgemein geläufig, dass bei Versorgungswerk und privatem Versicherer nur das Wort „Berufsunfähigkeit“ deckungsgleich ist. Versorgungswerke haben der Mitgliedschaft keinerlei Gesundheitsprüfung vorangestellt. Aber sie gehen vom niedergelassenen Mitglied aus, das BU-bedingt seine Praxis nicht mehr betreiben kann. Berufsunfähig ist, wer keine der ihm auf Grund seiner Ausbildung möglichen Tätigkeiten mehr ausüben kann.

Das OVG Münster hat gesagt, daß BU dann vorliegt, „wenn dem Mitglied jedwede ärztliche Tätigkeit zur Einkommenserzielung, bei der die ärztliche Vorbildung ganz oder teilweise verwendet werden kann, nicht mehr möglich ist.“

In unmittelbarem Zusammenhang damit steht auch die sogenannte Verweisungsmöglichkeit bzw. deren Ausschluss. Es kann bei krankheitsbedingter Unfähigkeit, die bisherige ärztliche/tierärztliche Tätigkeit auszuüben, immer nur auf jene andere Tätigkeiten verwiesen werden, bei deren Ausübung sich Kammermitgliedschaft und daraus abgeleitet Versorgungswerkmitgliedschaft ergibt. Oder anders ausgedrückt: Es muß sich um

eine Tätigkeit handeln, die von der BfA als Befreiungstatbestand gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI akzeptiert wird.

Von 12 abgelehnten Anträgen auf Anerkennung wegen Berufsunfähigkeit sind drei Berufsstandsangehörige gar kein Versorgungswerkmitglied geworden, und bei neun Anträgen konnten die vom Mitglied vorgelegten Gutachten die BU nicht nachweisen. Zwei Mitglieder reichten qualifizierte Gutachten nach, die zur BU-Anerkennung und Ruhegeldeinweisung führten. Verweisungen hat es in keinem Fall gegeben.

Noch kurz zum dritten Leistungssegment, der Hinterbliebenenversorgung und in diesem Zusammenhang zu den einzelnen Zahlungshöhen:

Mit den 19 Sterbefällen im vergangenen Geschäftsjahr hatte die Sächsische Ärzteversorgung insgesamt den Tod von 120 Mitgliedern zu beklagen. Sie waren im Durchschnitt 49 Jahre alt und hinterließen 75 leistungsberechtigte Witwen und Witwer.

Die Gesamtsumme der für das Jahr 1999 gezahlten Beiträge im Vorjahresvergleich hat sich erstmals negativ entwickelt. Sie war um 0,22 %, kleiner als im Vorjahr.

Was sind die Ursachen dafür?

Der Wirtschaftsprüfer konstatiert in seinem Prüfbericht:

Der Rückgang „resultiert einerseits aus gesunkenen Einkommen der zu veranlassenden Ärzte sowie aus dem gegenüber dem Vorjahr gesunkenen Beitragssatz.“

Dem ist eigentlich nichts hinzuzufügen. Hinsichtlich des Beitragssatzes ist daran zu erinnern, dass er mit Beginn des II. Quartales 1999 niedriger war und sich für das Gesamtjahr zu 19,7 % ergab. Diese Verringerung war auch über die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze (BBG) nicht komplett auszugleichen. Auch hielt die Einkommensentwicklung mit dieser Anhebung nicht Schritt, so daß 7,3 % der Mitglieder, die mit ihrem Einkommen 1998 noch die BBG erreicht hatten, 1999 unter ihr blieben.

Vergleicht man die Entwicklung des Angestelltenhöchstbeitrages in der gesetzlichen Rentenversicherung mit der Entwicklung des Durchschnittsbeitrages der Sächsischen Ärzteversorgung, so erkennt man gleichgerichtete Veränderungen und für das Jahr 1999, wie schon im Vorjahr, einen Tatbestand, den der Versicherungsmathematiker als „negative Beitragsproduktivität“ bezeichnet.

Die Analyse der Beitragsrücküberweisungen zeigt, daß deren größter Teil durch Einkommensrückgänge, insbesondere durch eine schlechtere Ertragslage bei den Kassenärzten, zustande kam. Insgesamt ergaben sich im Berichtsjahr Beitragsrückzahlungen an 133 Mitglieder in einem Gesamtvolumen von 1,3 Mio. DM.

Negative Beitragsproduktivität bedeutet: Der Durchschnittsbeitrag ist im Vergleich zum Vorjahr niedriger ausgefallen, und zwar um 2,29 %.

Die Beitragsentwicklung ist letztlich immer ein Ausdruck der wirtschaftlichen Situation des Berufsstandes, denn verminderte Nettoeinkünfte beeinträchtigen die Beitragsfähigkeit der Mitglieder.

An einem Beispiel will ich mögliche Auswirkungen rückläufiger Beiträge zu erläutern versuchen:

Hat man sich entschlossen, für den Kauf einer Leistung oder eines Produktes regelmäßig bestimmte Beträge anzusparen, und muss man diese Beträge innerhalb der vorgesehenen Zeit reduzieren, so wird sich zwangsläufig die Leistung vermindern, die man kaufen wollte, oder das Produkt wird kleiner. Die geplante Reise nach Neuseeland wird zum Tagesausflug oder statt eines neuen BMW gibt es nur einen gebrauchten Polo.

Ganz so drastisch wirkt sich der Rückgang des Durchschnittsbeitrages nicht aus. Um aber die laufenden Leistungen und die zugesagten Anwartschaften nicht vermindern zu müssen und außerdem den Verpflichtungen nachkommen zu können, die sich aus den „berufsständischen Richttafeln 97“ ergeben, mußten deutliche Anstrengungen unternommen

werden, auf die später noch einzugehen ist.

Ohne den Darstellungen unseres Versicherungsmathematikers vorgeifen zu wollen, kann ich Ihnen sagen, dass wir für den 1. 1.2001 ohne Leistungskürzungen eine Nulldynamisierung vorschlagen können.

Berechnet man die durchschnittliche Dynamisierungsquote, so zeigt sich, daß diese „Nullrunde“ nicht ins Gewicht fällt. Mit einer Zurückhaltung von Dynamisierungspotential aus vergangenen Geschäftsjahren wären natürlich eine Vermeidung der Null und eine gleichmäßigere Dynamisierung möglich gewesen.

Zurückhaltung ist aber auch gleichzusetzen mit Vorenthaltung, für die es keine Rechtfertigung gibt.

George Bernard Shaw hat einmal gesagt: „Als ich jung war, dachte ich immer, Geld sei das wichtigste im Leben. Jetzt, da ich alt bin, weiß ich, dass es stimmt.“ Weil das offenbar tatsächlich so ist, machen die Versorgungswerke etwas, was jedem einzelnen hinsichtlich privater Altersvorsorge immer wieder empfohlen wird. Sie legen Geld für die Zukunft kapitalbildend zurück.

Sie konnten mitverfolgen, wie das Anlagevermögen in den vergangenen Jahren gewachsen ist. Das ist ein Grund zur

Beruhigung und zur Freude. Bei solchem Vermögen besteht natürlich auch die Gefahr, Begehrlichkeit gegenüber dem „reichen Versorgungswerk“ zu wecken. Meine Damen und Herren, Sie wissen, dass das Anlagevermögen fast gleichzusetzen ist mit dem sogenannten Deckungsstock. Das bedeutet, dass diesem Vermögen zugesagte Leistungen gegenüberstehen. Es sei an den § 7 der SSÄV erinnert, der im Satz 2 sagt: „Die Mittel dürfen nur zur Bestreitung der satzungsgemäßen Leistungen und der notwendigen Verwaltungskosten verwendet werden.“

Die Entwicklung der Kapitalerträge läßt bei genauer Betrachtung von 1998 zu 1999 eine über dem Durchschnitt liegenden

10. Sächsischer Ärztetag/ 22. Kammerversammlung

30. Juni 2000/
1. Juli 2000

den Zunahme erkennen. Ich hatte bereits gesagt, dass sich der Durchschnittsbeitrag im Berichtsjahr negativ entwickelt hat und wir zur Vermeidung von Leistungskürzungen Maßnahmen ergreifen mußten. Wir haben zu diesem Zwecke Kursgewinne realisiert, die ihren Ausdruck in einem deutlichen Ertragsanstieg im Vorjahresvergleich finden.

Die Entwicklung der sogenannten Kaufrendite der von uns erworbenen Rentenscheine zeigt, dass wir die Talsohle 1999 erreicht hatten. In diesem Jahr liegen 10jährige Papiere zwar auch noch nicht generell über der 6%-Marke, aber wir haben sie zumindest schon dreimal erreicht.

Performance-Vergleiche zwischen Zinspapieren und Aktien fallen langfristig zugunsten der Aktie aus. Der Börsenguru Kostolany hat diesen Umstand so ausgedrückt: „Wer gut essen will, kauft Schatzbriefe, wer gut leben will, investiert sein Geld in Aktien.“ Nach Angaben der Bundesbank hat sich der Kurswert von Aktien seit 1990 etwa verdreifacht. Denken Sie nur einmal, wir hätten Anfang 1996 unser gesamtes Vermögen in den 30 DAX-Werten angelegt. Der DAX stand damals bei 2.267. Bei passivem Management wäre das SÄV-Vermögen auf 308 % angewachsen. Auch die direkte Investition in ausgewählte Einzelwerte hätte in den letzten Jahren enorme Kurszuwächse gebracht, aber gleichzeitig auch das Risiko deutlich erhöht.

Steigen am Kapitalmarkt die Zinsen, dann müssen mitunter auf Papiere im eigenen Bestand, die mit niedrigem Kupon gekauft wurden, Abschreibungen vorgenommen werden. Diese Abschreibungen werden immer als unangenehm empfunden, obwohl sie lediglich buchmäßige Verluste darstellen. Wird das Papier bis zur Endfälligkeit gehalten, dann gleicht sich dieser Verlust komplett aus. Bei Aktien gibt es hingegen keine Endfälligkeit. Ein Kursverlust kann auf diese Weise nicht ausgesessen werden. Wir haben deshalb in unseren Kapitalanlage-



Das Präsidium: Dr. Hans-Dieter Simon, PD Dr. Ulf Herrmann, Dr. Manfred Halm, Prof. Dr. Jan Schulze, Frau Angela Thalheim, Dr. Wolf-Dietrich Kirsch, Prof. Dr. vet. Hans-Peter Schwerg (v. l. n. r.)

Richtlinien fixiert, die Investition in Aktien ausschließlich über Spezialfonds zu regulieren. In den gemischten Fonds wurde der Aktienanteil immer stärker gewichtet, und so betrug die Aktienquote zum Geschäftsjahresende 1999, gemessen am Gesamtvermögen der Sächsischen Ärzteversorgung, 12,34 %. Vier Monate später waren knapp 19 % des Gesamtvermögens über die Fonds in Aktien investiert.

Die im Jahr 1999 vorgenommenen Ausschüttungen sind natürlich nicht verbraucht worden, sie sind in den Fonds verblieben. Die Beträge waren vor der Ausschüttung im Kurswert erfasst und haben nun den Buchwert des jeweiligen Fonds erhöht.

Am Rande sei in diesem Zusammenhang erwähnt, dass wir am Anfang dieses Jahres 1,87 % des Gesamtvermögens einem mit anderen Versorgungseinrichtungen aufgelegten Immobilien-Spezialfonds zugeführt haben.

Der Liquiditätsplan 2000 weist natürlich auch für das laufende Jahr noch Anlagebedarf aus. Wir haben uns vorgenommen, den Anteil der Investitionen in Sachwerte, unter Beachtung der Vorgaben durch das Versicherungsaufsichtsgesetz, noch weiter zu steigern.

Welcher der drei Fonds ist nun aber der geeignete? Sollte man vor weiteren Mit-

telzuführungen einen der Fonds in einen reinen Aktienfonds und in einen Rentenfonds splitten? Sollte man aus den mehr als 50 Kapitalanlagegesellschaften (KAG), die bereits Spezialfonds managen, eine weitere auswählen und einen vierten Fonds auflegen? Wie sollte im letztgenannten Fall das neue Mandat vergeben werden und in welche Asset-Klassen sollte der neue Fonds investieren?

Angeregt durch die Arbeitsgemeinschaft Berufsständischer Versorgungswerke (ABV) haben wir uns mit einer weiteren Professionalisierung des Anlage-Managements auseinandergesetzt und folgendes eingeleitet:

1. Das Gesamtvermögen der SÄV wird sowohl von einer Bank als auch durch eine befreundete Versorgungseinrichtung, die über die entsprechenden Tools verfügt, hinsichtlich Struktur, Risiko usw. bewertet. Abgeleitet werden soll eine strategische Asset-Allocation, also eine Soll-Struktur der Kapitalanlagen.
2. Bereits in den 80er Jahren haben in den angelsächsischen Ländern die Dienstleistungen von Consultants an Bedeutung gewonnen. Wir hatten Anfang dieses Jahres drei dieser Firmen zu einer Präsentation eingeladen und einen der Advisors mit der Nachevaluierung unserer Spezialfonds bzw. der zugehörigen Kapitalanlagegesellschaften beauftragt.

Die interessanten Analyseergebnisse, die dem alten Verwaltungsausschuss (VA) zu seiner letzten Beratung präsentiert wurden, zeigen, dass sich die Performance unter anderem durch Strukturänderungen steigern läßt. Sicher wird sich der neue VA in einer seiner ersten Beratungen mit den abgeleiteten Empfehlungen befassen und vielleicht auch dem Vorschlag folgen, zu Beginn des kommenden Jahres ein weiteres Mandat für einen neuen Fonds zu vergeben. Mit den Schlussfolgerungen aus der Fondsbeurteilung, den zu erwartenden Resultaten aus der Vermögensstrukturanalyse und den vom VA überarbeiteten und kürzlich durch den Aufsichtsausschuß beschlossenen Kapitalanlage-Richtlinien sind die Weichen zur zukünftigen Ertragsoptimierung aus dem angelegten Kapital gestellt. Bedenken Sie bitte, dass eine Ertragssteigerung um rund 0,3 % beim gegenwärtigen Kapital die Verwaltungskosten komplett auszugleichen vermag.

Herr Präsident, meine verehrten Damen und Herren, sicher sollte ich auch wieder etwas über die ganz alltäglichen Aktivitäten berichten, um das Bild abzurunden. Messbares ist rasch aufgezählt:

Da waren 11 Beratungen des Verwaltungsausschusses, in denen BU-Anträge, die Situation am Kapitalmarkt, der Stand der Bearbeitung eingegangener Erhebungsbögen, der Umfang der Beitragsstundungen, die Resultate des Wirtschaftsprüfers, die Vorbereitung des Jahrtausendwechsels und die Euro-Einführung sowie die damit verbundene Ausrüstung der Software beraten wurden. Zur Verbesserung im Leistungsbereich richtete der VA eine Arbeitsgruppe „Berufsunfähigkeit“ ein. Die der Arbeitsgruppe angehörenden vier Ärzte aus unterschiedlichen Fachbereichen und die Geschäftsführerin treffen sich in der Regel unmittelbar vor der Beratung des VA, sichten Anträge und Gutachten, um dann dem VA die Einzelfälle zur Entscheidung vorstellen zu können. Sechsmal fanden Anlageausschusssit-

zungen statt. Das heisst, wir als institutionelle Anleger trafen uns mit Vertretern der zum jeweiligen Fonds gehörenden Depotbank und dem Fondsmanager, um das Anlageresultat mit der Benchmark zu vergleichen, Zufriedenheit oder Kritik zu äußern und anhand der Markteinschätzung Festlegungen für die folgenden sechs Monate zu treffen.

Im vergangenen Jahr folgten wir der Einladung von zwei Kreisärztekammern, und in diesem Jahr waren wir in Ostsachsen, um dem Informationsbedürfnis der dortigen Kolleginnen und Kollegen nachzukommen und über die Situation der berufsständischen Versorgung in Deutschland und die Entwicklung der SÄV zu berichten.

Eine Broschüre, speziell für AiP, wurde 1999 aktualisiert und den sich Anmeldenden der genannten Zielgruppe ausgehändigt.

Um auch schon die Studenten des fünften und sechsten Studienjahres zu erreichen, und sie für das Thema „berufsständische Versorgung“ zu sensibilisieren, hatte ich einen offenen Brief verfasst. Leider schlugen die Bemühungen um eine Veröffentlichung in einer von den Studenten gelesenen Zeitung an den beiden sächsischen Fakultäten fehl.

Die aufgezählten Aktivitäten sind keineswegs ein Maß für den zeitlichen Aufwand, der mit der Tätigkeit verbunden ist, denn Satz 1 von § 5 Abs. 1 der Satzung lautet:

„Aufgabe des Verwaltungsausschusses ist die Führung der laufenden Geschäfte, soweit sie nicht durch die Satzung anderen Organen übertragen sind.“

Die Tätigkeit in der Versorgungseinrichtung pflöpft sich auf den beruflichen Alltag in Klinik oder Praxis auf, addiert sich zum Nachtdienst und ist natürlich auch am Abend und am Wochenende noch nicht beendet. Dann gilt es, Ausschusssitzungen vor- oder nachzubereiten, man muß sich mit Entwicklungen in der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) und Ansichten von Politikern dazu befassen, hat sich auch mit europa-recht-

lichen Fragen wie zum Beispiel der EG-Verordnung-Nr. 1408/71 auseinanderzusetzen und muss sich natürlich im Einmaleins der Bankfachleute üben, um auch dort die Mitgliederinteressen vertreten zu können. Ich habe das nur mal etwas deutlicher dargestellt, weil es ganz wenige Personen gibt, die meinen, mit einem Ehrenamt sei kein Aufwand verbunden. Wenn man die Tätigkeit in den beiden Ausschüssen so interessiert und intensiv wie ein Hobby betreibt, dann eignet man sich auch Sachkenntnisse an, und die ehrenamtliche Tätigkeit bringt neben der angedeuteten Mühe ebenso viel Freude und Befriedigung wie ein Hobby.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, wir befinden uns im neunten Geschäftsjahr. Die Zeit von neun oder zehn Jahren ist jedoch für eine emotionsfreie Bewertung des Erreichten zu kurz. Vor allem dann, wenn man sich durch eigenes Mittun von Beginn an mitten im Geschehen befunden hat.

Trotz dieses fehlenden zeitlichen Abstandes können wir feststellen, daß wir viel für den ärztlichen und tierärztlichen Berufsstand erreicht haben. Dass uns die ersten Schritte so rasch gelungen sind, lag auch daran, dass wir Hilfe aus etablierten Versorgungswerken erhielten. Wenn ich Namen wie Albrecht, Bialas, Dehler oder Ruppert nenne, so geschieht das ohne Anspruch auf Vollständigkeit, und die Reihenfolge ist mit Absicht alphabetisch und stellt keine Wertung dar. Vergessen ist die Unterstützung nicht, und wir sollten uns insbesondere dann daran erinnern, wenn andere unseres Rates bedürfen.

Ich hoffe, ich konnte Ihnen heute vermitteln, daß auch das Berichtsjahr und die ersten sechs Monate des Jahres 2000 für die SÄV erfolgreich verlaufen sind. Die dargestellten Resultate wären ohne den Fleiß der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, mit der Geschäftsführerin, Frau Thalheim, an der Spitze, von den Ehrenamtlern allein nicht zu erzielen gewesen. Ich bedanke mich ganz herzlich für ein

10. Sächsischer Ärztetag/ 22. Kammerversammlung

30. Juni 2000/
1. Juli 2000

weiteres Jahr guter Zusammenarbeit und das Verständnis für die Besonderheiten unserer Mitglieder. Mein Dank gilt auch wieder meinen Kollegen vom Verwaltungsausschuss, die mir auch in komplizierten Situationen mit Sachkenntnis und Loyalität zur Seite standen.

Anlässlich der Aufsichtsausschusssitzungen 1999 und 2000 habe ich die zahlreichen Fragen nie als lästig empfunden und immer gern beantwortet, waren sie doch Ausdruck dafür, daß es uns um gleiche Ziel geht. Ich danke den Mitgliedern des Aufsichtsausschusses für die konstruktive und vertrauensvolle Zusammenarbeit.

Gestatten Sie mir bitte noch ein Wort zu dem, was uns in den nächsten Monaten und Jahren erwarten könnte:

■ Zu den Beitragssätzen: Die veröffentlichten Zahlen hierzu variieren ständig. Noch im Oktober 1999 wurde von der Bundesregierung eine Verringerung auf 18,9 % im kommenden Jahr und auf 18,8 % im Jahr 2002 angenommen. Zusätzliche Mittel aus der Öko-Steuer sollten diese Absenkung ermöglichen. Nach dem Rentenversicherungsbericht 1999 lagen die Zahlen jeweils 1/10 höher, und nach Veröffentlichungen vom vergangenen Monat prognostiziert der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) nach eigenen Berechnungen für 2001 einen unveränderten Beitragssatz von 19,3 %, der ein Jahr später auf 19,1 % zurückgeht.

■ Dieses Zahlenspiel ließe sich noch eine Weile fortsetzen. Es bestätigt sich auch hier die Richtigkeit des Satzes von Joseph Abs, der sagte: „Prognosen sind immer dann besonders schwer, wenn sie in die Zukunft gerichtet sind.“

■ Über die Entwicklung der Beitragsbemessungsgrenzen (BBG) findet man kaum mal eine Veröffentlichung. In einem Mitte März 2000 vorgestellten Thesenpapier des Managerkreises der Friedrich-Ebert-Stiftung wird im Zusammenhang mit dem radikalen Umbau der Sozialversicherung eine Senkung der BBG zur GRV um ein Drittel in den kom-

menden beiden Jahrzehnten gefordert.

■ Im Gutachten des Sozialbeirates zum Rentenversicherungsbericht 1994 war man für Modellrechnungen davon ausgegangen, daß die Löhne in den NBL im Jahre 2000 90 % und ab 2010 100 % des Lohnniveaus West erreichen. Das hätte dann auch eine einheitliche BBG bedeutet. Vielleicht wird aber auch die BBG schon früher vereinheitlicht. Zwei Regelungen legen diese Vermutung nahe:

1. Bis zum 31.03.1999 existierte in der GRV ein Mindestbeitrag Ost. Seit 1. April 1999 gibt es nur noch einen einheitlichen höheren Mindestbeitrag für Ost und West.

2. Mit dem Gesundheitsreformgesetz 2000 wird es ab Januar 2001 in der Gesetzlichen Krankenversicherung eine einheitliche BBG für die Beitragszahler in Ost und West geben. Der monatliche Arbeitnehmer- und Arbeitgeber-Anteil steigt für die Versicherten in den neuen Bundesländern an und reduziert das durchschnittliche Nettoeinkommen.

Was ist noch an Veränderungen zu erwarten, die uns betreffen?

Ob in Sachsen ein eigenständiges Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) geplant ist, in dem die Belange aller sächsischen Versorgungswerke reguliert werden, könnte uns vielleicht die Vertreterin der Versicherungsaufsicht beantworten. Wünschen würde ich mir ein solches Gesetz aus mancherlei Gründen.

Vom vorgesehenen Aufbau einer zusätzlichen kapitalgedeckten Alterssicherung, wie sie jetzt zur Debatte steht, werden auch die Versorgungswerke tangiert

1. indirekt, weil die Beitragshöhe zur GRV gedeckelt werden soll. Im Gespräch sind 20 % bis zum Jahre 2020 bzw. weniger als 22 % bis 2030. Durch die Beitragszahlung zur zusätzlichen kapitalgedeckten Rente sinken die Nettoeinkommen und als Folge davon Rentenniveau und Rentenausgaben. Der Beitragssatz kann also niedriger gehalten werden.

2. Mit der Festlegung, welche Altersver-

sorgungsformen für die Förderung geeignet sind, fällt eventuell die Entscheidung darüber, ob der Einstieg in die nachgelagerte Besteuerung zunächst nur für Systeme der zweiten und dritten Säule der Alterssicherung erfolgt oder sich primär auch auf Einrichtungen der ersten Säule, der die Versorgungswerke angehören, erstrecken kann.

Auch das von der rot-grünen Regierung vorgesehene Gesetz über gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaften wird in unserer Satzung seinen Niederschlag finden müssen.

Meine verehrten Damen und Herren, es gäbe noch eine Vielzahl an Berichtenswertem, wie zum Beispiel die EG-Verordnung Nr. 1408 aus dem Jahre 1971, nach der das Sozialversicherungsrecht der Mitgliedsstaaten harmonisiert wird. Berufsständische Versorgung ist aber nicht Sozialversicherung, und deshalb noch ausgenommen. Trotzdem kommen wir an der Verordnung nicht vorbei. ABV beschäftigt sich intensiv damit, eine abgestimmte Integration zu erreichen. Mehr will ich aber heute nicht dazu sagen, denn wir haben noch eine Menge vor. Es sei mir aber gestattet, etwas zur bevorstehenden Wahl des neuen Verwaltungsausschusses und des neuen Aufsichtsausschusses zu sagen:

Die SÄV gleicht – mit gewissen Einschränkungen – einem Wirtschaftsbetrieb. Sie verwaltet das aus den Beiträgen ihrer Mitglieder stammende Vermögen und legt dieses gewinngenerierend an. Sie betreut 12.200 Mitglieder beider Kammern und über deren Tod hinaus deren Angehörige.

Es kommt also auf Kontinuität der Sachkenntnisse bei den Gremien der Selbstverwaltung an. Und, wenn ich Kontinuität sage, dann denke ich auch schon an Voraussetzungen, die in fünf Jahren erfüllt sein sollten, wenn dann wieder eine neue Legislatur beginnt.

Ich habe mit allen VA-Mitgliedern und deren Stellvertretern hinsichtlich einer Wiederwahl gesprochen und alle waren

zur Fortsetzung der Mitarbeit bereit. Darüber habe ich mich sehr gefreut und bedanke mich an dieser Stelle ganz herzlich dafür. Mit Blick auf die übernächste Legislatur und die damit verbundene Notwendigkeit, jüngere Berufsstandsangehörige in die Vielfalt der Aufgaben einer Versorgungseinrichtung hineinwachsen zu lassen, bin ich Herrn Kollegen Knoblauch und Herrn Kollegen Kirsch für ihren Verzicht auf eine erneute Kandidatur sehr verbunden. Beide Herren haben sich um den Aufbau der Sächsischen Ärzteversorgung große Verdienste erworben.

Zur ersten Sitzung des Gründungsausschusses am 2. Juni 1990 lud damals Herr Dr. Knoblauch ein, und Herr Chefarzt Dr. Kirsch gehörte zu den Eingeladenen.

Mit den Herren Knoblauch und Kirsch scheiden zwei Ehrenamtler aus dem VA aus, die zu den unermüdlichen Gründungsmitgliedern zählen. Ich bedanke mich ganz herzlich für die Jahre angenehmer und vertrauensvoller Zusammenarbeit und freue mich auf das weitere Engagement, zum Beispiel in der Arbeitsgruppe „Berufsunfähigkeit“.

Der alte VA hat sich seit längerer Zeit Gedanken über einen Wahlvorschlag für den neuen VA gemacht und diesen Vorschlag am 14. Juni 2000 beschlossen. Der tierärztliche Vertreter im VA und sein Stellvertreter sind ebenso wie die neuen und alten Aufsichtsausschussmitglieder mit den Tierärzten abgestimmt. Sie wissen, dass wir durch Satzung bestimmte Vorgaben für die Zusammensetzung der Gremien einzuhalten haben. Das macht die Wahl etwas zeitaufwendig. Sie wissen auch, dass der neue Verwaltungsausschuß erst anlässlich seiner ersten Sitzung aus seiner Mitte den neuen Vorsitzenden wählt. Trotzdem will ich Ihnen sagen, daß ich zwar zur Wahl in den VA, aber nicht mehr als deren Vorsitzender zur Verfügung stehe. Sollte ich gewählt werden, dann will ich dem neuen Vorsitzenden jederzeit gern unterstützend zur Verfügung stehen.“

Da kein Diskussionsbedarf nach den eindeutigen und klaren Ausführungen von Herrn Dr. Halm bestand, schloss sich der **Tätigkeitsbericht des Aufsichtsausschusses der Sächsischen Ärzteversorgung** unmittelbar an, den der Vorsitzende des Ausschusses, Herr Dr. Hans-Dieter Simon, den Mandatsträgern der Sächsischen Landesärztekammer vortrug.

„Seit der letzten erweiterten Kammerversammlung 1999 erfolgte eine Sitzung des Aufsichtsausschusses am 17. Mai 2000. Es war die 17. Beratung seit der Gründung der Sächsischen Ärzteversorgung. Die Anzahl der Mitglieder war fast vollständig. Die Tagung war intensiv, und alle Mitglieder nahmen aktiv an der Beratung und Abstimmung der 12 Tagesordnungspunkte teil.

Nach der Protokollbestätigung der 16. Beratung 1999 berichtete Herr Knecht über die endgültigen versicherungsmathematischen Ergebnisse des Jahres 1999. Nach Aussprache mit Herrn Knecht erfolgte einstimmiger Beschluß über die Rentenbemessungsgrundlage und Rentendynamisierung 2001. Eine Dynamisierung zum 01. 01. 2001 ist nicht durchführbar. Herr Knecht informierte uns über das versicherungsmathematische Gutachten.

Der nächste Punkt war der Jahresabschluß 1999. Wir wurden durch Herrn Frank über die Entwicklung und Lage des Versorgungswerkes sowie über alle Geschäftsvorfälle im Jahre 1999 unterrichtet. Wir konnten die schriftlichen Unterlagen bereits vorher studieren. Der Aufsichtsausschuss empfiehlt der erweiterten Kammerversammlung die Feststellung des Jahresabschlusses 1999 und die Entlastung des Verwaltungsausschusses und der Verwaltung der Sächsischen Ärzteversorgung.

Der Aufsichtsausschuss beschließt einstimmig, mit der Prüfung des Jahresabschlusses 2000 wiederum die Firma Bansbach Schübel Brözstl und Partner zu beauftragen.



Dr. Hans-Dieter Simon

Der vorgelegte Geschäftsbericht 1999 wurde ausführlich mit Frau Thalheim, mit Frau Braun und Herrn Dr. Halm diskutiert. Der Geschäftsbericht wurde einstimmig bestätigt und liegt der erweiterten Kammerversammlung zur Beschlußfassung vor.

Die vorliegenden Satzungsänderungen wurde nach Besprechung mit Herrn Dr. Halm und Herrn Appelt für notwendig anerkannt und einstimmig beschlossen. Über den Haushaltsplan erhielten wir von Herrn Gläser einige Erläuterungen. Die geplanten Pflichtbeiträge liegen auf Vorjahresniveau, die größten Ausgabe-positionen sind die Pflichtleistungen, welche weiter ansteigen werden. Der Ihnen vorliegende Haushaltsplan wurde vom Aufsichtsausschuss einstimmig beschlossen.

Von Herrn Gläser und dem Leiter der Filiale Dresden der APO-Bank, Herrn Pecherz, wurden wir über die Kapitalanlagen informiert. Nach Diskussion bestätigte der Aufsichtsausschuss die überarbeitete Kapitalanlagerichtlinie.

Frau Thalheim informierte uns über Versorgungsleistungen der Sächsischen Ärzteversorgung im Überblick. Der Aufsichtsausschuß ist überzeugt von der positiven Leistung der Verwaltung unserer Ärzteversorgung.

Die Neuwahl des Aufsichtsausschusses ist heute erforderlich. Ich habe mit allen

10. Sächsischer Ärztetag/ 22. Kammerversammlung

30. Juni 2000/
1. Juli 2000

Mitgliedern und Frau Thalheim mit den Vertretern Kontakt aufgenommen. Wir legen Ihnen die Kandidatenliste vor. Selbstverständlich können Sie noch weitere Kandidaten vorschlagen. Informationen und Aussprachen sind möglich. Abschließend darf ich als Vorsitzender des Aufsichtsausschusses der erweiterten Kammerversammlung vorschlagen, allen geprüften und vorliegenden Beschlussvorlagen die Zustimmung zu erteilen.“

Beschlüsse der erweiterten Kammerversammlung am 30. Juni 2000

Die Mandatsträger der erweiterten Kammerversammlung fassten am 30. Juni 2000 folgende Beschlüsse:

Beschluss Nr. SÄV 1/00
Jahresabschluss 1999
(mit Jahresabschlussbilanz) (bestätigt)

Beschluss Nr. SÄV 2/00
Haushaltsplan 2001 (bestätigt)

Beschluss Nr. SÄV 3/00
Satzungsänderungen (bestätigt)

Beschluss Nr. SÄV 4/00
Rentenbemessungsgrundlage/Rentendynamisierung 2001 (bestätigt)

Nachfolgend werden die zur Veröffentlichung vorgesehenen Beschlüsse im vollen Wortlaut wiedergegeben:

Beschluss Nr. SÄV 1/00 – Jahresabschluss 1999

1. Die Tätigkeitsberichte des Verwaltungsausschusses und des Aufsichtsausschusses der Sächsischen Ärzteversorgung 1999 werden bestätigt.
2. Der Bericht über die Prüfung der Rechnungslegung für das Rechnungsjahr 1999 wird bestätigt.
3. Dem Verwaltungsausschuss, dem Aufsichtsausschuss und der Verwaltung der Sächsischen Ärzteversorgung wird Entlastung für das Geschäftsjahr 1999 erteilt.

Die Mitglieder der Sächsischen Ärzteversorgung können bei der Geschäftsstelle den Geschäftsbericht der Sächsischen Ärzteversorgung für das Jahr 1999 anfordern.

Beschluss Nr. SÄV 3/00 – Satzungsänderungen

Die 9. Satzung zur Änderung der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung vom 2. November 1991 wird im vollen Wortlaut als Mittelhefter im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 9/2000, Seite 417 bis 420, amtlich bekannt gemacht.

Beschluss Nr. SÄV 4/00 – Rentenbemessungsgrundlage/Rentendynamisierung 2001

1. Die Rentenbemessungsgrundlage für das Jahr 2001 beträgt wie für das Jahr 2000 70.481,00 DM.
2. Die am 31. Dezember 2000 laufenden Versorgungsleistungen werden zum 1. Januar 2001 nicht dynamisiert.

Wahl der Gremien der Sächsischen Ärzteversorgung

Unter der Leitung des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, Herrn Professor Dr. Jan Schulze, wurde die Wahl der Mitglieder des Verwaltungs-

ausschusses und des Aufsichtsausschusses in den späten Nachmittagsstunden des 1. Juni 2000 durchgeführt.

Wahlergebnisse

Verwaltungsausschuss

Nach § 5 Abs. 1 der SSÄV besteht der Verwaltungsausschuss aus dem Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer: Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
FA für Innere Medizin
TUD Medizinische Fakultät
Medizinische Klinik III
vertreten durch den Vizepräsidenten: Dr. med. Günter Bartsch
FA für Kinderheilkunde,
praktischer Arzt
eigene Praxis, Neukirchen
und acht weiteren Beisitzern, von denen fünf Beisitzer gewählt und drei Beisitzer bestellt werden. Das gleiche gilt jeweils für die Stellvertreter.

Aufsichtsausschuss

Nach § 4 Abs. 1 SSÄV besteht der Aufsichtsausschuss aus sieben Angehörigen der Landesärztekammer und zwei Angehörigen der Landestierärztekammer. Das gleiche gilt jeweils für die Stellvertreter.



Wahlen

Verwaltungsausschuss

ärztliche und tierärztliche Mitglieder	Stellvertreter
Dr. med. Manfred Halm FA für Chirurgie Städtisches Krankenhaus Dresden-Neustadt angestellter Arzt	Dr. med. Mathias Cebulla FA für Innere Medizin Robert-Koch-Klinik Leipzig angestellter Arzt
Dr. med. Steffen Liebscher FA für Innere Medizin eigene Praxis, Aue niedergelassener Arzt	Dr. med. Thomas Benusch FA für Urologie eigene Praxis, Neustadt niedergelassener Arzt
Prof.Dr.med.vet. Hans-Peter Schwerg FTA für Rinder Ruhestand Angehöriger der Landestierärztekammer	Dr. med. vet. Barbara Strohbach eigene Praxis Torgau niedergelassene Tierärztin Angehörige der Landestierärztekammer
Dr. med. Helmut Schmidt FA für Kinderheilkunde Klinikum Hoyerswerda angestellter Arzt	Bettina Pfannkuchen FÄ für Allgemeinmedizin eigene Praxis, Dresden niedergelassener Arzt
PD Dr. med. Ulf Herrmann FA für Chirurgie Städtisches Krankenhaus Dresden-Neustadt angestellter Arzt	Dipl.-Med. Siegfried Heße FA für Orthopädie eigene Praxis, Dresden niedergelassener Arzt

bestellte Mitglieder

bestellte Mitglieder	Stellvertreter
Jurist Rechtsanwalt Hartmut Kilger Mitglied der Anwaltskanzlei Kilger & Kilger, Hechingen	Rechtsanwalt Jürgen Eckhardt Mitglied der Anwaltskanzlei Eckhardt & Göritz, Stuttgart
Diplom-Mathematiker Dipl.-Math. Hans-Jürgen Knecht Wirtschaftsprüfer und Aktuar, Düsseldorf	Dr. Andreas Jurk Dipl.-Math., Aktuar Düsseldorf
Bankfachmann Raimund Pecherz Filioldirektor Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Dresden	André Schuffenhauer Kundenbetreuer Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Dresden

Aufsichtsausschuss

ärztliche und tierärztliche Mitglieder	Stellvertreter
Dr. med. Johannes Voß FA für Chirurgie St.-Joseph-Stift Dresden angestellter Arzt	Dr. med. Rudolf Marx FA für Pädiatrie Landratsamt Mittweida angestellter Arzt
Dr. med. Claudia Kühnert FÄ für Allgemeinmedizin eigene Praxis, Chemnitz niedergelassene Ärztin	Dipl.-Med. Ingolf Schmidt praktischer Arzt eigene Praxis, Oßling niedergelassener Arzt
Prof. Dr. med. vet. Eberhard Grün FTA für Physiologie Universität Leipzig angestellter Tierarzt Angehöriger der Landestierärztekammer	Dr. med. vet. Gudrun Preuß FTÄ für tierärztl. Allgemeinpraxis FTÄ für Schweine niedergelassene Tierärztin Angehörige der Landestierärztekammer
Dr. med. Karl-Friedrich Breiter FA für Innere Medizin Krankenhaus Dippoldiswalde angestellter Arzt	PD Dr. med. Frank Koban FA für Innere Medizin Städtisches Krankenhaus Dresden-Neustadt angestellter Arzt
Dr. med. Brigitte Herberholz FÄ für HNO eigene Praxis, Geringswalde niedergelassene Ärztin	Dr. med. Volker Kohl FA für Haut- und Geschlechts-Krankheiten eigene Praxis, Zittau niedergelassener Arzt
TA Günter Elßner FTA für Geflügel prakt. Tierarzt, Görlitz niedergelassener Tierarzt Angehöriger der Landestierärztekammer	Dr.med.vet. Günter Albert FTA Mikrobiologie/Pathologie Landesuntersuchungsanstalt Leipzig angestellter Tierarzt Angehöriger der Landestierärztekammer
Dr. med. Hans-Dieter Simon FA für Chirurgie Ruhestand	Thomas Töpolt Assistenzarzt St.-Joseph-Stift, Dresden angestellter Arzt
Prof.Dr.med. Wolfram Behrendt FA für HNO/Phoniatrie Ruhestand	Doz. Dr. med. Liebold FA für Innere Medizin Parkkrankenhaus Leipzig-Dösen angestellter Arzt
Prof.Dr.med. Eberhard Keller FA für Kinderheilkunde Universität Leipzig, Kinderklinik angestellter Arzt	Ortwin Klemm FA für Neurologie und Psychiatrie eigene Praxis, Dresden niedergelassener Arzt

10. Sächsischer Ärztetag/ 22. Kammerversammlung

30. Juni 2000/
1. Juli 2000

Der neue Verwaltungsausschuss wählt in seiner konstituierenden Sitzung am 19. 7. 2000

Herrn Dr. med. Helmut Schmidt zum Vorsitzenden und Herrn Dr. med. Manfred Halm zum stellvertretenden Vorsitzenden.

Die konstituierende Sitzung des neuen Aufsichtsausschusses findet zu einem späteren Zeitpunkt statt.

Dr. med. Schmidt	Thalheim
Verwaltungsausschuss	Geschäftsführerin
Vorsitzender	

Abendveranstaltung

Zur festlichen Abendveranstaltung konnte der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer Herr Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer; Herr Ministerialdirigent Diplom-Mediziner Albrecht Einbock, Leiter der Abteilung Gesundheitswesen im Sächsischen Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie, sowie die Mandatsträger und Gäste herzlich begrüßen.

Totenehrung

Die Anwesenden des Sächsischen Ärztetages gedachten wie in jedem Jahr derjenigen Ärztinnen und Ärzten unserer Sächsischen Landesärztekammer, die seit dem 9. Sächsischen Ärztetag 1999 verstorben sind. In der **Totentafel** – Seite 436 dieses Heftes – sind die Namen der Verstorbenen aufgeführt.

Alle Teilnehmer des 10. Sächsischen Ärztetages erhoben sich zu Ehren der Verstorbenen von ihren Plätzen.

Wir werden diese Kolleginnen und Kollegen in guter Erinnerung behalten und ihnen ein ehrendes Andenken bewahren.

Verleihung der „Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille“ 2000

Die Stammväter deutscher Berufs- und Standespolitik Professor Dr. Hermann Eberhard Friedrich Richter aus Dresden und Dr. Hermann Hartmann aus Leipzig



Prof. Dr. Jan Schulze, Prof. Dr. Gunter Gruber, Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe und Prof. Dr. Rolf Haupt (v. l. n. r.)

haben ihre legitimen Erben im Freistaat Sachsen in der Sächsischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen gefunden.

Es ist eine ehrenvolle, mittlerweile fünfjährige Traditionen, Mitglieder unserer Sächsischen Landesärztekammer, die sich um die Ärzteschaft Sachsens und die ärztliche Selbstverwaltung besonders verdient gemacht haben, mit der Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille auszuzeichnen.

Auf Beschluss des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer verlieh der Kammerpräsident diese hohe Auszeichnung für besondere Verdienste bei der Gründung der Sächsischen Landesärztekammer und um die sächsische Ärzteschaft an

Frau Dr. med. Gisela Trübsbach, Dresden

Herrn Dr. med. habil. Heinz Brandt, Gneisenaustadt Schildau

Herrn Dr. med. Roland Endesfelder, Chemnitz

Frau Dr. med. Gisela Trübsbach hat ihre medizinische Ausbildung in Leipzig begonnen und 1966 in Dresden mit der Approbation abgeschlossen. 1967 wurde sie promoviert. Seit 1974 ist sie Fachärztin für Radiologie.

Nach der Wende hat Frau Dr. Trübsbach als neu gewählte ärztliche Direktorin in der Poliklinik Dresden-Strehlen die Kolleginnen und Kollegen überzeugt, dass alleine die selbstständige Niederlassung in einer Praxis den Weg in die Zukunft weisen kann.

Mit Zielstrebigkeit und Kontinuität ist sie seit 1995 in vorbildlicher Weise engagiert, bei Ärztinnen und Ärzten den Kammergedanken zu verankern und selbst aktiv für die Gestaltung der ärztlichen Selbstverwaltung in Kammer und Kassenärztlicher Vereinigung zu wirken. Als Vertreterin der neuen Bundesländer wurde sie in den Vorstand des Radiologischen Berufsverbandes berufen. Sie hat die Auswirkungen der glücklosen Gesundheitsreformen von Seehofer bis Fischer mit wacher Kritik begleitet und insbesondere die negativen Auswirkungen auf die neuen Bundesländer zum Anlass genommen, sich im Bündnis Gesundheit 2000 in vorderster Front aktiv gestaltend einzubringen.

1999 wurde Frau Dr. Trübsbach in den Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer und im Jahr 2000 in den Vorstand der Kreisärztekammer Dresden gewählt.

Mit der Verleihung der Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille an Frau Dr. med. Gisela Trübsbach ehrt die sächsische Ärzteschaft zum zweiten Mal eine für die Selbstverwaltung ehrenamtlich besonders aktiv tätige Ärztin.

Herr Dr. med. habil. Heinz Brandt wurde 1918 in Torgau geboren. Nach Absolvierung der Reifeprüfung am Mackensen-Gymnasium 1937 in Torgau erfolgte das Medizinstudium an der damaligen Militärärztlichen Akademie in Berlin, später in Königsberg und Leipzig, wo er bei Prof. Dr. Scheede promovierte.



Dr. Gisela Trübsbach, Dr. Heinz Brandt und Dr. Roland Endesfelder (v. l. n. r.)

Herr Dr. Brandt versorgte von 1949 bis 1991 im Bereich der Gneisenaustadt Schildau und Umgebung zunächst in eigener Niederlassung, später als Leiter des dortigen Landambulatoriums, eine hohe Einwohnerzahl in alleiniger Verantwortung allgemeinmedizinisch und gynäkologisch.

1973 habilitierte er sich an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald.

Anerkennung fand seine wissenschaftliche Tätigkeit in der Verleihung des Lederle-Preises 1960 in Österreich. Wesentliches trug er bei zur Bildung des Sächsischen Verbandes der Allgemeinmedizin und zur Vereinigung der Sächsischen Allgemeinmedizin im Berufsverband für Allgemeinmedizin in Deutschland.

Sein Lebenswerk krönte schließlich die Wahl des leidenschaftlichen Arztes und renommierten Berufspolitikers als Mandatsträger in die Sächsische Landesärztekammerversammlung, seine Aufnahme in den Kammer-Vorstand und schließlich seine Bestimmung zum Alterspräsidenten der Sächsischen Landesärztekammer im Jahre 1995.

Er ist einer der „Ärzte der ersten Stunde“, die sich um den Aufbau der ärztlichen Selbstverwaltung verdient gemacht haben.

Herr Dr. med. Roland Endesfelder wurde 1935 in Chemnitz geboren, besuchte die Volksschule in Glösa bei Chemnitz und beendete 1954 die Oberschule mit dem Abitur ebenfalls in seiner Geburtsstadt.

Im gleichen Jahr nahm er bis 1956 ein Theologiestudium in Leipzig auf und arbeitete in den Semesterferien als Hilfspfleger im Chemnitzer Krankenhaus am Küchwald. Von 1956 bis 1962 studierte er Humanmedizin an der Universität Leipzig. Die Facharztausbildung im Fach Chirurgie schloss er 1969 ab.

Die Sächsische Landesärztekammer ehrt mit Dr. Endesfelder einen Kollegen, der nach dem politischen Zusammenbruch der DDR von einer großen Mehrheit seiner Kollegen zum Vorsitzenden der Kreisärztekammer Chemnitz gewählt wurde.

Seitdem hat er mit großem persönlichen Engagement in seiner Heimatstadt zu-

nächst den Aufbau und danach die ständigen Aufgaben der ärztlichen Selbstverwaltung ehrenamtlich übernommen. Herr Dr. Endesfelder ist gleichzeitig für seinen Wahlkreis Mandatsträger der Kammerversammlung und hat seit 1999 zusätzlich die ehrenamtlichen Aufgaben des Leiters der Bezirksärztekammer des Regierungsbezirkes Chemnitz übernommen.

Mit seiner berufspolitischen Tätigkeit ist Herr Dr. Roland Endesfelder ein Vorbild für die sächsischen Ärzte.

Danksagung

Herr Dr. Brandt dankte zugleich im Namen von Frau Dr. Trübsbach und Herrn Dr. Endesfelder der Sächsischen Landesärztekammer für die erwiesene Ehrung.

„Jeder von uns drei – jeweils einem anderen Jahrzehnt entstammend – hat 1989 auch für die Eigenvertretung ärztlicher Belange gestritten. Unbewusst trieben uns in jenen Tagen ähnliche Motive wie ein Jahrhundert zuvor den Namenspatron der uns heute verliehenen Auszeichnung.

Die Schar der sich für die Belange ihrer Kollegen engagierenden Ärztinnen und Ärzte ist begrenzt. Viele von uns verkennen offenbar die Bedeutung der Berufsfreiheit für Arzt und Patient. Möge ihnen erspart bleiben, diese Erkenntnis durch böse Erfahrung zu gewinnen.

Außenstehende versuchen, wie in der Vergangenheit, uns mit Moraleskapaden Utopien aufzudrängen, unser Ethos in ihrem Sinn umzubiegen. Demgegenüber haben Ärztekammern ärztliches Ethos zu wahren und zu gestalten. Ziel und Grenzen setzen uns die alten Postulate „Salus aegroti suprema lex“ und „Nil nocere“. Ärztliches Tun ist stets auf den einzelnen Kranken, sein persönliches Schicksal gerichtet. Nichts ruft zum Salus populi oder Salus rei publicae auf, für die seit je Zeitgeister den Arzt einspannen wollen. Das Heil, dem unser Dienst gilt, ist immer das Heil eines Kranken.

10. Sächsischer Ärztetag/ 22. Kammerversammlung

30. Juni 2000/
1. Juli 2000

Der Arztberuf verpflichtet uns diesem Ethos, fordert uns zu seiner Verteidigung. Das hat uns drei zum Engagement in unserer Kammer geführt. In einer ständig sich wandelnden Umwelt mit stürmischer Wissenserweiterung ist sie Hüterin dieser Fundamente unseres Handelns“.

Berufspolitischer Höhepunkt des 10. Sächsischen Ärztetages war der Vortrag des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer.

Aktuelle berufs- und gesundheitspolitische Fragen für die nächste Zukunft

„Hochverehrte Kammerversammlung, liebe Kolleginnen und Kollegen, meine sehr verehrten Damen und Herren, unsere 22. Kammerversammlung findet in einer Zeit statt, in der alle sozialen Sicherungssysteme von der Rente über die Steuern bis zur Gesundheit erneut und intensiv auf dem Prüfstand stehen!

Hier bedarf es seitens der verfassten Ärzteschaft einer wachsam, kritischen, aber auch kreativen Haltung, wie das zum Beispiel auf dem diesjährigen Deutschen Ärztetag beziehungsweise der Vertreterversammlung in Köln oder in den Aktionen des Bündnisses Gesundheit 2000 zum Ausdruck kommt.

Die politischen Parteien haben nach Bekundung des Bundeskanzlers Gerhard Schröder „erst sehr spät“ die tiefgreifenden Probleme der Sozialen Systeme erkannt, die aus dem raschen Wandel von Familienstrukturen, Arbeits-, Sozial- und Lebensverhältnissen sowie demographischer Entwicklungen resultieren.

Bei genauerer Analyse, die seit geraumer Zeit von der Ärzteschaft angemahnt wurde, zeigt sich die fatale Tendenz einer zunehmenden Aushöhlung des über Jahrhunderte funktionierenden Generationenvertrages mit der Folge der



Prof. Dr. Jan Schulze

Erosion auch der solidarischen Krankenversicherungen.

Nur zwei Zahlen mögen dafür als Beleg dienen:

So wird die Zahl der Erwerbspersonen in den nächsten 30 Jahren von heute 33 Millionen auf 29 Millionen absinken, bei gleichzeitigem Anstieg der oft multimorbiden Rentner von heute 13,7 Millionen auf 17,6 Millionen. Darüber hinaus besteht ein erheblicher Reformbedarf auch durch die Verbesserung medizinischer Leistungen im Kontext zu Langlebigkeit und Anspruchshaltung einer aufgeklärten Bevölkerung.

Diese Entwicklung von Kostenanstieg einerseits und gravierender Reduzierung der Finanzzuflüsse ins GKV-System andererseits macht eine umfassende durchgreifende Gesundheitsreform unabdingbar.

Doch es kam – wie bekannt – leider anders. Und so sind wir nun seit Jahresbeginn erneut mit dem Torso eines reinen Kostendämpfungsgesetzes konfrontiert, in dem die Leistungserbringer und Patienten einem unerträglichen Spar- und Interventionsdruck ausgesetzt werden. In seinem Entschließungsantrag zur Ge-

sundheits- und Sozialpolitik lehnte der 103. Deutsche Ärztetag die sogenannte Gesundheitsreform 2000 erneut als inakzeptabel ab und stellte dazu unter anderem fest:

Das vom Deutschen Bundestag Ende letzten Jahres verabschiedete Rumpfgesetz zur GKV-Gesundheitsreform 2000 führt in seiner Konsequenz zu Risikoselektion von Patienten und Rationierung in der medizinischen Versorgung. Sektorale Budgets, willkürliche Kostendämpfung, monopolartige Einkaufsmodelle und staatlicher Dirigismus aber sind untaugliche Rezepte für ein modernes, patientengerechtes Gesundheitswesen.

Die rigide begrenzten sektoralen Budgets für die ambulante und stationäre Versorgung sowie für Arznei- und Heilmittel sind rein ökonomisch festgelegt und verhindern so eine bedarfsgerechte Versorgung. Sie sind unflexibel und führen durch die willkürliche Mittelverknappung zu einer Benachteiligung von vorwiegend chronisch und schwer Kranken. Die gleichzeitige Verlagerung des Rationierungsdruckes auf die Vertragsärzte gehört zu den besonderen Tücken des Reformgesetzes.

Auch die im Gesetz angelegte Struktur einer sogenannten integrierten Versorgung dient nur der Profilierung der im Wettbewerb stehenden Krankenkassen, nicht jedoch einer besseren medizinischen Versorgung; denn sie wird nicht das Versorgungsniveau erhöhen, sondern gute von schlechten Versorgungsrisiken trennen – zu Lasten der Kranken. Verstärkt wird dieser Ansatz noch dadurch, dass die Krankenkassen die Mittel für die Integrationsversorgung nach Gutdünken aus den sektoralen Budgets nehmen können.

Die von der Regierung proklamierte „Stärkung der Selbstverwaltung“ wird damit ad absurdum geführt. Das ärztliche Verhandlungsmandat wird faktisch aufgelöst. Die lediglich fakultative Beteiligung der verfassten Ärzteschaft

10. Sächsischer Ärztetag/ 22. Kammerversammlung

30. Juni 2000/
1. Juli 2000

an der Vertragsgestaltung zur integrierten Versorgung macht den verbleibenden Sicherstellungsauftrag zur Farce.

Im weiteren bekräftigte der Deutsche Ärztetag 2000 seine Forderungen für den Erhalt einer flächendeckenden qualitativ hochstehenden Versorgung der Bevölkerung mit folgenden Essentials:

- keine Risiko-Selektion und Ausgrenzung
- medizinische Orientierung statt unangemessener Budgets
- bedarfsgerechte Arzneimittelversorgung bei freier Arztwahl
- keine Sammlung von Patientendaten bei Krankenkassen

Abschließend fordert der 103. Deutsche Ärztetag unter anderem Regierung und Parlament auf, sich für akzeptable Konditionen und Rahmenbedingungen eines sozialen und solidarisch finanzierten Gesundheitswesens mit folgenden Zielstellungen nachdrücklich einzusetzen:

- Die Verantwortung für die Finanzierung des medizinisch Notwendigen liegt bei der Politik. Das notwendige Finanzvolumen muss epidemiologisch begründet, demographisch bestimmt, am Versorgungsbedarf der Bevölkerung ausgerichtet und dynamisch sein. Über die Definition des medizinisch Notwendigen muss dazu ein kontinuierlicher gesellschaftlicher Diskurs geführt werden.
- Zwischen Eigenverantwortung und solidarischer Absicherung muss eine deutliche Grenze gezogen werden.
- Die Einnahmehasis für die solidarische Aufbringung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung muss verbreitert werden. Die Beitragsbemessung muss grundsätzlich so gestaltet werden, dass sie die tatsächliche Leistungsfähigkeit des einzelnen Mitgliedes zugrunde legt, um auch künftig den solidarischen Charakter der GKV zu erhalten.
- Versicherungsfremde Leistungen müssen aus der GKV herausgenommen werden. Etliche Ausgaben der Gesetzlichen

Krankenversicherung haben nichts mit der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung zu tun, sondern sind allgemeine Sozialleistungen.

■ Der Wettbewerb ist qualitätsorientiert zu gestalten. Wenn Wettbewerb zum Maßstab der Verteilung im Gesundheitswesen werden soll, brauchen wir eine qualitätsorientierte Wettbewerbsordnung. Nicht, wer den Patienten am billigsten behandelt, sondern wer bei hoher Qualität angemessen behandelt, sollte die bessere Bezahlung erhalten.

■ Die Finanzierung der Leistungen der Psychotherapeuten darf nicht zu Lasten der ambulanten ärztlichen Versorgung gehen.

■ Die Anpassung der vertragsärztlichen Gesamtvergütungen in den neuen Bundesländern an das Niveau in den alten Bundesländern bis zum Jahre 2004 und die umgehende Anpassung der GOÄ müssen erfolgen.

Zusammenfassend gilt, dass eine solidarische Absicherung des Krankheitsrisikos durch eine gesetzliche Krankenversicherung auch in Zukunft Kernbestandteil der sozialen Marktwirtschaft sein wird. Die angemessene und qualitativ hochwertige Behandlung und Betreuung unserer Patienten muss das Ziel aller ärztlichen und gesundheitspolitischen Bemühungen sein und bleiben.

Meine Damen und Herren Delegierte, ob es nun die Ärztetagsbeschlüsse waren oder die zum gleichen Zeitpunkt vorliegenden wohl-durchdachten „Eckpunkte für ein patientengerechtes Gesundheitswesen“ des Bündnisses Gesundheit 2000 – es scheint Bewegung in die starren Fronten bei den Mitgestaltern von Gesundheits- und Sozialpolitik gekommen zu sein! Die SPD führte einen Kongress zur „Generationengerechtigkeit“ durch, auf dem der Bundeskanzler eine für die SPD neue Richtung wies.

In einem Grundsatzpapier wird festgestellt, dass in einer Bürgergesellschaft Subsidiarität und Eigenvorsorge gestärkt werden müssen.

„Im Gesundheitswesen steht die Gesellschaft vor der Frage, welche Medizin sie zu welchen Kosten vorhalten kann und wie der Beitrag der Versicherten zur Erhaltung der eigenen Gesundheit und zur Pflege anderer aussehen kann. Für den SPD-Vorsitzenden ist ein Gesundheitswesen ohne finanzielle, geistige und buchstäblich körperliche Selbstbeteiligung der Versicherten nicht mehr vorstellbar“.

Hier deutet sich ein Paradigmenwechsel an, und man darf auch auf die Nachfolge von R. Dreßler, dem scheidenden Sozialexperten der SPD, gespannt sein.

Auch die CDU-Opposition hat am 20. 6. 2000 ein umfangreiches Diskussionspapier zur Reform des Sozialstaates mit dem Titel „Der faire Sozialstaat – eine neue Politik für eine neue Zeit“ vorgelegt. Frau Merkel und Herr Wulff zeigten sich überzeugt, dass mit Beitragseinnahmen aus Löhnen und Gehältern allein der medizinische Fortschritt und die demographischen Herausforderungen nicht finanziert werden können. Es müssen andere Finanzierungsformen tabufrei diskutiert werden und zum Beispiel über die Heranziehung sonstiger Einkommen zur Beitragsbemessung nachgedacht werden.

Weitere Stichworte dieser am 24. 6. 2000 in Berlin diskutierten Reformvorstellungen sind:

- mehr Wettbewerb in der GKV
- mehr vertragliche Steuerung durch die Selbstverwaltung und weniger staatlichen Dirigismus
- mehr Eigenverantwortung und mehr Kostentransparenz
- mehr Wahlmöglichkeiten und die Neudefinition des GKV-Katalogs in Kernleistungen versus Wahlleistungen
- Durch Ausgliederung von Wahlleistungen (Eigenfinanzierung) und sog. versicherungsfremder Leistungen (Steuerfinanzierung) könnte eine Beitragsabsenkung um 1,33 Prozentpunkte erreicht

werden. Das entspricht etwa 10 % des bisher solidarisch aufgebrauchten Leistungsvolumens.

Bereits am 14. 7. 1999 hat sich unter Führung der Sächsischen Landesärztekammer in Dresden ein Sächsisches Aktionsbündnis von mittlerweile 30 ärztlichen und nichtärztlichen Verbänden, Organisationen und Körperschaften gegründet. Ziel war es zunächst, eine Ablehnungsfront gegen die strukturverändernde Gesundheitsreform zu schaffen und in einem zweiten Schritt Vorschläge der Leistungserbringer für eine echte Gesundheitsreform zu erarbeiten. Mehrfach wurde zu Anliegen und Zwischenergebnissen des Aktionsbündnisses im Sächsischen Ärzteblatt berichtet. Ich kann Ihnen heute mitteilen, dass nach substanzieller interdisziplinärer Arbeit in 6 Kleingruppen aussagekräftige zum Teil unkonventionelle Thesenpapiere erarbeitet wurden, die nach Konsentierung am 14. Oktober 2000 in einer Podiumsdiskussion mit Pressekonferenz der Öffentlichkeit, den Kassen und der Politik präsentiert werden.

Wir werden dafür sorgen, dass diese Ideen und Konzepte in eine künftige möglichst parteienübergreifende Gesundheitsreform einfließen und dass Sie darüber rechtzeitig und umfassend informiert werden.

Wenn auch derzeit – aus verständlichen Gründen – wohl nicht an eine erneute Gesundheitsreform gedacht wird, so ist es gut, dass als Pendant zu politischen Parteien und den Krankenkassen die Gesundheitsbündnisse ihre Stimme kräftig und kompetent erheben.

Gegenwärtig gibt es mehrere schwierige Problemfelder, die Politik, Krankenkassen aber auch die sogenannte Leistungserbringer tangieren, von denen ich wenigstens drei nennen möchte:

1. Organisationsreform der GKV mit Wettbewerbsverzerrung durch sogenannte virtuelle Betriebskrankenkassen,

die mit „Dumping“-Beitragssätzen unter 12 % Risikoselektion zu Lasten der sogenannten „Versorgungskassen“ betreiben. Hier soll durch ein vom BMG vergebenes Gutachten eine Neukonzipierung des RSA dahingehend erfolgen, dass künftige Risikoselektion verhindert wird. Das Gutachten soll 2001 vorliegen!

2. Vergütung psychotherapeutischer Leistungen führt zum Finanzierungsengpass, weil statt 7.000 bis 9.000 Psychotherapeuten – aktuell fast 16.000 Psychotherapeuten – im Wege bedarfsunabhängiger Zulassungen in die Kassenärztlichen Vereinigungen drängen – und dieser finanzielle Mehrbedarf aus dem fachärztlichen Vergütungsanteil bestritten werden muss. Darüber hinaus „verordnet“ das Bundessozialgericht einen Punktwert von 10 Pfennigen! Hier muss meines Erachtens der Leistung auch das Geld folgen. Anderenfalls ist auch hier ein jahrelanger Rechtsstreit vorprogrammiert.

3. Gegen Budgetierung und Kollektivregress liegen parlamentarische Initiativen seitens der Opposition im Bundestag und seitens mehrerer Länder im Bundesrat vor. Wenn hier noch ein Fünkchen Hoffnung besteht, so kündigt sich mit einem möglichen Zulassungsboom von 8.000 Ärzten und einem drohenden sozialen „Verschiebeparkplatz“ in Höhe von 2,5 Milliarden DM zu Lasten der GKV neues Ungemach an.

Wir brauchen starke geeinte Selbstverwaltungskörperschaften, die klare Positionen vertreten und – wenn erforderlich – harte Kritik gegen Budgetierung und Rationierung unter anderem vortragen – jedoch zugleich Dialogbereitschaft zu Kassen und Politik erkennen lassen. Diese Doppelstrategie war erfolgreich und ließ zum Ärztetag in Köln ein Ende des harten Konfrontationskurses mit der Politik erreichen.

Erlauben Sie mir, noch vier praktisch wichtige Beschlüsse des diesjährigen

Ärztetages in Köln kurz anzusprechen:

1. Mit der Novellierung der Musterberufsordnung hat dieser Ärztetag das ärztliche Werbeverbot gelockert. Um mehr Transparenz für Patienten zu schaffen, dürfen Ärzte nun auf dem Praxisschild, in Anzeigen, Verzeichnissen und Patienteninformationen auf ihre Qualifikation hinweisen – etwa mit Hinweisen wie „Hausärztliche Versorgung“, „Dialysepraxis“ oder „Praxisverbund“. Rechtswirksam wird diese Novellierung erst in den neuen Berufsordnungen der Länder nach Änderung der Heilberufsgesetze.

2. Mit der Vereinfachung der Musterweiterbildungsordnung soll auch hier mehr Transparenz und Bildungsinhalt realisiert werden. Der Tendenzbeschluss einer Novellierung wurde mit großer Mehrheit gefasst. Die wesentlichen Neuerungen sind:

- Abschaffung von „Fachkunden“ und „Fakultativen Weiterbildungen“, die künftig inhaltlich dem jeweiligen Fachgebiet zugeordnet werden;
- Auf Wunsch – vor allem der Chirurgen – wird eine gemeinsame Basisweiterbildung als sogenannte „Common trunk“ eingeführt werden.
- Berufsbegleitend können sogenannte „Befähigungsnachweise“ erworben werden.

Die Ausgestaltung der Weiterbildungsneovellierung soll auf einem weiteren Ärztetag eingehend beraten werden, bevor sie in Landesrecht umgesetzt werden kann.

3. Die europäische Dimension ärztlicher Standes- und Berufspolitik wurde vom Präsidenten des Ständigen Ausschusses der Ärzte bei der EU, dem Finnen Dr. M. Aarimaa, formuliert: Nachdem in der Vergangenheit der freie Waren-, Dienstleistungs- und Kapitalverkehr realisiert wurde, müsse nun der europäische Bürger auch grenzüberschreitend eine gute Gesundheitsversorgung bekommen! Dies ist allerdings noch nicht selbstverständlich und bisher einvernehmlich geregelt! Beim europäischen Gerichtshof sind zu

10. Sächsischer Ärztetag/ 22. Kammerversammlung

30. Juni 2000/
1. Juli 2000

grenzüberschreitenden medizinischen Leistungen mehrere Präzedenzfälle anhängig.

4. Die Spitzenorganisationen Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) mit einhelligem Votum der Vertreterversammlung und die Bundesärztekammer (BÄK) mit überragendem Votum des Deutschen Ärztetages werden etwa in drei Jahren mit weiteren ärztlichen Berufsverbänden und Organisationen in ein gemeinsames *Domus medicae* von Köln nach Berlin umziehen. Mit diesem symbolträchtigen Umzugsbeschluss endete der diesjährige äußerst erfolgreiche Ärztetag in Köln.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, lassen Sie mich zum Schluss noch einmal die 10jährige erfolgreiche Aufbauarbeit unserer Kammer würdigen. Als Ausdruck dieses Gestaltungswillens entstand eines der schönsten Kammergebäude in Deutschland, auf das wir alle sehr stolz sein können. Der uns vorliegende Tätigkeitsbericht der Sächsischen Landesärztekammer 1999 legt ein beredtes Zeugnis für eine lebendige, kreative und streitbare berufspolitische Arbeit unserer Kammer und ihrer Gliederungen ab, die sich mit ärztlichen und nichtärztlichen Bündnispartnern um eine Gesundheitsreform bemüht, die diesen Anspruch erfüllt.

Zu danken ist erneut denjenigen Kolleginnen und Kollegen der ersten Stunde, denen das Wollen und Werden dieser Kammer am Herzen lag und auch denen heute, die mit großem Einsatz die aktuelle Berufs- und Standespolitik voran bringen.

Zum guten künftigen Gelingen wünsche ich uns einen allzeit harmonischen „Kammerton“!

Vielen Dank!“

Nach diesem interessanten und tiefgründigen Festvortrag des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer überbrachte Herr Ministerialdirigent Diplom-Mediziner Albrecht Einbock, Leiter der Abteilung Gesundheitswesen im Sächsischen Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie, auch im Namen des Staatsministers Herrn Dr. Hans Geisler Grußworte an die verfasste Ärzteschaft Sachsens.

Er bedankte sich für den konstruktiven Dialog beim Aufbau und der Umgestaltung des Gesundheitssystems in Sachsen in den vergangenen zehn Jahren, für den beständigen Meinungs austausch zwischen der Sächsischen Landesärztekammer und dem Staatsministerium und für die Gespräche im Rahmen der Diskussion um die Gesundheitsreform 2000.

„Der 10. Sächsische Ärztetag symbolisiert auch zehn Jahre freiheitliche Gesundheitspolitik in Sachsen. Ein Ausdruck einer freien Gesellschaftsordnung ist das Prinzip der Subsidiarität“. Das Subsidiaritätsprinzip „beinhaltet auch, dass Aufgaben, die von Selbstverwal-

tungskörperschaften wahrgenommen werden können, von diesen erfüllt werden sollen“. Der 10. Sächsische Ärztetag markiert zehn Jahre Verwirklichung des Subsidiaritätsprinzip im ärztlichen Bereich. Aus Anlass des zehnjährigen Jubiläums der „DM“ wies Herr Ministerialdirigent Einbock auf das in der Geschichte Sachsens einmalige Krankenhausbauprogramm hin, „für das bis heute bereits 5 Milliarden und 565 Millionen von dieser berühmten DM ausgegeben wurden“.

Ein heiterer **musikalischer Ausklang** rundete die Abendveranstaltung im Kammergebäude würdevoll ab. Das Thomser-Trio der Hochschule für Musik Dresden: Sandra Reuter – Flöte, Daniel Thomser – Klarinette, Robert-Christian Schuster – Fagott musizierte brillant Wolfgang Amadeus Mozart Divertimento Nr. 4 KV Anh. Nr. 229.



Plenum

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 Mitgliederschaft 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 Vertrauenshaltung 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, tieflotende, 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.

Bekanntgabe der 23. Kammerversammlung und des 11. Sächsischen Ärztetages (24. Kammerversammlung)

Die 23. Kammerversammlung findet
am Sonnabend, dem 11. November 2000, und

der 11. Sächsische Ärztetag (24. Kammerversammlung)
am Freitag, dem 15. Juni / 16. Juni 2001, statt.

Tagungsort: Sächsische Landesärztekammer,
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, Plenarsaal.

Mitteilung der Bezirksstelle Leipzig

Die Bezirksstelle Leipzig der Sächsischen Landesärztekammer, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, ist aus Urlaubsgründen in der Zeit vom 11. 9. bis einschließlich 15. 9. 2000 nicht besetzt. In dringenden Angelegenheiten wenden Sie sich bitte an die Hauptgeschäftsstelle in Dresden, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, Telefon: (03 51) 8 26 74 11.

Aus der Vorstandsitzung

2. August 2000

Keine Sommerpause für die Berufspolitik!

Auch am ersten Mittwoch im August 2000 eröffnete Prof. Dr. Schulze pünktlich 16.00 Uhr die turnusmäßige Vorstandssitzung; diesmal mit einer herzlichen Gratulation an Herrn Dr. Helmut Schmidt aus Hoyerswerda – die Mitglieder des Verwaltungsausschusses der Sächsischen Ärzteversorgung wählten ihn einstimmig zu Ihrem neuen Vorsitzenden, nachdem Herr Dr. Halm nicht wieder für dieses Ehrenamt kandidierte. Präsident und Vorstand begrüßen die Wahl ausdrücklich und danken Herrn Kollegen Halm nochmals für seine herausragende Tätigkeit als Gründungsmitglied und langjähriger Vorsitzender dieses Verwaltungsausschusses, in dem er seine umfassenden Erfahrungen nunmehr als stellvertretender Vorsitzender und insbesondere auch als Berater des neuen Vorsitzenden einbringen wird. Der Vorstand ist der festen Überzeugung, dass somit trotz personeller Neubesetzung die kontinuierliche Entwicklung des Versorgungswerkes gesichert ist und hofft auf eine weitere gedeihliche Zusammenarbeit.

Überleitend zur Tagesordnung nahm die Diskussion um die Punktwertabsenkung für niedergelassene Fachärzte und die von der Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände Sachsen und dem Sächsischen Berufsverband der Fachärzte für Allgemeinmedizin e.V. initiierte Aktionswoche im September 2000 breiten Raum ein. Besondere Würdigung erfuhr der Tatbestand, dass es in dieser schwierigen berufspolitischen Situation zwischen den Fachärzten und Allgemeinmedizinern, beziehungsweise Hausärzten in Sachsen diesmal offensichtlich nicht wie in anderen Bundesländern zu einer Konfrontation kam, sondern dass sie in einem Konsenspapier und einer gemeinsamen Aktionswoche nachdrücklich auf die besondere Problematik des Gesundheitswesens in Sachsen und den anderen Ostländern einvernehmlich aufmerksam machen wollen. Der Vorstand begrüßt das Angebot der Kassenärztlichen Ver-

einigung Sachsen zur gemeinsamen Krisensitzung in der zweiten Augushälfte und wird die Berufsverbände im Rahmen seiner gesetzlichen Wirkungsbefugnis weitestgehend unterstützen. Es wurde beschlossen, die Vorsitzenden der beiden federführenden Berufsverbände, Herrn Prof. Dr. Link und Herrn Dr. Sturm, zu einer Beratung einzuladen. Nachfolgend werden wir die Partner des Bündnis für Gesundheit 2000 informieren und ihnen eine aktuelle Zusammenarbeit mit den ärztlichen Berufsverbänden empfehlen, um der Aktionswoche bei allseitiger Unterstützung durch Verbände und Organisationen des Gesundheitswesens stärkeren Nachdruck zu verleihen. Des weiteren beschloss der Vorstand, Herrn Dr. Verhees, Vorstand der AOK, zu einem Gespräch zur Thematik „Patientenrechte – Patienteninformation“ in die Kammer einzuladen, um dabei Grundpositionen abzustimmen und möglichst gemeinsam bereits bestehende Strukturen zur unabhängigen Patientenberatung, beziehungsweise Patienteninformation fortzuentwickeln.

Anlässlich der Festveranstaltung zum 10. Jahrestages der Gründung der Sächsischen Landesärztekammer würdigte der Präsident der Schlesischen Ärztekammer die mehrjährige freundschaftliche Zusammenarbeit mit unserer Kammer. Einer herzlichen Einladung folgend sprach sich der Vorstand einmütig dafür aus, im September eine sächsische Delegation zum Ärztetag nach Breslau zu senden.

Wie üblich beriet der Vorstand in geschlossener Sitzung über Finanzthemen. Die aktuelle Haushaltsituation wird als ausgeglichen beurteilt. Für das laufende Rechnungsjahr konnten 90 % der Beiträge gebucht werden, 11.679 Kammermitglieder haben ihren Beitrag ordnungsgemäß entrichtet. Allerdings umfasst der diesbezügliche Briefwechsel für Rückfragen wegen unkorrekter Selbsteinstufung, Mahnungen, Festsetzungsbescheide usw. 5.000 Schreiben – Zeit, Geld und Arbeitskraft, die über unsere Bei-

träge finanziert werden muss und zukünftig besser eingespart werden sollte und könnte!

Nach gewissenhafter Erörterung wurde einem Antrag auf personengebundene Gebührenermäßigung für eine Fortbildungsveranstaltung nicht stattgegeben, da keine besondere Notsituation erkennbar war.

Zunehmend häufig sehen wir uns im Vorstand mit Anzeigen wegen Vergehens gegen das Werbeverbot konfrontiert. Der Empfehlung des Ausschusses Berufsrecht folgend wurde bei guten Erfolgsaussichten entschieden, die Zentrale zur Bekämpfung unlauteren Wettbewerbes e.V. Frankfurt am Main mit einem speziellen wettbewerbsrechtlichen Prozess zu beauftragen.

Die juristische Geschäftsführerin, Frau Glowik, gab eine Zwischeninformation zum Stand einiger Verhandlungen am Berufsgericht. Dabei zeigte sich deutlich die Tendenz, dass die Berufsrichter den fundierten und gewissenhaft vorbereiteten Anträgen der Kammer weitgehend entsprechen.

Vom letzten Ärztetag wurde der Beschlusantrag zur Erstellung eines Weiterbildungsregisters an den Vorstand überwiesen. Bereits auf der letzten Vorstandssitzung wurde festgestellt, dass die Generierung eines Weiterbildungsregisters nicht realisierbar ist. Als denkbare Problemlösungen wurde unter anderem die prospektive Wichtung von Ausbildungsgebieten durch die Dekane der Universitäten am Ende eines Studienjahres diskutiert. Unter Leitung von Prof. Bach und Einbeziehung des Ausschusses Junge Ärzte soll nunmehr in der Kammer eine berufsorientierende Veranstaltung für Absolventen mit Einladung der Studiendekane und Vertretern der einzelnen Fachgruppen organisiert werden, um dem berechtigten Anliegen nach besserer Orientierung für die berufliche Weiterbildung gerecht zu werden.

Dr. med. Lutz Liebscher
Vorstandsmitglied



Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden gemäß § 103 Abs. 4 SGB V in Gebieten, für die Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auf Antrag folgende Vertragsarztsitze zur Übernahme durch einen Nachfolger ausgeschrieben:

Bezirksstelle Chemnitz

Planungsbereich

Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Planungsbereich Mittweida

Facharzt für Allgemeinmedizin

Planungsbereich Chemnitzer Land

Facharzt für Allgemeinmedizin

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 12. 10. 2000 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. (03 71) 2 78 94 06 oder 2 78 94 03 zu richten.

Planungsbereich Chemnitzer Land

Facharzt für Allgemeinmedizin

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 26. 9. 2000 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 11 64,

09070 Chemnitz, Tel. (03 71) 2 78 94 06 oder 2 78 94 03 zu richten.

Bezirksstelle Dresden

Planungsbereich Dresden-Stadt

2 Fachärzte für HNO-Heilkunde
Facharzt für Augenheilkunde

Planungsbereich Landkreis Meißen

3 Fachärzte für Chirurgie

Planungsbereich Landkreis Sächsische Schweiz

Facharzt für Allgemeinmedizin

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 11. 10. 2000 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. (03 51) 88 28 - 3 30 zu richten.

Planungsbereich Dresden-Stadt

Facharzt für Chirurgie
(Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)

Planungsbereich Weißeritzkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 21. 9. 2000 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden,

Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. (03 51) 88 28 - 3 30 zu richten.

Bezirksstelle Leipzig

Planungsbereich Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin
Facharzt für Chirurgie
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
Facharzt für Innere Medizin

Planungsbereich Delitzsch

Facharzt für Allgemeinmedizin

Planungsbereich Leipziger Land

Facharzt für HNO-Heilkunde

Planungsbereich Torgau-Oschatz

Facharzt für Allgemeinmedizin

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 13. 10. 2000 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. (03 41) 2 43 21 53 zu richten.

Wir weisen darauf hin, daß sich auch die in den Wartelisten eingetragenen Ärzte bei Interesse um den betreffenden Vertragsarztsitz bewerben müssen.

Unsere Jubilare im Oktober

Wir gratulieren

60 Jahre

1. 10. Achenbach, Sigrid
04416 Markkleeberg
1. 10. Kühne, Uta
01737 Tharandt
2. 10. Bohls, Hans-Georg
01773 Altenberg
3. 10. Dr. med. Oberbach, Wilfriede
01458 Ottendorf-Okrilla
3. 10. Dr. med. Schmid, Rainer
07586 Bad Köstritz
4. 10. Dr. med. habil. Sickor, Hans-Jürgen
02827 Görlitz
5. 10. Bollinger, Brigitte
02991 Schwarzkollm
5. 10. Dr. med. Thümmel, Ingrid
01445 Radebeul
5. 10. Dr. med. Vogtmann, Brigitte
04425 Taucha
6. 10. Beckert, Hellfried
01819 Berggießhübel
6. 10. Dr. med. Nake, Bernd
01139 Dresden
6. 10. Dr. med. Schittkowski, Hans-Peter
09618 Brand-Erbisdorf
7. 10. Dr. med. Möller, Brigitte
04347 Leipzig
8. 10. Ebschbach, Hannelore
04821 Waldsteinberg
8. 10. Dr. med. Kläber, Volker
08645 Bad Elster
8. 10. Dr. med. Merkel, Petra
01462 Ockerwitz
10. 10. Dr. med. Diettrich, Gerda
04509 Radefeld
10. 10. Dr. med. Koschny, Ingrid
04105 Leipzig
11. 10. Dr. med. Henschel, Udo
04205 Miltitz
11. 10. Dr. med. Weinert, Barbara
01109 Dresden
12. 10. Orphal, Peter
01900 Großröhrsdorf
12. 10. Pleschke, Monika
08606 Oelsnitz
13. 10. Dr. med. Rühmer, Christine
08223 Falkenstein
13. 10. Dr. med. Winklmann, Bernd
01239 Dresden
14. 10. Dr. med. Herzig, Werner
01731 Kautzsch
15. 10. Dr. med. Hennig, Helga
04668 Grimma
16. 10. Ebert, Klaus
01587 Riesa
16. 10. Dr. med. Fege, Jürgen
09600 Berthelsdorf
18. 10. Prof. Dr. med. Beier, Lothar
09116 Chemnitz

19. 10. Dr. med. Eckleben, Renate
09247 Kändler
19. 10. Dr. med. Schroeder, Gudrun
04275 Leipzig
20. 10. Dipl.-Med. Seidel, Christa
08209 Auerbach
21. 10. Dr. med. Köbernick, Hubert
01109 Dresden
21. 10. Dr. med. Schott, Maria
08056 Zwickau
22. 10. Prof. Dr. med. habil.
Duck, Hans-Joachim
04827 Machern
22. 10. Dipl.-Med. Moritz, Valentina
04155 Leipzig
22. 10. Dr. med. Porst, Eveline
04357 Leipzig
23. 10. Dr. med. Czekalla, Wolfgang
04105 Leipzig
23. 10. Dr. med. Jacob, Dieter
02708 Obercunnersdorf
23. 10. Dr. med. Kunz, Wieland
04824 Beucha
23. 10. Dr. med. Thielemann, Helga
01309 Dresden
24. 10. Dr. med. Thoß, Peter
08523 Plauen
25. 10. Dr. med. Gatzweiler, Gisela
01219 Dresden
25. 10. Dr. med. Ramsch, Manfred
04838 Eilenburg
26. 10. Dr. med. Dietrich, Hans-Jürgen
01662 Meißen
26. 10. Morgenstern, Helgard
09358 Wüstenbrand
27. 10. Peltner, Roswitha
09517 Zöblitz
28. 10. Dr. med. Theml, Doris
04445 Liebertwolkwitz
29. 10. Gruner, Senta
09350 Lichtenstein
29. 10. Dr. med. Schwabe, Werner
01277 Dresden
30. 10. Dr. med. Günther, Jürgen
09238 Auerswalde
30. 10. Halank, Ursula
02625 Bautzen
30. 10. Dr. med. Nolopp, Thomas
04347 Leipzig
30. 10. Dr. med. habil. Reske, Wolfgang
01217 Dresden
31. 10. Dr. med. Jelen, Marlis
01307 Dresden

65 Jahre

1. 10. Prof. Dr. med. habil. Göpfert, Edith
04430 Rückmarsdorf
1. 10. Prof. Dr. sc. med.
Schentke, Klaus-Ulrich
01326 Dresden
2. 10. Dr. med. Wendel, Hanns-Georg
09496 Marienberg
7. 10. Prof. Dr. med. habil. Goldhahn, Gisela
04109 Leipzig
7. 10. Dr. med. Luther, Theo
04159 Leipzig
7. 10. Dr. med. Schulze, Ingrid
01847 Rathewalde
8. 10. Dr. med. Möller, Christine
08060 Zwickau
10. 10. Dr. med. Geisler, Ullrich
02829 Markersdorf
10. 10. Dr. med. Pause, Hans-Udo
09496 Marienberg
10. 10. Prof. Dr. med. habil.
Seebacher, Claus
01309 Dresden
13. 10. Fritsche, Wolfram
02681 Schirgiswalde
17. 10. Dr. med. Sandow, Anne
01662 Meißen
21. 10. Beyer, Marianne
09212 Limbach-Oberfrohna
25. 10. Dr. med. Polster, Ingrid
04159 Leipzig
25. 10. Doz. Dr. med. habil.
Siegismund, Kurt
01309 Dresden
28. 10. Dr. med. Bieler, Rolf
04758 Oschatz
28. 10. Werner, Karla
01816 Bad Gotttleuba
30. 10. Dr. med. Hempel, Wolfgang
01855 Sebnitz
31. 10. Dr. med. Basche, Friedrich
02739 Eibau

70 Jahre

8. 10. Dr. med. Anders, Manfred
01665 Schrebitz
14. 10. Dr. med. Resky, Ursula
04103 Leipzig
23. 10. Dr. med. Kupsch, Dieter
01219 Dresden

75 Jahre

4. 10. Dr. med.
Freiherr von Wirsing, Eberhard
08301 Schlemma
17. 10. Dr. med. Kirmis, Ingetraut
02827 Görlitz
20. 10. Dr. med. Köhler, Wolfgang
09112 Chemnitz

28. 10. Dr. med. Kirsch, Wolf-Dietrich
04448 Wiederitzsch

80 Jahre

5. 10. Dr. med. Keymer, Ingeborg
04205 Leipzig
7. 10. Dr. med. Schnabel, Helmut
01309 Dresden
9. 10. Dr. med. Berndt, Dietrich
09117 Chemnitz
19. 10. Dr. med. Bobach, Golda
01326 Dresden
23. 10. Dr. med. Klötzer, Editha
08062 Zwickau
25. 10. Dr. med. Jentsch, Ingeborg
02736 Oppach
31. 10. Prof. em. Dr. med. Meißner, Fritz
04317 Leipzig

81 Jahre

21. 10. Dr. med. Majunke, Ladislaus
08396 Waldenburg
30. 10. Dr. med. Hofmann, Helmut
04289 Leipzig

82 Jahre

12. 10. Dr. univ. med. Heil, Wolfgang
08058 Zwickau
29. 10. Dr. med. Genserowski, Fritz
04849 Bad Dübau
29. 10. Dr. med. Seidler, Gerhardt
01662 Meißen

83 Jahre

1. 10. Dr. med. Schmidt, Hellmut
04445 Leipzig
3. 10. Dr. med. Winkler, Johannes
04651 Bad Lausick
5. 10. Dr. med. Schneider, Elisabeth
02730 Ebersbach

84 Jahre

22. 10. Dr. med. Wagner, Karl
08058 Zwickau
28. 10. Dr. med. Watzlawik, Heinz-Werner
01662 Meißen

85 Jahre

17. 10. Dr. med. Olsen, Hedwig
02906 Niesky
18. 10. Dr. med. Bühl, Rudolf
04249 Leipzig

86 Jahre

11. 10. Dr. med. Burkhardt, Ernst
09599 Freiberg

88 Jahre

8. 10. Lange, Elisabeth
04277 Leipzig
11. 10. Dr. med. Hartmann, Karl-Heinz
02625 Bautzen
23. 10. Haupt, Edith
01445 Radebeul

89 Jahre

16. 10. Zittwitz, Ilse
01468 Luftkurort Friedewald

92 Jahre

22. 10. Dr. med. Böttcher, Hans-Werner
08134 Wildenfels

95 Jahre

17. 10. Dr. med. Langer, Leopold
04207 Leipzig

Wünsche, im Geburtstagskalender nicht
aufgeführt zu werden, berücksichtigen
wir selbstverständlich. Bitte lassen Sie
uns das wissen.

Die Redaktion

Konzerte und Ausstellungen in der Sächsischen Landesärztekammer

Sonntag, 1. Oktober 2000, 11.00 Uhr Junge Matinee

Kammermusik für Bläser
Schüler der Sächsischen Spezialschule
für Musik Dresden

Sonntag, 5. November 2000, 11.00 Uhr

Johann-Georg-Pisendel- Kammerorchester

Alle Kammermitglieder sind mit
ihren Angehörigen und Freunden
sehr herzlich eingeladen.

Telefonische Nachfrage unter
Telefonnummer 03 51 / 82 67 0.

Karten erhalten Sie auch
an der Tageskasse.

Im Anschluss an die Sonntagskonzerte
besteht in unserem Kammerrestaurant
die Möglichkeit zum Lunch.

Tischbestellungen werden unter der
Telefon-Nr. 03 51 / 82 67 110
(Frau Arnold) gern entgegengenommen.

Foyer der Sächsischen Landesärztekammer

Hermann Naumann
Malerei – Grafik – Plastik
18. Juli 2000 bis 15. September 2000
70. Geburtstag und 50 Jahre
freischaffender Künstler

Dieter Weidenbach Malerei – Grafik – Zeichnungen

19. September 2000 bis 12. Januar 2001

**Vernissage am Donnerstag,
21. September 2000, 19.30 Uhr**
Einführung: Steffen T. Sengebusch

Foyer der Sächsischen Ärzteversorgung

Renate Rieß
Aquarelle
Ausstellungsbeginn: 1. September 2000

**Vernissage am Mittwoch,
27. September 2000, 18.00 Uhr**

Totentafel

† 6/1999 bis 6/2000

Außer der Zeit gehört mir nichts.

Seneca

- Dr. med. Maria Barthel-Lindemann;** Pirna
Dr. med. Walter Böhm; Schneeberg
Dr. med. Gerhard Böttke; Sebnitz
Dr. med. Sabine Breidenbach; Leipzig
Dr. med. Eckhard Daniel; Leipzig
Dr. med. Heiner Eger; Holzhausen
Dr. med. Eberhard Eichler; Leipzig
Wolf Elbracht-Hülseweh; Zwickau
Lena Fasold; Dresden
Dr. med. Wolfgang Fink; Radebeul
Dr. med. Margreth Frisch; Zwochau
Grit Fröhlich; Chemnitz
Dr. med. Peter Fuchs; Dresden
Dr. med. Klaus Göhler; Kipsdorf
Dr. med. Manfred Goldbach; Strehla
Prof. Dr. med. habil.
Wolf-Eberhard Goldhahn; Leipzig
Dr. med. Ekkehard Grüner; Chemnitz
Dipl.-Med. Ralph Günther; Reinholdshain
Dr. med. Winfried Hagner; Dresden
Dr. med. Dieter Hanke; Radebeul
Dr. med. Christoph Hasper; Löbau
Prof. Dr. med. habil. Gerhard Heidelberg;
 Dresden
Dr. med. Rainer Herklotz; Freital
Dr. med. Gerhard Hiltner; Markkleeberg
Dr. med. Käthe Hinz; Jocketa
Dr. med. Hans-Georg Hofmann; Freiberg
Dr. med. Wolfgang Irmischer; Niederlungwitz
Dr. med. Monika KaueroFF; Markranstädt
Dr. med. Irene Kersten; Dresden
Dr. med. Gerhard Klein;
 Morgenröthe-Rautenkranz
Dr. med. Lotar Klemm; Glaubitz
Dr. med. Wolfgang Klinger; Bad Schandau
Dr. med. Joachim Kolbe; Dresden
Dr. med. Hans-Dieter Köpke; Bautzen
Dr. med. Gottfried Kotz; Leipzig
Dr. med. Wolfram Kuhnert; Bad Düben
Dipl.-Med. Gudula Lehmann; Lommatzsch
Dr. med. Hans-Günther Leidholdt; Bernsbach
Dr. med. Erika Lieschke; Leipzig
Dr. med. Achim Meier; Zwickau
Dr. med. Inge Moritz; Leipzig
Dr. med. Annemarie Nietzsch; Leipzig
Dr. med. Renate Papp; Leipzig
Dr. med. Christa Pfau; Chemnitz
Dr. med. Karl-Hermann Pflugbeil; Dresden
Dr. med. Ulrich Platz; Radebeul
Dr. med. Ursula Poenisch; Markkleeberg
Dipl.-Med. Petra Preuss; Radeberg
Dr. med. Hans-Jürgen Rehnig; Leipzig
Dr. med. Hans Reichelt; Freital
Günther Reinhardt; Schönborn
Dr. med. Ingeburg Rudolf; Plauen
Dr. med. Ingo Schubert; Schkeuditz
Dr. med. Nora Schulz; Dresden
Dr. med. Margit Schurk; Räckelwitz
Ulrich Seidel; Niederlungwitz
Dr. med. Wolfgang Spengler; Kottengrün
Dr. med. Treumund Spitzner; Pappritz
Dr. med. Peter Törpisch; Leisnig
Dr. med. Christian Urbig; Leipzig
Dr. med. Christian Vogel; Plauen
Dr. med. Klaus Weigel; Zwickau
Dr. med. Barbara Wiegand;
 Limbach-Oberfrohna
Dr. med. Konrad Wolf; Oelsnitz
Dr. med. Michael Zillmann; Heyda

Ärzteblatt Sachsen

Offizielles Organ der Sächsischen Landesärztekammer mit Publikationen ärztlicher Fach- und Landesorganisationen, erscheint monatlich, Redaktionsschluß ist jeweils der 10. des vorangegangenen Monats.

Herausgeber:

Sächsische Landesärztekammer,
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden,
Telefon (03 51) 82 67 - 0, Telefax (03 51) 82 67 - 4 12
Internet: <http://www.slaek.de>
DGN: <http://slaek.dgn.de>
e-mail: dresden@slaek.de

Redaktionskollegium:

Prof. Dr. Winfried Klug (V.i.S.P.)
Dr. Günter Bartsch
Prof. Dr. Siegwart Bigl
Prof. Dr. Heinz Diettrich
Dr. Hans-Joachim Gräfe
Dr. Rudolf Marx
Prof. Dr. Peter Matzen
Prof. Dr. Jan Schulze
Dr. jur. Verena Diefenbach

Redaktionsassistentz: Ingrid Hüfner

Anschrift der Redaktion

Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
Telefon (03 51) 82 67 - 3 51, Telefax (03 51) 82 67 - 3 52

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb

Leipziger Messe Verlag und Vertriebsgesellschaft mbH
Messe-Allee 1, 04356 Leipzig
Postfach 90 11 23, 04358 Leipzig
Telefon (03 41) 67 87 70, Telefax: (03 41) 6 78 77 12
Internet: <http://www.leipziger-messeverlag.de>
e-mail: boettcher@leipziger-messeverlag.de

Verlagsleitung: Thomas Neureuter

Herstellungsleitung: Elma Böttcher

Anzeigenleitung: Maja V. Schneider

Annahme von Kleinanzeigen für das Land Sachsen:
Andrea Winkler, Leipziger Messe Verlag,
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden,
Telefon (03 51) 8 26 72 28, Fax (03 51) 8 26 72 29
z. Z. ist Anzeigenpreisliste Nr. 3 vom 1. 1. 2000 gültig.

Druck: Druckhaus Dresden GmbH,
Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

Titelgestaltung: Hans Wiesenhütter, Dresden

Zuschriften redaktioneller Art bitten wir, nur an die Redaktion, Postanschrift: Postfach 10 04 65, 01074 Dresden, zu richten. Für drucktechnische Fehler kann die Redaktion keine Verantwortung übernehmen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt, Nachdruck ist nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers und Verlages statthaft. Mit Namen oder Signum des Verfassers gezeichnete Artikel entsprechen nicht unbedingt der Meinung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte Manuskripte übernehmen Redaktion und Verlag keine Haftung. Es werden nur unveröffentlichte Manuskripte angenommen. Mit der Annahme von Originalbeiträgen zur Veröffentlichung erwerben Herausgeber und Verlag das uneingeschränkte Verfügungsrecht. Die Redaktion behält sich Änderungen redaktioneller Art vor.

Bezugspreise/Abonnementpreise

Inland: jährlich 71,00 € (138,86 DM) zzgl. Versandkosten
Ausland: jährlich 73,00 € (142,78 DM) zzgl. Versandkosten
Einzelheft: 7,41 € (14,49 DM) zzgl. Versandkosten

Bestellungen nimmt der Verlag entgegen. Die Kündigung des Abonnements ist mit einer Frist von drei Monaten jeweils zum 31.12. eines Kalenderjahres möglich und schriftlich an den Verlag zu richten. Die Abonnementgelder werden jährlich im Voraus in Rechnung gestellt.



Die Leipziger Messe Verlag und Vertriebsges. mbH ist Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranlyse Medizinischer Zeitschriften e. V.