

11. Sächsischer Ärztetag 24. Kammerversammlung

15. und 16. Juni 2001



Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer

Arbeitstagung am 15. Juni 2001

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Professor Dr. Jan Schulze, eröffnete 14:00 Uhr den 11. Sächsischen Ärztetag und begrüßte herzlich die Mandatsträger der Sächsischen Ärzteschaft, die Ausschussvorsitzenden der Sächsischen Landesärztekammer und die Gäste.

Professor Dr. Schulze hieß vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie Herrn Ministerialdirigent Dipl.-Med. Albrecht Einbock, Leiter der Abteilung Gesundheitswesen, Herrn Jürgen Hommel, Leiter des Referates Recht des Gesundheitswesens/Beruferecht und Herrn Professor Dr. med. habil. Wieland Kiess von der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig besonders willkommen.

Berufspolitische Höhepunkt des ersten Tages waren die Vorträge von Herrn Rechtsanwalt Horst Dieter Schirmer, Bundesärztekammer Köln, Leiter der Rechtsabteilung, und von Herrn Dr. med. Otmar Kloiber, Bundesärztekammer Köln, Leiter des Auslandsdienstes.

Herr Dr. Horst Dieter Schirmer referierte über:

Europäisches Recht und Europäische Gesundheitspolitik und ihre Bedeutung für die ärztliche Berufsausübung

Wegen der besonderen Bedeutung dieser Gesamthematik und den Auswirkungen des Europäischen Gemeinschaftsrechts auf das deutsche Gesundheitswesen werden die Hauptthemen dieses komplexen Vortrages

- das gesundheitspolitische Mandat der Europäischen Union,
- Binnenmarktrecht und ärztliche Berufsausübung im Gesundheitswesen, insbesondere Freizügigkeits-Richtlinien für Ärzte,
- Gemeinschaftsrechtliche Bezüge der ärztlichen Tätigkeit im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung,
- „Schnittstellen“ der Regelkreise der Berufsausübung zum Europäischen Gemeinschaftsrecht

in einer Artikelserie in den nächsten Hefen im „Ärzteblatt Sachsen“ publiziert.

Das Vortragsthema von Herrn Dr. med. Otmar Kloiber lautete:

Das Gesundheitswesen der USA Versorgungsstrukturen und ärztliche Arbeit

Das amerikanische Gesundheitswesen ist an Technisierung, Risiko- und Innovationsbereitschaft nicht zu schlagen. Doch während die USA als eines der reichsten Länder der Erde ungefähr 14% ihres Bruttoinlandsproduktes (10,9% Deutschland) für die gesundheitliche Versorgung ausgibt, blieben 1998 knapp 44 Millionen der 281 Millionen Einwohner ohne Versicherungsschutz und damit auch ohne ausreichende gesundheitliche Versorgung. Dies ist hingegen nicht der einzige markante Widerspruch: Das seiner Philosophie nach völlig private Gesundheitswesen der USA wurde 1998 zu 45,5%, also fast zur Hälfte (18,4% Deutschland), aus öffentlichen Haushalten finanziert. Rein faktisch ist damit das amerikanische Gesundheitswesen viel näher an einem staatlichen Gesundheitswesen als das Sozialversicherungssystem Deutschlands. Ungefähr zur gleichen Zeit, in der in den 80er Jahren des 19. Jahrhunderts in Deutschland die gesetzliche Krankenversicherung eingeführt wurde, hat sich beim Eisenbahnbau in den USA die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen durch die Arbeitgeber als Lohnzusatzleistungen langsam entwickelt. Bezogen auf die Beschäftigten werden in den USA ca. 170 Millionen Personen durch ihre Arbeitgeber mit gesundheitlichen Leistungen versorgt. In der Regel kaufen die Arbeitgeber bei Versicherungen oder sogenannten „Health-Maintenance-Organisations“ (HMO) Gesundheitsdienstleistungen als Pakete mit abgeschlossenen (begrenzten) Leistungsumfängen für die Versicherten ein. Die gesundheitliche Absicherung der Arbeitnehmer und ihrer Familien ist von der Leistungsfähigkeit des Arbeitgebers abhängig, der die Gesundheitsversorgung seiner Angestellten oft als Anreiz für neue Angestellte braucht. Kleine Firmen oder Selbständige haben oft Schwierig-

keiten, eine gesundheitliche Versorgung ihrer Mitarbeiter zu garantieren oder müssen ganz darauf verzichten.

Die Absicherung des Krankheitsrisikos als freiwillige Leistung der Arbeitgeber hat dazu geführt, dass alte Menschen und in einem beschränkten Umfang Behinderte und Arme durch öffentliche Versicherungen abgesichert werden müssen. Darüber hinaus werden Kriegsveteranen und Staatsangestellte durch eigene staatliche Versorgungssysteme abgesichert. (Diese staatlichen Absicherungssysteme werden manchmal fälschlich als amerikanische Sozialversicherungen dargestellt. Ihnen fehlen aber zwei Hauptmerkmale von Sozialversicherungen, nämlich Beitragsfinanzierung und Selbstverwaltung.)

Medicare

Für die Personen im Alter von 65 Jahren und mehr sowie permanent berufsunfähige Personen und Personen mit terminalem Nierenversagen, ist die nationale Krankenversicherung Medicare zuständig.

Eine Abgabe von je 7,5%, die jeweils Arbeitnehmer und Arbeitgeber als sogenannte „ear-marked-tax“ für Medicare aufzubringen haben, sorgt für diese Altersabsicherung des Krankheitsrisikos (1,4%) sowie für eine vergleichsweise schmale Rente (Pension Trust Fund) und eine Arbeitsunfähigkeitsabsicherung (Disability Trust Fund). Im Bereich gesundheitlicher Versorgung älterer Menschen bezahlt der sogenannte Teil A von Medicare die Ausgaben von Krankenhausleistungen, die von dem genannten Personenkreis in Anspruch genommen werden müssen. Den durch Medicare versicherten Personen wird angeraten, freiwillig einen sogenannten Teil B (Supplementary Medical Insurance) beizutragen. Für ca. \$ 50 pro Monat können damit auch ambulante Leistungen und Medikamente in den Versicherungsschutz von Medicare einbezogen werden.

Mit der Entwicklung von „Managed Care“ hat sich Medicare auch gegenüber



Dr. med. Otmar Kloiber

diesen neuen Versorgungsformen geöffnet, so dass auch alte Menschen und chronisch Kranke prinzipiell in der Lage sind, durch sogenannte Managed Care Unternehmen abgesichert zu werden. Insgesamt wurden 1998 unter Medicare 39 Millionen Personen versichert, darunter 34 Millionen im Alter von 65 und mehr Jahren. Für den Teil A wurden von Seiten des Staates 129 Milliarden US Dollar aufgewandt, für den Teil B weitere 81 Milliarden, wobei ca. 25% dieses Betrages durch die freiwilligen Beiträge der Versicherten im Teil B aufgebracht wurden.

Medicaid

Die Absicherung der armen Personen erfolgt in einem beschränkten Umfang durch eine föderal/bundestaatlich getragene Versicherung, Medicaid. In Abhängigkeit der jeweils durch den einzelnen Bundesstaat festgesetzten Armutsgrenze können bedürftige Personen dann gegen das Krankheitsrisiko versichert werden, wenn zusätzliche Faktoren, wie zum Beispiel ein Alter von 65 Jahren oder älter, Blindheit, Erwerbsunfähigkeit, eine besondere Schutzbedürftigkeit oder weitere optionale Kriterien auf Staatenbasis vorhanden sind. Darüber hinaus wurden Familien mit abhängigen Kindern sowie Kinder unter sechs oder alleinstehende Schwangere bisher durch Medicaid abgesichert. Ar-

mut alleine ist kein Kriterium für die Aufnahme in Medicaid.

Da die Definition des Armutsniveaus den einzelnen Bundesstaaten unterliegt und die Ausdehnung von Medicaid durch eigene Programme durch die Bundesstaaten gestaltet werden kann, ist es nicht verwunderlich, dass der Anteil der nicht abgesicherten und versicherten Personen von Bundesstaat zu Bundesstaat sehr stark schwankt. Während 1999 in Texas 25% der Personen unter 65 Jahren ohne Krankenversicherung blieben, waren es im Bundesstaat Minnesota, in dem relativ europäische Sozialvorstellungen dominieren, nur 6,7%. Unversichert sind also die, die nicht „arm genug“ für Medicaid sind, andererseits aber keine Versicherung durch den Arbeitgeber geboten bekommen. Die Versicherungslücke ist zunehmend ein Mittelstandsproblem. Durch Medicaid waren Ende der 90er Jahre ca. 41 Millionen Personen abgesichert. Die Ausgabesumme von 190 Milliarden lag zwar deutlich unter den Ausgaben im Medicare, liegt aber in der gleichen Größenordnung. Von den Kosten für Medicare übernimmt Washington ca. 56%.

State Children Health Insurance Program (SCHIP)

Ohne Schutz gegen das Krankheitsrisiko und damit ohne ausreichende gesundheitliche Versorgung waren vor allem Kinder. Selbst im Medicaid Programm waren 51% der abgesicherten Personen Kinder. Mit dem Haushaltsgesetz von 1997 wurde deshalb eine weitere staatliche Versicherung, das sogenannte „State Children Health Insurance Program“ (SCHIP) eingeführt. Ebenfalls unter Ko-Finanzierung durch Washington und die Bundesstaaten werden Kinder und Jugendliche bis 18 Jahren aus Familien, deren Gesamteinkommen das doppelte des föderal festgelegten Armutsniveaus (34.100 Dollar pro Jahr in einem 4-Personen-Haushalt) nicht übersteigt, abgesichert. Für sie kann aus der neuen Versicherung sowohl die ambulante, als auch die stationäre Behandlung bezahlt werden.

11. Sächsischer Ärztetag

24. Kammerversammlung

15. und 16. Juni 2001

Managed Care

Die starke Eingriffsverwaltung, die in den USA vorherrscht, ist durch das gewinnorientierte Marktgeschehen im Gesundheitswesen entstanden. In den letzten 10 Jahren hat sich mit „Managed Care“ ein im wesentlichen profitorientiertes Gesundheitssystem entwickelt, in dem der Schutz vor Krankheit, die Behandlung von Patienten zum „Commodity Business“ abgeglitten ist. Fairerweise muss man anmerken, dass Begriffe wie „Solidarität“ oder „Subsidiarität“ in den USA nie eine Rolle gespielt haben. Managed Care zeichnet sich durch ein „selektives Kontrahieren“ der Versicherer mit einzelnen Leistungserbringern, zum Beispiel Ärzten, aus. In zunehmendem Maße werden Ärzte auch direkt bei den sogenannten Health Maintenance Organisations angestellt.

Unter Managed Care wird üblicherweise pauschaliert bezahlt: Im ambulanten Bereich vorwiegend durch eine sogenannte Pre-Paid Capitation, also eine im voraus gezahlte Kopfpauschale oder im Krankenhausbereich mit den (demnächst auch in Deutschland eingesetzten) Diagnosis Related Groups. Das Krankheitsrisiko wird damit massiv auf die Leistungserbringer, insbesondere die (auch im Krankenhaus tätigen) freiberuflichen Ärzte abgewälzt. Zwischen dem hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereich gibt es ein strenges „Gate-Keeping“, das heißt unter Managed Care geht kein Patient zum Facharzt, ohne nicht vorher durch den Hausarzt dorthin überwiesen zu werden.

Managed Care bedient sich im starken Maße sogenannter Utilisation Reviews. Diese zerfallen in 3 Typen:

■ **Pre-Reviews** steuern den Umfang der Leistungen, die gegenüber den Patienten erbracht werden können. Zum Beispiel wird in Positivlisten, sogenannten „Formularies“ festgelegt, welche Arzneimittel eingesetzt werden dürfen. Den Ärzten werden klare Behandlungsausschlüsse, einschließlich dem Ausschluss von teuren Behandlungsverfahren in die Hand gegeben. In Richtlinien, die im wesentlichen

nach betriebswirtschaftlichen Kriterien festgelegt worden sind, werden den Ärzten oft die billigsten Behandlungsverfahren verbindlich vorgeschrieben. Nicht selten wurde den Ärzten in der Vergangenheit sogar verboten, dem Patienten andere, oft bessere, aber nicht durch die Versicherung abgedeckte Leistungen, überhaupt nennen zu dürfen. Taten sie es dennoch, konnten sie aus dem Vertrag entlassen werden (gag-clauses).

■ **Concurrent Reviews** steuern Behandlungsentscheidungen durch die Versicherungen während der Behandlung, bis hin zu intra-operativen Entscheidungen, die Chirurgen per Telefon von den Versicherungen abrufen müssen. Dort sitzt dann eine Person (im günstigsten Falle eine weitergebildete Krankenschwester), die dem Arzt Anweisungen darüber gibt, wie er bei der Wahl, zum Beispiel des Operationsverfahrens weiter vorzugehen hat.

■ **Post-utilisation Reviews** erlauben eine nachträgliche Bilanzierung der Tätigkeit, sowohl hinsichtlich quantitativer Daten, zum Beispiel durch Frequenztabellen (Physician Profiling) oder auch durch die Analyse der Ergebnisse (Outcome Research), dem Verlauf von Qualitätsindikatoren (Report Cards), aber in zunehmendem Maße auch der Patientenzufriedenheit (Patient Satisfaction).

Für die meisten Amerikaner brachte Managed Care vordergründig eine Verbesserung ihrer Versorgung. Viele sahen sich, besonders Ende der 80er Jahre, nicht mehr im Stande, zum Beispiel ihre Arzt- und Krankenhausrechnungen aus eigenen Taschen vorzufinanzieren. Allein die Einführung des Sachleistungsprinzips unter Managed Care wurde von den Patienten sehr geschätzt und als ein großer Erfolg gewertet. Ebenfalls wurden von der Öffentlichkeit die Publikation von Qualitätsindikatoren für Ärzte und Krankenhäuser, die von einzelnen Versicherern oder von den Krankenhäusern selbst vorgenommen wurden, begrüßt. Sie wurden aber fälschlicherweise als Qualitätsbeweise interpretiert und führten dazu, dass die Qualitätssicherungsverfahren,

die sich immer auf einzelne Indikatoren bezogen, zu einem sogenannten „Window Dressing“ führten. „Window Dressing“ bedeutet, dass die Dienstleistungserbringer sich auch auf die Punkte konzentrierten, an denen sie gemessen und öffentlich verglichen wurden. Damit wurde gleichsam die Fassade immer schöner, das was dahinter lag, wurde aber oft vernachlässigt.

Für die Ärzte wurde Managed Care sehr rasch zum Alptraum. Unter den Klagen, die bei den sogenannten State Medical Associations eingehen, dominieren die Beschwerden über schleppende Bezahlung, einen extrem hohen Verwaltungsaufwand, die häufige Abwertung der Leistung durch die Managed Care Organisationen und ganz besonders auch die Verhandlungssohnmacht der Ärzte gegenüber den Managed Care Organisationen. 1999, mehr als 150 Jahre nach ihrer Gründung, sah sich dann die alt-ehrwürdige American Medical Association auch gezwungen, eine Gewerkschaft zu gründen: Die PRN (Physicians for Responsible Negotiation) vertritt die Interessen der angestellten Ärzte gegenüber den Versicherungen und HMOs, wobei dies nur ein Tropfen auf den heißen Stein sein kann, denn die meisten der amerikanischen Ärzte sind sowohl im niedergelassenen wie auch im ambulanten Bereich selbstständige Freiberufler und dürfen sich nach amerikanischem Recht nicht zum Verhandeln zusammenschließen. Die Ärzte sind damit relativ ohnmächtig der Verhandlungsmacht der Krankenversicherer ausgeliefert. Eine Situation, die wir aus unserem Land in den Jahren zwischen 1900 und 1928 mit all ihren negativen Konsequenzen kennen.

Der „Health Insurance Portability and Accountability Act“ (HIPAA)

Ein einfacher Stellenwechsel führte, wie oben ausgeführt, in den USA oft zu dem Verlust des Versicherungsschutzes und selbst, wenn der neue Arbeitgeber auch eine Versicherung anbot, war sie meist dann unerreichbar und unverfügbar, wenn der Arbeitnehmer oder seine Familien-

angehörigen an einer Vorerkrankung, „pre-existing conditions“, litten. Bezeichnenderweise wurden als „pre-existing conditions“ in vielen Fällen auch Schwangerschaften gewertet. Mit dem sogenannten HIPAA – Gesetz von 1996, das von vielen Amerikanern als großer Durchbruch in der Krankenversicherung angesehen wird, werden dem Versicherten beim Stellenwechsel moderate Rechte zur Neuversicherung bei den Krankenversicherungen eingeräumt.

Hatte ein Arbeitnehmer mindestens 18 Monate Versicherungsschutz und war er nicht länger als 63 Tage unversichert, muss der neue Versicherer, sofern der Arbeitgeber einen solchen Versicherungsschutz durch Gruppen- oder Einzelverträge anbietet, den Arbeitnehmer und seine Angehörigen aufnehmen und versichern. Nach wie vor bleiben aber noch viele Ausschlussgründe bestehen und es können natürlich Risikozuschläge erhoben werden. Als ein ebenfalls großer Durchbruch werden von amerikanischen Politikern die Einführung von obligaten Datenstandards mit einer garantierten Vertraulichkeit gefeiert. Während dies für die Vereinigten Staaten zweifelsfrei große Fortschritte darstellt, darf mit Fug und Recht bezweifelt werden, ob diese Regelungen, im Vergleich zum Schutzniveau durch die gesetzliche Krankenversicherung, dem bereits in Deutschland bestehenden vereinheitlichten Datenverkehr zwischen Leistungserbringern und Versicherungen und vor allen Dingen durch den bei uns hohen Datenschutz, in irgendeiner Weise für Deutschland vorbildlich sein können.

Patientenrechte

Die restriktiven Verträge der Krankenversicherer und HMOs gegenüber ihren Patienten und den Ärzten haben dazu geführt, dass sich Patienten und Ärzte Ende der 90er Jahre verstärkt für eine gesetzliche Formulierung der Patientenrechte eingesetzt haben. Ein bereits 1999 eingebrachter Gesetzentwurf geriet im Gangel zwischen Senat, Repräsentanten-

haus und Präsident in eine Hängepartie und konnte erst durch eine Vorlage im Senat in diesem Jahr neu belebt werden. Darin sollen den Patienten einige Leistungsverbesserungen gesetzlich garantiert werden. So zum Beispiel

- ein besserer Zugang zu Spezialisten, besonders Gynäkologen und Pädiatern,
- das Einholen von Zweitmeinungen in bestimmten onkologischen Fällen,
- die Deckung von Krankenhausaufenthalten bei bestimmten Brustkrebsbehandlungen (z.B. Mastektomien) und
- eine Begutachtung von Entscheidungen des Health-Plans durch externe ärztliche Gutachten.

Uneinigkeit besteht zwischen den Autoren dieser Vorschläge, den konservativen Republikanern und dem Präsidenten in

der Frage der Beklagbarkeit und Haftung der Versicherungen bzw. HMOs gegenüber den Versicherern. Während diese sich momentan durch ihre Verträge den Rechtsweg und ihre Haftungspflicht weitgehend ausschließen lassen, sollen sie nach dem Vorschlag der Senatoren Edwards, Kennedy und McCain in Zukunft unbegrenzt in Bezug auf medizinische Behandlung und bis zu 5 Millionen US Dollar für sonstige Schäden und Schmerzen haften. Präsident Bush ist mit seinen Anhängern dagegen der Meinung, dass eine Begrenzung auf 500.000 Dollar für die sonstigen Schäden und Schmerzkompensation ausreichend ist.

Für die Situation in den Vereinigten Staaten noch ausschlaggebender ist allerdings die Tatsache, dass der erste Vorschlag den

11. Sächsischer Ärztetag

24. Kammerversammlung

15. und 16. Juni 2001

Klageweg sowohl vor lokalen als auch vor Bundesgerichten erlauben möchte, wohingegen der Präsident die Klagen ausschließlich bei den Bundesgerichten angesiedelt sehen möchte. Dies ist leicht zu verstehen, wenn man weiß, dass lokale Gerichte in der Vergangenheit wesentlich patientenfreundlicher entschieden haben als Bundesgerichte. Ein weiteres Argument gegen den weitreichenderen Vorschlag von Edwards, Kennedy und McCain sind die zu erwartenden Kostensteigerungen von 4,2%, die noch mehr Arbeitgeber dazu verleiten könnten, die Krankenversicherungen als Zusatzleistung zukünftig auszugeben und damit noch mehr Menschen in einen versicherungslosen Zustand abdriften ließen.

Fazit

Die hohe Experimentierfreudigkeit der Amerikaner läßt das amerikanische Gesundheitswesen geradezu zu einem Labor der Möglichkeiten werden, in dem nicht nur neue medizinische Verfahren entwickelt und erprobt werden, sondern auch medizin-ökonomische Zusammenhänge und Fragen der Qualitätssicherung entwickelt werden und für uns studierbar sind. Und während einzelne Aspekte zu Verfahren des Qualitätsmanagements, der Verantwortlichkeit (Accountability) und der Kostendämpfung sicherlich auch für uns interessant sind, ist die Gesamtentwicklung, besonders das sogenannte Managed Care, insgesamt als patienten- und arztfeindlich einzustufen. Besonders auffällig ist, dass die Marktorientierung des amerikanischen Gesundheitswesens keineswegs zu mehr Freiheitsgraden für Patienten und Ärzte führt, sondern im Gegenteil eine starke staatliche Eingriffsverwaltung, mit all ihren Nachteilen, zum Schutz rudimentärer Patientenrechte notwendig macht. In der Betrachtung der amerikanischen Verhältnisse darf festgestellt werden, dass eine stärkere Vermarktlichung des Gesundheitswesens auch in Deutschland keine Verbesserung für Patienten und sozial-verantwortliche Leistungserbringer erwarten lässt.

Abendveranstaltung

Zu der festlichen Abendveranstaltung begrüßte der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer herzlich Frau Brigitte Zschoche, Vizepräsidentin des Sächsischen Landtages; Herrn Staatssekretär Dr. Albin Nees, Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie; Herrn Professor Dr. med. habil. Volker Bigl, Rektor der Universität Leipzig; Herrn Budewig, Präsident des Sächsischen Oberlandesgerichtes; vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie, Herrn Werner Nicolay, Herrn Ministerialdirigent Albrecht Einbock, Herrn Dr. Dietmar Kasprk; von den gesetzlichen Krankenkassen, Herrn Rolf Steinbronn, Vorsitzender des Vorstandes der AOK Sachsen; Herrn Hans-Günther Verhees, Stellvertretender Vorstandsvorsitzender der AOK Sachsen; Herrn Hans-Peter Marr, Geschäftsführer VdAK Landesvertretung Sachsen; Herrn Klaus Tröger, Geschäftsführer Deutsche Angestellten Krankenkasse, Landesgeschäftsstelle Sachsen/Thüringen; die Vorsitzenden der Kreisärztekammern, die Vorsitzenden der Ausschüsse und Kommissionen der Sächsischen Landesärztekammer; die Vorsitzenden der wissenschaftlichen Fachgesellschaften und der ärztlichen Berufsverbände in Sachsen.

Totenehrung

Die Anwesenden des Sächsischen Ärztetages gedachten wie in jedem Jahr derjenigen Ärztinnen und Ärzte unserer Sächsischen Landesärztekammer, die seit dem 10. Ärztetag 2000 verstorben sind. Auf der Seite 341 dieses Heftes sind die Namen der Verstorbenen genannt. Alle Teilnehmer des Sächsischen Ärztetages erhoben sich zu Ehren der 54 Verstorbenen von ihren Plätzen. Wir werden diese verstorbenen Kolleginnen und Kollegen und all diejenigen, die hier nicht namentlich erwähnt werden konnten, in guter Erinnerung behalten und ihnen ein ehrendes Andenken bewahren.



PD Dr. sc. med. Wolfgang Saueremann,
Prof. Dr. Siegwart Bigl (v. l.)

Verleihung der „Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille 2001“

Wir befinden uns in der guten Tradition der vor etwa 100 Jahren von den Gründungsvätern deutscher ärztlicher Berufs- und Standespolitik, Professor Dr. Hermann Eberhard Friedrich Richter aus Dresden und Dr. Hermann Hartmann aus Leipzig, erhobenen Forderungen, dass mit der ärztlichen Selbstverwaltung die eigenen berufsständigen Angelegenheiten zu regeln sind und gleichzeitig ein aktiver Beitrag zur Mitgestaltung des Gesundheitswesens zu leisten ist.

Es ist eine ehrenvolle, mittlerweile sechsjährige Tradition, 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

**Herrn Prof. Dr. med. habil.
Siegwart Bigl, Chemnitz**

**Herrn Dr. med.
Mathias Cebulla, Leipzig**

**Herrn Dr. sc. med.
Wolfgang Saueremann, Dresden**

Herr Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl wurde am 23. November 1938 in Bernsdorf, Kreis Glauchau, geboren. Nach dem Besuch der dortigen Grundschule absolvierte er 1956 die Oberschule in Lichtenstein mit dem Abitur. Anschließend studierte er Humanmedizin in Leipzig und Dresden, wo er an der Medizinischen Akademie Carl Gustav Carus 1962 das Staatsexamen ablegte und im gleichen Jahr zum Dr. med. promoviert wurde. Nach Pflichtassistenten- und allgemeinärztlicher Tätigkeit trat er 1964 in das Hygiene-Institut Karl-Marx-Stadt ein, erwarb den Facharzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie und wirkte von 1967 bis 1970 als Leiter der Abteilung Mikrobiologie. 1970 wechselte er an die Kinderklinik am Ernst-Scheffler-Krankenhaus Aue. Hier schloss er 1973 die Weiterbildung zum Facharzt für Kinderheilkunde erfolgreich ab und war von 1974 bis 1977 als Oberarzt tätig. 1977 kehrte er an das Bezirks-Hygiene-Institut Karl-Marx-Stadt (seit 1990 Chemnitz) zurück und prägte als Bereichsleiter für Infektionsschutz bis 1990 maßgeblich das anerkannt hohe fachliche Niveau dieses Bereiches. Da sein besonderes Interesse stets infektionsepidemiologischen und immunprophylaktischen Problemen galt, habilitierte er 1985 an der Akademie für die ärztliche Fortbildung mit dem Thema „Studien zur Erprobung und Anwendung der Mumpsimmunprophylaxe in der DDR sowie zur Serodiagnostik und Epidemiologie des Mumps“ zum Dr. sc. med. und erhielt 1987 die *Facultas docendi* an dieser Einrichtung für die Fächer Infektiologie und Mikrobiologie. Nach der Wende wurde Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl die Funktion des

Direktors des oben genannten Institutes übertragen. Mit Gründung der Nachfolgeeinrichtung, der Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen, wurde er am 1. Oktober 1992 zum Vizepräsidenten und Abteilungsdirektor Humanmedizin berufen und mit der Wahrnehmung der Präsidentschaft für 2 Jahre beauftragt, eine Funktion, die er im Zuge der in zweijährigen Abständen zwischen den 3 Vizepräsidenten erfolgenden Rotation vom 1. Juni 1997 bis 31. Mai 1999 erneut ausübte. Zwischenzeitlich erwarb er den Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin. 1998 erhielt er eine außerplanmäßige Professur nach Sächsischem Hochschulgesetz (SHG) an der Universität Leipzig. Zahlreiche einschlägige Publikationen, die seit 1993 wahrgenommenen Vorlesungen (Impfkurse für Studenten der Humanmedizin an der Univ. Leipzig), die Tätigkeit als Vorsitzender der Sächsischen Impfkommision (seit 1991) und als Mitglied der Ständigen Impfkommision am Robert-Koch-Institut (seit 1999) unterstreichen sein engagiertes Wirken auf immunprophylaktischem Gebiet. Die Sächsische Landesärztekammer ehrt mit Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl einen Arzt und Wissenschaftler, der außer seiner hauptberuflichen Tätigkeit, dem nebenamtlichen Wirken als Pädiater sowie der Mitarbeit in zahlreichen wissenschaftlichen Gremien inner- und außerhalb Sachsens, den Belangen der Sächsischen Landesärztekammer stets aufgeschlossen gegenübersteht und beispielgebend an Problemlösungen mitarbeitet. Seit 1995 arbeitete er aktiv im Ausschuss „Prävention und Rehabilitation/Gesundheit und Umwelt“ mit und übernahm 1999 den Vorsitz des Ausschusses „Hygiene und Umweltmedizin“. Dabei war und ist er unter anderem maßgeblich an der alljährlichen Durchführung des Dresdner Kolloquiums „Umwelt und Gesundheit“ beteiligt. Auch hier ist es sein Bestreben, den Gedanken der Prävention als gemeinsames Anliegen von niedergelassenen und im Krankenhaus tätigen Ärzten sowie dem Öffentlichen Gesund-

heitsdienst zu fördern. Herr Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl ist seit 1995 Mandatsträger für die Kammerversammlung und seit 1999 Mitglied des Redaktionskollegiums des „Ärzteblatt Sachsen“.

Herr Dr. med. Mathias Cebulla wurde am 23. August 1944 in Warnsdorf geboren. Nach Abschluss der Schulbildung mit dem Abitur 1963 an der Humboldt-Oberschule Leipzig und Absolvierung eines praktischen Jahres als Hilfspfleger studierte er an der damaligen Karl-Marx-Universität Leipzig Medizin. 1970 legte er das Staatsexamen ab und arbeitete anschließend als Assistenzarzt in Weiterbildung am Evangelisch-Lutherischen Diakonissenhaus Leipzig bis 1974.

Am 1. Oktober 1974 wechselte er zur Robert-Koch-Klinik Leipzig, der er bis heute angehört. 1976 erfolgte die Anerkennung als Facharzt für Innere Medizin und 1979 die für das Teilgebiet Pneumologie.

Seit 1983 arbeitet Herr Dr. med. Mathias Cebulla als Oberarzt der Robert-Koch-Klinik besonders im Bereich der endoskopisch-bioptischen Diagnostik.

Neben seiner hauptamtlichen Tätigkeit engagierte sich Herr Dr. med. Mathias Cebulla berufspolitisch im Hartmannbund, Landesverband Sachsen, und besonders in der Sächsischen Landesärztekammer. Er war Mitglied der Initiativgruppe zur Gründung der Landesärztekammer und leistete besonders in dieser Zeit wichtige Informations- und Aufklärungsarbeit in zahlreichen Veranstaltungen an vorderster Front. Die Gründungsversammlung der Sächsischen Landesärztekammer stand unter seiner Leitung. Er wurde Mitglied des Versorgungsausschusses und war am Aufbau der Sächsischen Ärzteversorgung maßgeblich beteiligt. Durch seinen unermüdlichen Einsatz in ungezählten Veranstaltungen und Gesprächen im gesamten Regierungsbezirk Leipzig war er nicht nur Aufklärer und Helfer der Kollegen, sondern dadurch auch am Erfolg der Sächsischen Ärzteversorgung maßgeblich beteiligt. Herr Dr. med. Mathias Cebulla war Mitglied des Verwaltungsaus-

11. Sächsischer Ärztetag

24. Kammerversammlung

15. und 16. Juni 2001

schusses und ist seit zwei Legislaturperioden noch ein gewählter Stellvertreter in diesem Gremium. Er ist außerdem von Beginn an im Ausschuss Sächsische Ärztehilfe aktiv und war auch im Krankenhausausschuss tätig. Im Vorstand der Kreisärztekammer Leipzig Stadt hatte er die Funktion des Schriftführers über eine Wahlperiode und ist jetzt verantwortlich für Vermittlungsangelegenheiten. Als langjähriges Mitglied der Kammerversammlung ist er als logisch denkender, sachlich diskutierender, stets kollegialer, dabei nie das Wohl des Patienten vergessender Arzt bekannt.

Herr Privatdozent Dr. sc. med. Wolfgang Sauermann wurde am 28. September 1943 in Dresden geboren. Nach Abschluss seiner Schulbildung studierte er Humanmedizin in Berlin und Dresden, wo er an der Medizinischen Akademie „Carl Gustav Carus“ sein Staatsexamen ablegte und 1970 zum Dr. med. promovierte. Nach Pflichtassistenten an der Kreispoliklinik Dippoldiswalde absolvierte er die Facharztweiterbildung zum Neurologen an der Neuropsychiatrischen Klinik der Medizinischen Akademie Dresden. Im Verlauf seiner langjährigen Tätigkeit avancierte er zum Oberarzt und stellvertretenden Klinikleiter dieser Einrichtung. Besonders hervorgehoben ist seine integere Arztpersönlichkeit, sein umfangliches Wissen und seine breiten praktischen Erfahrungen, die mit akademischen Graduierungen ausgezeichnet wurden und durch die er letztlich zum Chefarzt der Neurologischen Klinik des Städtischen Krankenhauses Dresden-Neustadt berufen wurde. Herr Sauermann ist einer der frühen Mitgestalter in den Vorläuferorganisationen unserer Kammer. So hat er sich von Anfang an für die Neugestaltung ärztlicher Berufs- und Standespolitik eingesetzt. Herr Dr. Wolfgang Sauermann war ein aktives Gründungsmitglied des Unabhängigen Verbandes der Ärzte und Zahnärzte Sachsens, eine der Vorläuferorganisationen der Sächsischen Landesärztekammer in der Wendezeit. Herausragende Verdienste hat er sich als langjähriger Vorsitzender

des Satzungsausschusses der Sächsischen Landesärztekammer erworben. Seine kritisch-konstruktiven Beiträge im Ausschuss, in der Kammerversammlung und in sonstigen Gremien der Sächsischen Landesärztekammer sind stets zielführend und gewinnbringend.

Im Namen von Herrn Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl und Herrn Dr. med. Mathias Cebulla, der aus dienstlichen Gründen nicht anwesend sein konnte, dankte Herr Priv.-Doz. Dr. sc. med. Wolfgang Sauermann für die Auszeichnung.

Danksagung

Sehr verehrter Herr Staatssekretär Nees, sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen!

Die Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille wird in Sachsen anlässlich eines Ärztetages in der Regel an drei Ärzte verliehen, die wir als berufspolitisch engagiert kennen und entsprechend schätzen. Als nun bekannt wurde, dass in diesem Jahr wir drei – Herr Kollege Cebulla, Herr Kollege Bigl und ich – die hohe Ehrung erfahren sollten und mir zudem die ehrenvolle Aufgabe zufiel, für uns drei die Dankesworte zu sprechen, kommentierte das meine Frau neben dem Ausdruck ihrer Freude mit folgenden Worten: „Du wirst es nun akzeptieren müssen, wir werden alt. Man ehrt Dich, und das geschieht immer im Alter.“

Über diese Worte bin ich sehr erschrocken, eigentlich war ich auch beleidigt. Doch dann haben sie meine Gedanken beschäftigt, und dem habe ich nachgegeben. Erfahrung hat mich gelehrt, es lohnt immer, die Bemerkungen unserer Partner zu überdenken – also auch die meiner Frau im Bezug auf das Ehrenamt.

Unsere Partner sind nicht in unseren Versammlungen. Sie sind nicht anwesend zu den abendlichen bis nächtlichen Sitzungen, den Wochenendtagungen, den Besprechungen und den berufspolitischen Auseinandersetzungen. Aber sie gewähren und unterstützen unser ehrenamtliches Tun, müssen uns manchmal sogar erdul-

den nach solchem Tun, den Überhang, unser Weitergrübeln, Zweifeln und Werten ertragen – so sind sie beteiligt, vielleicht auch mit uns geehrt.

Herr Cebulla, Herr Bigl und ich – und alle Richter-Medaillen-Geehrten der Sächsischen Ärzteschaft vor uns – und vielleicht auch noch nach uns – müssen wir zur Auszeichnung alt sein? Verlangt der Anlass tatsächlich, dass wir uns zum Alter bekennen? Hat unser Berufsstand seine Riten des Ehrens erfolgreicher Tätigkeiten ganz allgemein etwa an das Alter gebunden? Wie wird die Jugend im Beruf anerkannt? Wie, was sind deren ehrenvolle – und damit auszeichnungswürdige – Taten für den ärztlichen Berufsstand? Was sind deren Riten der Anerkennung? Haben wir Jungen und Alten noch gemeinsame Riten der Ehrung und Anerkennung? Sind unsere Riten für die Jugend überhaupt attraktiv? Nehmen wir in verschiedenen Lebensaltern unser Tun unterschiedlich wahr, bewerten wir es anders? Oder gibt es eine „kritische Menge“ an verdienstvollem Tun, die erst im höheren Berufsalter erreicht werden kann? Oder nimmt die ärztliche Körperschaft des Ehrens werte Tätigkeit erst nach anhaltendem oder auffälligem oder unübersehbarem Tun wahr? Oder gar: Sind die Strukturen unserer berufspolitischen Tätigkeit und unser Tun in ihnen vielleicht überaltert? Schauen wir auf Hermann Eberhard Friedrich Richter:

Er wurde in Anerkennung seiner Leistungen für die deutsche Ärzteschaft mit einem Denkmal erst geehrt, nachdem er bereits 21 Jahre nicht mehr lebte, obwohl er mit 68 Lebensjahren ein durchaus zeitgemäßes Alter erreichte.

Als er mit unter 40 noch jung war, hatte er beruflich bereits außerordentliche Erfolge zu verzeichnen und wurde in Dresden zum Professor für allgemeine und spezielle Therapie berufen. In dieser Position setzte er sich in Sachsen aktiv für revolutionäres – aus heutiger Sicht modernes – Gedankengut ein, stand sogar auf der



Staatssekretär Dr. Albin Nees

Barrikade der Revolution. Geehrt wurde der jugendliche Professor dafür nicht, vielmehr mit 40 aus seiner Stellung entfernt. Seine großen berufspolitischen Verdienste als Mitinitiator der Gründung des Deutschen Ärzteverbundes erwarb er jenseits des 60. Lebensjahres. Damit war er, als er seine zeitüberdauernden berufspolitischen Aktivitäten entfaltete, tatsächlich „schon älter“. Es ist nicht zu leugnen, die Weisheit des Alters hat den Grundstein für eine einheitliche deutsche Ärztebewegung gelegt. Das heißt aber nicht, – das darf nicht heißen! – dass nur das Alter zur Errichtung des Bauwerks berechtigt. Im Gegenteil: Nur die Jungen können die Gestaltung moderner effektiver Strukturen der Ärzteschaft garantieren! Wir drei freuen uns sehr, dass unser berufspolitisches Engagement auf unterschiedlichen Gebieten mit dieser Ehrung anerkannt und ins öffentliche Licht gestellt wird. Wir wünschten uns, dass das Anliegen dieser Medaille auch jüngeren, was sage ich, jungen! Kollegen attraktiv und erstrebenswert wird und bald ein Kollege zu gleichem Anlass hier spricht, dessen Partner sich ganz anders äußert als meine es tat.

Ein besonderer Höhepunkt der festlichen Abendveranstaltung war die Ansprache von Herrn Staatssekretär Dr. Albin Nees zum Thema:

Die demographische Entwicklung als gesundheitspolitische Herausforderung

Zu Beginn des 21. Jahrhunderts sehen sich alle modernen Gesellschaften durch vielfältige Veränderungs- und Entwicklungsprozesse in praktisch allen Lebensbereichen herausgefordert. Jede Gesellschaft, die ihre Zukunftschancen sichern will, muss auf die neuen Fragen neue Antworten finden. Mit den Begriffen Globalisierung, Computerisierung und Technisierung, mit den Stichworten

■ Überschuldung der öffentlichen Haushalte,

■ Unübersichtlichkeit und Komplizierung der Lebenswirklichkeit und des Rechts, ■ Orientierungsdefizite und Wertewandel sind einige wichtige Herausforderungen benannt.

Noch bedeutender als die genannten sind zwei andere Herausforderungen, denen wir uns zu stellen haben:

■ die nachhaltige und tiefgreifende Veränderung der Familienstruktur und ■ die demographische Entwicklung.

Beide hängen eng zusammen. Und wo sie – wie in ganz Europa – zusammen wirksam werden, wo sie sich parallel entwickeln, da verstärken sie ihre Auswirkungen – allerdings nicht nur im Sinne einer Addition, sondern im Sinne einer

11. Sächsischer Ärztetag

24. Kammerversammlung

15. und 16. Juni 2001

Multiplikation. Mein Thema ist die demographische Entwicklung. Aber wegen des engen Zusammenhangs muss ich doch ein paar Hinweise geben zum Ausmaß und zur Relevanz der Änderungen in der Familienstruktur. Im Jahr 1900 hatten wir 7 % Einpersonenhaushalte, heute sind es 37 %. Aber: unser soziales Sicherungssystem, das vor 100 Jahren entstanden ist, baut (unausgesprochen) darauf auf, dass Ehe und Familie als Einrichtungen „funktionieren“, in denen man füreinander einsteht und miteinander teilt. Sie sind Fundament auch für das System unserer sozialen Sicherung – sowohl in wirtschaftlicher als auch in personaler Hinsicht. Und dieses Fundament bröckelt. Vor diesem Hintergrund kann ich mich jetzt meinem eigentlichen Thema zuwenden: Die demographische Entwicklung als gesundheitspolitische Herausforderung. Das demographische Problem ist nicht neu. Der entscheidende Knick ging einher mit der Erfindung der Pille und der Liberalisierung des Schwangerschaftsabbruchs. Mit dem Ziel einer finanzierbaren langfristigen Sicherung der Renten bemühen sich Experten bereits seit zwei Jahrzehnten um das Entstehen eines Problembewusstseins. Politisch gestaltet wird dieses gesamtgesellschaftlich drängende Thema erst in jüngster Zeit. Ich nenne das Stichwort „demographische Komponente“.

In der Gesundheitspolitik findet die demographische Entwicklung erst jetzt die notwendige Beachtung. Ähnlich wie bei der Rentendiskussion waren bis vor kurzem noch die Experten unter sich, ohne dass dieses Thema zu einer breiteren Öffentlichkeit gelangen konnte.

Spätestens mit der Anhörung im deutschen Bundestag vor einigen Monaten hat sich dies jedoch geändert.

Einige Zahlen sollen die dramatischen demographischen Veränderungen verdeutlichen: Im Jahre 1900 waren 6,3 % der Frauen und Männer in Sachsen über 60 Jahre alt, gegenwärtig sind es 25 % und im Jahr 2040 werden es 34 % sein. 1960 hatten wir in Deutschland knapp

50.000 Menschen mit 90 und mehr Jahren. Heute haben wir 350.000 Menschen, die 90 Jahre und älter sind. Laut Prognose werden es im Jahr 2050 weit über eine Million sein. Diese Entwicklung wirkt sich selbstverständlich auch auf die Pflegefälle aus. Insgesamt wurden im Jahr 1996 gut 1,5 Mio. Pflegefälle gezählt. Im Jahr 2050 werden es 2,5 Mio. sein.

Auf der Ausgabenseite der Gesetzlichen Krankenversicherung stellt sich die Situation so dar: In Ostdeutschland betragen die Ausgaben für einen Versicherten im Jahre 1999 bei den unter 50jährigen rund 1.900 DM, während für die über 80jährigen 7.200 DM ausgegeben wurden.

Angesichts solcher Zahlen besteht die Gefahr, die Erfolge der Medizin, der die höhere Lebenserwartung zu verdanken ist, nicht als Segen, sondern als Fluch zu bewerten. In eine gedankenlose Politologen- und Soziologensprache hat längst das Unwort von der Alters-„Last“ oder von der Soziallastquote Eingang gefunden, wobei mit Soziallast die unter 20jährigen und die über 60jährigen gemeint sind. Hier ist Vorsicht geboten, wenn wir die Humanität unserer Staats- und Gesellschaftsordnung bewahren wollen. Auch das ist der Hintergrund, vor dem wir uns mit dem Thema beschäftigen. Ich halte fest:

Bislang ging es in der öffentlichen Diskussion immer um die Rente, wenn das demographische Problem diskutiert wurde. Selten ging es um die Gesundheitsdienste und kaum um die Pflege.

Eine zweite Schiefelage ist:

In der öffentlichen Diskussion geht es fast ausschließlich um Finanzierungsfragen, um Geld. Viel schwieriger als die Bereitstellung von Geld ist es, für eine ausreichende Zahl helfender Hände zu sorgen. Und außer den bezahlbaren Bedarfen des Menschen gibt es auch noch unbezahlbare: Zuwendung, Verstehen, Angenommen-Sein, Entgegenkommen, Kontakt – zusammengefasst: Mitmenschlichkeit. Jeder von Ihnen weiß, wie sehr es besonders bei kranken, einsamen und pflegebedürftigen Menschen auf persön-

liche Ansprache und auf Zuhören und Zuspruch ankommt. Sie kennen die Zeitbudgets, die den Ärzten und Pflegekräften zur Verfügung stehen. Die Engpässe sind uns bekannt. Ärzte, Krankenschwestern und Pflegekräfte sollen sich selbstverständlich fachlich und mitmenschlich dem Kranken oder Pflegebedürftigen zuwenden. Aber sie können nicht die für jeden Menschen notwendigen dauerhaften mitmenschlichen Bindungen und Kontakte ersetzen. Sie können die Defizite nicht wettmachen, die durch den Verlust an Familie und an nachbarschaftlicher Hilfsbereitschaft entstanden sind. Mir scheint: Auch im Bereich der Gesundheitspolitik brauchen wir dringend ein gesellschaftliches Umdenken. Immer noch meinen viele Bürgerinnen und Bürger, der Staat oder die Krankenversicherung könne alles leisten. Jedenfalls sind es nach dieser Auffassung andere, die für uns etwas leisten müssen: entweder der Staat – wir bezahlen schließlich Steuern – oder die Krankenkassen – wir bezahlen schließlich Beiträge. Weder der Staat noch die Kassen können das leisten, was Aufgabe der kleinen Lebenskreise ist. In der Rentenversicherung reden wir neuerdings viel von der Bedeutung der privaten Vorsorge. Wir sollen Kapital ansammeln, das wir im Alter aufbrauchen können. Ich sage: Wir benötigen eine erweiterte Sicht von individueller Vorsorge. Die Vorsorge durch das Ansparen materieller Güter muss ergänzt werden durch das Ansparen immateriellen Kapitals. Das ist die erweiterte Vorsorge, die das Knüpfen am sozialen Netz der Mitmenschlichkeit nicht ausspart. Diese Vorsorge liegt nach meiner Einschätzung in einer neuen Kultur des Miteinanders. Jeder von uns ist für seine kleinen Lebenskreise verantwortlich. Das beginnt nicht mit 65. Diese Vorsorge durch Aufbau von verlässlichen Kontakten kann nicht früh genug beginnen. Soziale Integration ist eine Lebensaufgabe. Durch das Sitzen vorm Fernseher knüpfen wir keine Kontakte – im Gegenteil, wir machen uns eher kontaktfähig. Die körperliche, geistige und

mentale Passivität des Fernsehkonsums mindert gerade die Fähigkeiten, die der Mensch braucht, um möglichst lange rüstig zu bleiben. Die Inaktivitätsatrophie, die ein nicht bewegter Muskel erleidet, trifft im übertragenen Sinne auf geistigem Gebiet auch den, der nicht weiter mitdenkt, und auf seelischem Gebiet den, der nicht mehr mitfühlt. Vor einiger Zeit habe ich gelesen: Die Zukunft unseres Landes hängt ab von Qualität, Gesundheit und Motivation. Genau das ist es: Qualität – dahinter stecken all die Anstrengungen und Erfolge, die unsere Wissensgesellschaft ausmachen werden. Gesundheit – das ist das Maß unserer Leistungsfähigkeit, nicht nur zwischen 25 und 65. Und Motivation – das meint unseren unbedingten Willen, jederzeit das Bestmögliche zu tun. Es geht um die Einheit von Wissen, Können und Wollen. Und die Ärzteschaft hat einen entscheidenden Anteil daran, dass dieses Wissen, Können und Wollen auch Früchte trägt. Der Staatsrechtler und ehemalige Richter am Bundesverfassungsgericht, Prof. Ernst Wolfgang Böckenförde, hat vor etwa 10 Jahren eine interessante These entwickelt. Sie lautet: Der Staat lebt von Voraussetzungen, deren Vorhandensein er selbst nicht garantieren kann. Wer kann dieser These widersprechen? Die Voraussetzungen, von denen der Staat lebt, sind vom einzelnen Menschen abhängig, von seinen Fähigkeiten, seinem guten Willen, seiner Einsatzfreude. All das ist nicht verordnungsfähig. Der Staat lebt von Voraussetzungen, die der Einzelne in der Familie anerzogen bekommt. Und er lebt auch vom Wirken der Kirchen und Religionsgemeinschaften, der Sport-, Kultur-, Umwelt- und Sozialverbände. Was Böckenförde sagen will, ist dies: Ohne die Befolgung des Sittengesetzes, ohne die Erziehung der Kinder, ohne das Motiviertsein des Einzelnen ist der Staat, ist ein Gemeinwesen nicht lebensfähig. Böckenförde hat Recht.

Aber genau so richtig ist, was ein Kollege von Böckenförde, ein anderer ehemaliger Richter am Bundesverfassungs-

gericht, Prof. Paul Kirchhof, entgegnet hat, nämlich: Der Staat lebt von Voraussetzungen, für deren Vorhandensein er mitverantwortlich ist. Das kann doch nur als Auftrag an die Politiker und die Staatsorgane aufgefasst werden, durch wirklich aktive Politikgestaltung auf bestimmte gesellschaftliche Entwicklungen nicht nur zu reagieren, sondern sie positiv zu beeinflussen. Obwohl der Staat das Vorhandensein der Voraussetzungen, von denen er lebt, nicht garantieren kann, ist er doch nicht hilflos. Er ist mitverantwortlich. Der Staat muss – zum Beispiel im Steuerrecht – alles tun, um die Motivation des Einzelnen zu erhalten. Der Staat muss die Familie fördern – ideell und materiell, damit sie ihre Aufgabe der Kindererziehung erfüllen kann und will. Der Staat hat dafür zu sorgen, dass alle, auf deren Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft es ankommt, dieser Erwartung entsprechen. Dazu gehört in besonderer Weise die Ärzteschaft. Der Staat – so Kirchhof – lebt von Voraussetzungen, für deren Vorhandensein er mitverantwortlich ist. Die Art der Gestaltung des Gesundheitswesens ist wichtig. In Bezug auf die Familie sagt Kirchhof eindeutig, dass sie auch materiell gefördert werden muss. Dabei geht es nicht um eine Art „Bestrafung“ Kinderloser. Es geht um die Würdigung der besonders wichtigen Familienleistung, die ja allen zu Gute kommt – auch den Kinderlosen. Und es geht darum, der Gefahr der Demotivation der Familien zu entgegen. Gilt dies nicht auch für die Arbeit der Ärzte? Mein Minister, Dr. Geisler, hat in den letzten 10 Jahren mehrfach die Bundesgesundheitsminister angesprochen und angeschrieben: Gerda Hasselfeld, Horst Seehofer, Andrea Fischer und Ulla Schmidt. Ist die Langsamkeit der Einkommensanpassung nicht unzumutbar? Heute im Osten Deutschlands noch immer für deutlich weniger Geld deutlich mehr arbeiten zu müssen, wirkt demotivierend. Paul Kirchhof hat immer wieder darauf hingewiesen, dass die Bereitschaft der Familie zur gemeinnützigen Aufgaben-

erfüllung nicht überfordert werden darf. Dies gilt auch für die Ärzteschaft im Osten Deutschlands. Angesichts der Änderungen in der Familienstruktur, angesichts der demographischen Entwicklung in unserem Land darf auch und gerade die Ärzteschaft nicht überfordert werden. Ohne den Arzt, ohne den hochmotivierten Arzt geht der erwähnte Standortfaktor Gesundheit verloren. Und das würde alle treffen. Politik darf nicht zulassen, dass Ärzte ihre Motivation verlieren. Es geht nicht darum, sie einseitig zu bevorzugen. Es geht darum, ihren Dienst am Gemeinwohl auch für die Zukunft zu mobilisieren. Der Staat – ich greife nochmals Kirchhofs These auf – ist mitverantwortlich dafür, dass Leistungsbereitschaft und Leistungsfähigkeit all derer erhalten bleiben, von denen er selbst, von denen unser Gemeinwesen lebt. Transportieren wir diesen Gedanken gemeinsam, beharrlich, ausdauernd auch in Richtung Berlin.

Herzliche Grußworte an die sächsische Ärzteschaft richtete Frau Rechtsanwältin Karin Meyer-Götz, Vizepräsidentin der Rechtsanwaltskammer Sachsen.

Das Kammerorchester an der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden – **medicanti** – unter der Leitung von Herrn Askan Geisler spielte zum Ausklang der Abendveranstaltung von Josef Haydn die Sinfonie Nr. 104 (Londoner Sinfonie).

Arbeitstagung am 16. Juni 2001

Am Beginn der Arbeitstagung am Sonnabend waren 65 der insgesamt 100 Mandatsträger der Sächsischen Ärzteschaft anwesend. Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer begrüßte besonders herzlich Herrn Ministerialdirigenten Dipl.-Med. Albrecht Einbock, Herrn Jürgen Hommel, Herrn Frank und Frau Auxel vom Wirtschaftsprüfungunternehmen Bansbach, Schübel, Brösztl & Partner.

11. Sächsischer Ärztetag 24. Kammerversammlung

15. und 16. Juni 2001



Kammerorchester „*medicanti*“

Ein besonderer berufspolitischer Höhepunkt des 11. Sächsischen Ärztetages war der Vortrag des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, Herrn Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze:

Gesundheitspolitik im Wandel – Problemkreise und aktuelle Zielstellungen

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, das deutsche Gesundheitswesen braucht eine stetige Entwicklung mit Reformen, die eine angemessene Patientenversorgung und eine moderne humane Medizin garantieren. Nur dadurch kann eine hochwertige und sozial gerechte Gesundheitsversorgung gegenwärtig und zukünftig geleistet werden. Die rasanten Entwicklungen in Medizin und Gesellschaft machen es notwendig, dass nicht nur über die Ausgaben und die Einnahmen unserer gesetzlichen Krankenversicherung gemeinsam nachgedacht wird und Veränderungen mit neuen Konzepten und nach „menschlichem Maß“ herbeigeführt werden, sondern auch heutige medizinische Möglichkeiten am Anfang und Ende menschlichen Lebens kritisch hinterfragt werden, wie das zum Beispiel vom

Bundespräsidenten in seiner Berliner Rede zu Recht getan wurde.

Hauptfaktoren der Veränderungen in unserer Gesellschaft sind:

1. Folgeschwere demographische Entwicklungen, die zu Langlebigkeit respektive Überalterung mit zunehmender Multimorbidität führen. Dieser epidemiologische Trend fordert einen Umbau der Sozialsysteme von der Kranken- bis zur Rentenversicherung gebieterisch heraus. Der demografische Wandel ist erkennbar an der Zunahme der 60- bis 79jährigen um 27 %, der über 80jährigen um 72 % im Zeitraum 1996 bis 2000, verbunden mit einer voraussichtlichen Verdoppelung des Anteils der über 65jährigen von 15 % 1998 auf 27 % im Jahr 2030.

2. Eine deutlich gestiegene Leistungsfähigkeit der Medizin ermöglicht eine weitere Steigerung der Lebenserwartung. Diese hat allerdings ihren Preis.

3. Die Verschiebung der Einkommensstruktur sowie die hohe Arbeitslosigkeit führen zum Absinken der Lohnquote am Gesamteinkommen unserer Gesellschaft, und damit entsprechen die Beiträge zur Sozialversicherung nicht mehr der Leistungsfähigkeit der Versicherten.

4. Ein gesteigertes Anspruchsdenken: jeder Bürger sollte künftig nicht nur „Patientenrechte“ – unter dem Motte „Was steht mir zu?“ – reklamieren, sondern sich auch der Patientenpflichten erinnern. Motto: „Was kann ich zu meiner Gesundheit beitragen?“

Die genannten Faktoren und der medizinisch-technische Fortschritt sowie die Zunahme versicherungsfremder Leistungen (ca. ein Drittel der Versicherungsbeiträge sind fehlgeleitet) würden in den nächsten 20 Jahren zu einem Anstieg des GKV-Beitragssatzes von heute durchschnittlich 13,6 % auf voraussichtlich 25 – 30 % führen. Dies würde zu einer zunehmenden Rationierung von Gesundheitsleistungen mit all den verbundenen Risiken für unsere Patienten führen und letztendlich das Ende der solidarisch finanzierten Krankenversicherung bedeuten. Dieser absehbaren fatalen Entwicklung kann nur durch Einführung eines gegliederten, neu geordneten Krankenversicherungssystems unter Förderung der Eigenverantwortung und Liberalisierung des Versicherungsumfanges entgegengewirkt werden. Hier bedarf es weiterer ernsthafter und intensiver Konsensbemühungen im Bündnis Gesundheit und am Runden Tisch der Ministerien, um künftige Gesundheitsziele zu definieren und deren Finanzierung sicherzustellen. Gesamt- und beschäftigungspolitisch sollte auch bedacht werden, dass der Gesundheitssektor einer der innovativsten und zukunftssträchtesten Bereiche unserer Wirtschaft ist. Der Gesundheitsmarkt der Zukunft wird in den kommenden Jahren in der Europäischen Union das größte Wachstumspotential haben.

Allerdings müssen versicherungsfremde Leistungen zukünftig über Steuern finanziert werden, wenn sie allgemeinen gesellschaftlichen Zielen dienen oder eigenverantwortlich getragen werden, wenn sie lediglich persönlichen Präferenzen entsprechen. Die ausschließliche Anbindung der Krankenversicherungsbeiträge an die Lohneinkommen ist nicht mehr

gerecht. Schon heute sollte über die Einbeziehung anderer Einkommensarten dringend nachgedacht werden. Die starre Ausrichtung der Ausgaben an den Einnahmen berücksichtigt weder den medizinischen Fortschritt noch den Bedarf der Versicherten. Wie weit der Versicherungsschutz gehen soll, muss vom Gesetzgeber neu definiert werden. Der Versicherte sollte mitbestimmen, wie weit die Versicherungsleistungen das medizinisch Notwendige übersteigen können. Solidarität, Subsidiarität und Eigenverantwortung müssen neu austariert werden. Maßstab für die Vergütung ärztlicher Leistungen in Praxis und Klinik muss weiterhin die Qualität und Wirtschaftlichkeit sein:

Wir Ärzte brauchen Zeit und Freiheit, um uns adäquat um unsere Patienten kümmern zu können. Nichts ist schädlicher für ein gutes Patienten-Arzt-Verhältnis, als Budget- und Zeitdruck sowie eine Eskalation der überbordenden Bürokratie! Im ambulanten Bereich wird es darauf ankommen, gute Leistungen einem entsprechend stabilen Punktwert oder Preis zuzuordnen. Dieses Ziel ist nur durch eine Anhebung der Pro-Kopf-Pauschalen für die Ost-Versicherten in kurzer Schrittfolge von 77 % auf 100 % durch gezielten Einsatz des Risikostrukturausgleiches zugunsten der Ost-KVen zu erreichen! Im Krankenhausbereich müssen ärztliche Leistungen angemessen bezahlt und zugleich die Arbeitszeit der Ärzte entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen auf ein gegenüber den Patienten verantwortbares Maß reduziert werden.

Meine Damen und Herren, dass diese getroffenen Feststellungen, Defizitbeschreibungen und Forderungen der Ärzteschaft und sogenannte Leistungserbringer keine platonischen Bekundungen sind, zeigen erste Erfolge im zähen Ringen mit Kassen und Politik. Ich erinnere an unser streitbares und konstruktives Bündnis Gesundheit, das nicht nur ein Zweckbündnis war, sondern gegenwärtig eine ideale Plattform ist, zum Beispiel gesundheitspolitische Programme



Präsident Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze

der Parteien und deren Vertreter zur bevorstehenden Bundestagswahl „auf Herz und Nieren“ zu prüfen.

Neben der Entwicklung eigener gesundheitspolitischer Vorstellungen insbesondere zur Neuordnung der Krankenversicherung, zum Gesetz zur Rechtsangleichung und zum geplanten Datentransparenzgesetz haben Bündnisvertreter die berechtigten Forderungen der ostdeutschen Kassenärzte anlässlich der Aktionstage und des ostdeutschen Kassenärztetages tatkräftig unterstützt. Besonders erfreulich finde ich die rasche und klare Positionierung des neuen KBV-Vorstandes, der die unerträgliche Situation der ostdeutschen Kassenärzte rügt und gangbare Wege zu deren Behebung dringend anmahnt. Als großer Erfolg harter Überzeugungsarbeit kann auch die Ankündigung über die Abschaffung rigider Arzneimittelbudgets und des Kollektivregresses gewertet werden. Wir Ärzte sagen Ja zu einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Verordnung, die am realen Versorgungsbedarf – nicht aber an der Beitragssatzstabilität orientiert werden muss! –

Liebe Kolleginnen und Kollegen, dass die Welt in unseren stationären Versorgungseinrichtungen im Vergleich zur ambulanten Medizin etwa eine Oase der Glückseligen darstellt, kann schon gegenwärtig nicht behauptet werden und trifft

für die Zukunft der DRG-Spitäler noch viel weniger zu! Dies wurde zum diesjährigen 104. Deutschen Ärztetag ganz besonders deutlich, an dem besonders kritisch zur Ausbeutung der ärztlichen Arbeitskraft Stellung genommen wurde: Pointiert wurde von Dr. Montgomery formuliert: „Lassen Sie uns gemeinsam die Gegenwehr organisieren und nicht länger den Druck von oben nach unten weiterreichen.“

Das Arbeitszeitgesetz wird in den Krankenhäusern in großem Stil missachtet. Das Urteil des Europäischen Gerichtshofes vom 3. Oktober 2000 – Bereitschaftsdienst ist Arbeitszeit – muss endlich in den Krankenhäusern umgesetzt werden. Die Ausbeutung der Arbeitskraft und die Überlastung junger Ärztinnen und Ärzte in den deutschen Krankenhäusern ist bedrückend und nicht mehr länger hinnehmbar. Leistungsverdichtung bei verkürzten Liegezeiten und Reduzierung der Planstellen im ärztlichen Dienst wegen Steigerung des Kostendrucks in Folge der rigiden Budgetierung führen besonders bei den jungen Ärztinnen und Ärzten zu einer unerträglichen Arbeitsbelastung. In Verbindung mit willkürlich befristeten Arbeitsverträgen und wegen zahlloser unbezahlter Überstunden kommt dies einer Ausbeutung der Arbeitskraft und Ideale einer jungen Ärzteschaft gleich.

Der 104. Deutsche Ärztetag und mit ihm die deutsche Ärzteschaft forderten mit allem Nachdruck die Verantwortlichen auf Bundesebene und auf Landesebene, insbesondere aber auch die Krankenkassen und Krankenhausträger auf, für verantwortbare Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern Sorge zu tragen und eine den geltenden Gesetzen entsprechende Arbeitsbelastung der Krankenhausärztinnen und -ärzte sicherzustellen. Andernfalls ist es Zeit, auch den Aufstand der Klinikärzte zu organisieren – hieß es auf dem Ärztetag. Mit großer Sorge und Skepsis betrachtet auch die sächsische Ärzteschaft insbesondere die gesetzliche Zielvorgabe, dass sowohl die Definition

11. Sächsischer Ärztetag

24. Kammerversammlung

15. und 16. Juni 2001

der DRG-Fallpauschalen und ihre Bewertung mit relativen Kostengewichten als auch die Höhe der Zu- und Abschläge für die Finanzierung nicht fallbezogener Tatbestände, wie die Notfallversorgung und Aus- und Weiterbildungsstätten bereits bis zum 31. Dezember 2001 vereinbart werden sollen.

Übereilte Einführung der DRG-Fallpauschalen auf unzureichender Datengrundlage ist politisch unverantwortlich und gefährdet die Patientenversorgung. Die rasche Einführung der DRG's unter vordergründig ökonomischen Gesichtspunkten führt nach Aussage des Präsidenten der Bundesärztekammer, Herrn Prof. Jörg-Dietrich Hoppe, zu schädlichen Fehlsteuerungen in den Krankenhäusern mit der Gefahr von Risikoselektion, Minimalstandards, Hemmung medizinischer Innovation und technokratischer Strangulierung ärztlichen Handelns.

Die Novellierung der Approbationsordnung und eine Reform des Medizinstudiums ist überfällig! Der 104. Deutsche Ärztetag hat erneut Bund, Ländern und die Verantwortlichen an den Universitäten aufgefordert, umgehend die neue Approbationsordnung für Ärzte zu verabschieden. Die 1999 verabschiedete Modellklausel für eine Reform des Medizinstudiums rechtfertigt nicht, den seit 1997 als Kabinettsbeschluss im Bundesrat liegenden Entwurf einer Novellierung der Approbationsordnung weiter zu verzögern. Die rasche Verabschiedung einer Reform des Medizinstudiums ist eine unbedingte Voraussetzung für die Qualitätsverbesserung in der Medizin. Eine Reform des Medizinstudiums ist unbedingt erforderlich, weil die derzeitige Ausbildung zu theorie-lastig sowie praxisfern ist und hausärztliche Kenntnisse eine stärkere Gewichtung erhalten müssen. Eine Neugestaltung der Lehre mit fächerübergreifendem Unterricht und Kleingruppen-Arbeit ist vorzunehmen und die bisherige „Arzt-im-Praktikum-Phase“ durch ein integrierendes Studium mit Verzahnung von Vor-

linik und Klinik abzulösen. Um die Novellierung endlich voran zu bringen und die Blockadehaltung der Kultusminister der Länder zu überwinden, wird die Bundesärztekammer gemeinsam mit der Bundesgesundheitsministerin und Herrn Bundeskanzler Schröder eine hoffentlich initiativ Dialogveranstaltung am 2. Juli 2001 in Berlin durchführen.

Auf dem Fundament der Beschlüsse des 103. Deutschen Ärztetages und unter Berücksichtigung der Stellungnahmen der 17 Landesärztekammern hat der Vorstand der Bundesärztekammer einen Entwurf für den Paragraphenteil „Abschnitt A“ einer neuen (Muster-)Weiterbildungsordnung als Beschlussantrag dem 104. Deutschen Ärztetag vorgelegt. Der Deutsche Ärztetag nahm den Abschnitt A einer zu novellierenden (Muster-)Weiterbildungsordnung als Grundlage für die weiteren Arbeiten zustimmend zur Kenntnis. Kernelement des neuen Paragraphenteils ist das Verständnis über „Gebietsdefinition“ und die „Facharztkompetenz“.

Der erfolgreiche Abschluss der Weiterbildung führt zu Facharztbezeichnungen in einem Gebiet, zur Schwerpunktbezeichnung in einem Gebiet, zur Bereichsbezeichnung oder zu einem neu eingeführten Befähigungsnachweis. Letztgenannter bestätigt Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten im Gebiet, die nicht zu den vorgeschriebenen Mindestinhalten der Facharztweiterbildung gehören, insbesondere spezielle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Hat ein Arzt die Anerkennung für mehrere Bezeichnungen erhalten, darf er sie nebeneinander führen, sofern im Heilberufekammergesetz keine Einschränkung gemacht wird. Neu eingeführt wird im § 8 „Dokumentation der Weiterbildung“. Das heißt, dass der in Weiterbildung befindliche Arzt die Ableistung der vorbeschriebenen Weiterbildungsinhalte dokumentieren und der zur Weiterbildung befugte Arzt mindestens jährlich diese Dokumentation überprüfen und abzeichnen muss. Die Dokumentation der Weiterbildung soll der Transparenz der Weiterbildung sowohl für den

Arzt in Weiterbildung als auch für den Weiterbildungsbefugten dienen. Sie ersetzt aber das Weiterbildungszeugnis mit seinen wertenden Elementen nicht. In Ludwigshafen wurde am 23. 5. 2001 ein Beschlussantrag angenommen, der den Deutschen Ärztetag auffordert, möglichst 2002, spätestens 2003, endgültig die Weiterbildungsordnung zu beschließen.

Meine Damen und Herren, es bietet sich an, just in diesem Zusammenhang auch auf die „Fortbildungs-Schelte“ des Sachverständigenratens der konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen einzugehen: Die Kritik des Sachverständigenrates am Stand der ärztlichen Fortbildung in Deutschland vernachlässigt völlig die immensen und vielfältigen Bemühungen der ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften um ein hohes Niveau an ärztlicher Fortbildung. Unerträglich ist hier die Pauschalkritik, nicht einmal eine Mehrheit der Ärzte würde sich fortbilden. Dass die ständige berufsbegleitende Fortbildung eine ausdrückliche Verpflichtung der Ärztinnen und Ärzte gemäß ihrer Berufsordnung schon seit Jahrzehnten ist, wird hierbei verschwiegen. Dieser Berufspflicht kommt auch der weitaus größte Teil der Ärztinnen und Ärzte regelmäßig nach. Der Sachverständigenrat würdigt nur unzureichend, dass die Ärztekammern mit ihren Akademien für ärztliche Fortbildung schon seit jeher fundierte Fortbildungen für Ärztinnen und Ärzte in allen Fachgebieten der Medizin anbieten. So mangelte es bisher nicht – anders als der Rat behauptet – am Fortbildungsengagement der Ärztinnen und Ärzte, sondern bislang am sichtbaren Nachweis der Fortbildung. Geändert hat sich dies mit einem vom 102. Deutschen Ärztetag 1999 beschlossenen Verfahren für den Nachweis der Fortbildung – der Einführung des sogenannten Fortbildungszertifikates. Bundesweit wird in diesem Verfahren aufgrund definierter Bewertungskriterien festgelegt, welche Punktzahl ein Arzt für welche Fortbildungsveranstaltung erhält.

11. Sächsischer Ärztetag 24. Kammerversammlung

15. und 16. Juni 2001

Der Arzt bekommt ab 01. 01. 2001 nur dann ein Fortbildungszertifikat, wenn er in drei Jahren 150 Fortbildungseinheiten erworben hat und dies auch nachweisen kann. Mit einem solchen Zertifikat sind Ärztinnen und Ärzte in der Lage, ihre kontinuierliche Teilnahme an anerkannten Fortbildungsveranstaltungen auch gegenüber ihren Patienten zu dokumentieren. Aus diesen Darlegungen geht klar hervor, dass ein sogenannter „Ärzte-TÜV“ gegenwärtig absolut verzichtbar ist!

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wie Sie alle wissen, hat sich der Ärztetag besonders intensiv mit aktuellen ethischen Fragen der Biomedizin beschäftigt, die sich um die Komplexe Präimplantationsdiagnostik (PID), embryonale Forschung und Sterbehilfe ranken. Schon weit im Vorfeld dieser notwendigen breiten Diskussionsthemen in Medizin und Gesellschaft haben Gremien der BÄK Diskussionspapiere zur PID und Sterbebegleitung erarbeitet. In den dadurch angeregten breiten Diskurs dieser sensiblen Themen haben sich Ethik- und Enquete-Kommissionen, die Deutsche Forschungsgesellschaft, der Deutsche Bundestag, der Bundespräsident sowie zahllose Verbände, Kirchen, Journalisten und Einzelpersonen eingemischt. Der Disput ist noch in vollem Lauf, wobei sich Entscheidungskonturen abzuzeichnen beginnen. Die Delegierten des Ärztetages legten sich (vorerst) fest; sie stimmten mehrheitlich: Nein zur embryonalen Stammzellforschung. Nein zur aktiven Euthanasie. Ja bei der PID. – Da hier der Gesetzgeber zunächst die Rechtslage klären muss!

In Deutschland haben wir momentan eine völlig inkonsistente Rechtslage, die auch der Verfassung nicht entsprechen kann. Die Ärzteschaft hat deshalb an den Gesetzgeber appelliert, eine Klärung der Rechtslage über die Zulässigkeit der PID herbeizuführen. Es muss durch den Gesetzgeber geklärt werden, inwieweit genetische Untersuchungen von Embryonen vor einer möglichen Übertragung in die Gebärmutter mit der geltenden Rechtslage

zu vereinbaren sind. Für den Fall einer Zulassung der PID muss der Gesetzgeber weitere Kriterien für eine maximale Eingrenzbarkeit dieser Methode mitgestalten. Weitergehende Selektion oder verbrauchende Embryonenforschung lehnen die deutschen Ärzte strikt ab. Dagegen wird die Forschung mit adulten Stammzellen als ethisch vertretbare Alternative zu Heilzwecken ausdrücklich befürwortet. Eindeutig war die Stellungnahme des Ärztetages zum Komplex der Euthanasie:

Tötung auf Verlangen ist keine ärztliche Handlung! Sie läuft dem ärztlichen Handlungsauftrag, Kranke zu heilen, Leiden zu lindern, Krankheiten zu verhüten und Sterbende zu begleiten, entgegen. Jeder Patient muss sich zu jeder Zeit sicher sein, dass Ärztinnen und Ärzte konsequent für das Leben eintreten und weder wegen wirtschaftlicher, politischer noch anderer Gründe das Recht auf Leben zur Disposition stellen. Die ärztliche Aufgabe in der Betreuung und Hilfe des totkranken Patienten liegt in der Sterbehilfe. Leiden zu lindern, Angst und Schmerzen zu nehmen, um damit ein selbstbestimmtes würdevolles Lebensende zu ermöglichen, ist Inhalt des ärztlichen Auftrages. Die deutsche Ärzteschaft befindet sich damit im Einklang mit den meisten Ärzten dieser Welt. Für die deutsche Ärzteschaft ist eine gezielte Lebensverkürzung durch Maßnahmen, die den Tod herbeiführen oder das Sterben beschleunigen sollen, nach wie vor mit den Prinzipien des Arztberufes unvereinbar. Wir Ärzte müssen uns mit aller Macht dagegen wenden, dass ein gesellschaftliches Klima entsteht, das Sterbehilfe zum Mittel der Wahl bei Schwerstkranken und bei lebensmüden Menschen erklärt. Der Deutsche Ärztetag hat alle Ärztinnen und Ärzte in Deutschland aufgerufen, sich entschieden gegen jegliche Euthanasiebestrebungen einzusetzen.

Wir Ärzte plädieren mit Nachdruck für einen Ausbau der Hospize und der palliativmedizinischen Versorgung. In der

Ausbildung der Ärzte und der Pflegeberufe muss die Palliativmedizin integriert werden. Ebenso muss die Schmerztherapie weiter verbessert werden. Mehr als die Hälfte aller in Deutschland Sterbenden stirbt in Krankenhäusern. Sterbende haben das Recht auf menschenwürdige Bedingungen. Der Umgang mit Schwerstkranken und Sterbenden ist ein Gradmesser dafür, wie human eine Gesellschaft ist.

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

aus der Fülle weiterer wichtiger Anträge und Diskussionen zum Ärztetag seien noch einige mir besonders bedeutsam erscheinende herausgegriffen:

Menschliche Gene sind nicht patentierbar. Der Deutsche Ärztetag bekräftigt, dass weder das menschliche Genom, Teile davon, noch Organe oder Zellen des menschlichen Körpers patentierbar sein dürfen. Der Ärztetag hat den deutschen Bundestag aufgefordert, die in der EU-Biopatent-Richtlinie vorgesehene Patentierbarkeit von Bestandteilen des menschlichen Körpers einschließlich der Gene nicht in deutsches Recht zu überführen. Das genetische Erbe der Menschheit ist Allgemeingut und keine Handelsware. Lediglich Herstellungsverfahren und Verfahrensschritte für gentechnische Medikamente können patentfähig sein.

Der Deutsche Ärztetag fordert eine Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung. Der Sachverständigenrat für Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen spricht von einem Einsparungspotential von 25 bis 30 % der heutigen Gesundheitsausgaben in Deutschland durch langfristige Prävention. Konkrete Beispiele für wissenschaftlich gut belegte Präventionsmaßnahmen sind die ärztliche Beratung der Eltern zur Verhütung von Kinderunfällen, die Frühintervention und Hilfe für Menschen mit Alkoholproblemen, die Behandlung der Tabakabhängigkeit, die ärztliche Ernährungsberatung und das Impfwesen.

Der Ärztetag forderte die Krankenkassen auf, die Nutzung bestehender Leitlinien zur Diabetesversorgung auf Bundes- und auf Landesebene finanziell nicht weiter zu blockieren. Die Umsetzung von Leitlinien in der Diabetesversorgung durch Landesärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen in den neuen Bundesländern hat eindrucksvoll belegt, dass dies zu einer erheblichen Verbesserung der Versorgung von Diabetespatienten führt.

Der Deutsche Ärztetag begrüßte die neuerliche Initiative der EU-Kommission für ein Tabakwerbeverbot und bat die Bundesregierung nachdrücklich, das generelle Tabakwerbeverbot entsprechend der europäischen Richtlinien in Deutschland konsequent umzusetzen. Als Folge des Rauchens sind in Deutschland jährlich ca. 110.000 Todesfälle durch tabakbedingte Erkrankungen zu beklagen. Die von der Solidargemeinschaft der Versicherten zu tragenden Behandlungskosten belaufen sich auf ca. 35 Milliarden DM pro Jahr.

Der Ärztetag hat sich für die Beteiligung am Zwangsarbeiter-Entschädigungsfonds ausgesprochen. Die Ärzteschaft will Krankenhausträger und Ärzteverbände dazu veranlassen, sich am Entschädigungsfonds für ehemalige Zwangsarbeiter zu beteiligen. Das Ärzteparlament macht deutlich, dass ein erheblicher Bedarf an Aufarbeitung der Verantwortung für die Beschäftigung von Zwangsarbeitern im medizinischen Bereich bestehe. In einigen Kliniken wurden Zwangsarbeiter beschäftigt. Der Deutsche Ärztetag forderte alle Träger ärztlich geleiteter Einrichtungen auf, die Aufklärung der Tätigkeit von Zwangsarbeitern während des Nationalsozialismus in ihren Einrichtungen zu unterstützen. Bisher sind 11 Kliniken den „Stiftungsfonds der Deutschen Wirtschaft“ beigetreten. Es kann die Tätigkeit von Zwangsarbeitern in Krankenhäusern der Städte Hannover, Köln, Berlin und Göttingen nachgewiesen werden.

Der 104. Deutsche Ärztetag befürwortet die kostenfreie Abgabe unverbrauchter Medikamente durch Ärzte an andere Patienten. Bei dieser Abgabe muss das Anliegen der Arzneimittelsicherheit oberstes Gebot bleiben. Deshalb sind folgende Kriterien zu beachten:

1. Die Blisterpackungen, Ampullen und Teststreifen zur Selbstkontrolle müssen sachgerecht gelagert und unbeschädigt sein.
2. Tropfen, Zäpfchen, Salben und Säfte dürfen nicht weitergegeben werden.
3. Das Verfallsdatum darf nicht überschritten sein.
4. Der Arzt muss Hinweise zur Verordnung, zur Dosierung und zu Arzneimittelrisiken geben.
5. Der Beipackzettel muss mitgegeben werden.

Der Gesetzgeber wird gebeten, die notwendigen Bestimmungen zu erlassen, die diese wirtschaftliche und an den Patientenbedürfnissen orientierte Arzneimittelverabreichung ermöglichen. Jedes Jahr werden Medikamente im Wert von mehreren Millionen D-Mark aus den verschiedensten Gründen nicht benötigt und vernichtet. Dies ist angesichts der Finanzierungssituation unseres Gesundheitswesens nicht länger hinnehmbar.

Last but not least wurde die zügige Novellierung der GOÄ vom Ärztetag gefordert. Nach dem nunmehr vier Jahren zurückliegenden ersten Novellierungsschritt zur Gebührenordnung für Ärzte sollten jetzt die übrigen Abschnitte des Leistungsverzeichnisses an den Stand der medizinischen Wissenschaft angepasst werden. Die über 20 Jahre alten, in Inhalt und Bewertung unzulänglichen Teile der Gebührenordnung Ärzte mit obsoleten und überholten Leistungen führen zunehmend zu Fehlinterpretationen und Falschabrechnungen bis hin zu staatsanwaltlichen Ermittlungen, die die gesamte Ärzteschaft in Misskredit bringen. Die Bundesregierung trägt auch für diese Entwicklung eine politische Mitverantwortung.

Der 104. Deutsche Ärztetag forderte:

- die politische Zusage, dass die vereinbarten Vorschläge der Verhandlungspartner – Bundesärztekammer, Privatkassenverband, Vertretung der Länder zur Aktualisierung des Leistungsverzeichnisses der GOÄ inhaltlich auch vom Bundesrat akzeptiert werden,
- die Verhandlungen über die Weiterentwicklung der GOÄ unverzüglich aufzunehmen und
- eine feste zeitliche Vorgabe hinsichtlich des Inkrafttretens der Novelle.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, das Klima des diesjährigen Deutschen Ärztetages wurde von den Teilnehmern als gut, sachlich und konstruktiv eingeschätzt.

Die Vielfalt an Problemen, Defiziten, Verwerfungen und Reibeflächen im deutschen Gesundheitswesen wurden kritisch analysiert und diskutiert und entsprechende Vorschläge vorgelegt. Die Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt steht im Wort mit allen Beteiligten in den bereits terminisierten Konsensgesprächen am „Runden Tisch“, die nötigen Reformen im Gesundheitswesen anzugehen. Hoffentlich trägt der bekundete gute Wille recht weit!

Meine Damen und Herren, lassen Sie uns von der bundespolitischen Ebene noch einmal zu unseren Tätigkeiten und Perspektiven im Bereich der Sächsischen Landesärztekammer zurückkommen. Ich möchte dieses zunächst mit der Vorlage und Diskussion unseres – wie ich meine – reputierlichen Tätigkeitsberichtes unserer Kammer im zurückliegenden Jahr tun. Mit dem Bericht und dem Jahresabschluss 2000 legen wir Ehrenamtler von der Basis der Kreisärztekammer über die Ausschuss- und Arbeitsgruppenleiter bis zum Vorstand und die Geschäftsführung den sächsischen Ärzten Rechenschaft ab über ein Jahr äußerst aktiver und erfolgreicher Berufs-, Standes- und Gesundheitspolitik. Wer sich der Mühe unterzogen hat – ich

11. Sächsischer Ärztetag 24. Kammerversammlung

15. und 16. Juni 2001

hoffe, dass die meisten von Ihnen dieses taten – unser „Logbuch“ der Kammerarbeit zu studieren, konnte feststellen, dass einerseits die satzungsgemäßen Aufgaben mit großem Engagement und umfangreichen Ergebnissen bearbeitet wurden und andererseits die gesundheitspolitischen Initiativen und Projekte auf Landes- und Bundesebene zunehmend an Bedeutung gewonnen haben. Ganz bewusst möchte ich keinen der vielen ergebnisreichen Berichte herausgreifen, da ich sonst eine nicht beabsichtigte Wertung vornehmen würde.

Bemerkenswert und entwicklungsfähig finde ich den Trend zur Transparenz und Kommunikation über die unmittelbaren Aufgabengebiete der Ausschüsse hinaus. So können sogenannte Schnittstellen zu Nahtstellen werden, wenn zum Beispiel die Ausschüsse ambulante und stationäre Versorgung über integrierte Versorgung gemeinsam nachdenken oder übergreifende Aspekte ärztlicher Qualifizierung in den Ausschüssen für Aus-, Weiter- und Fortbildung diskutieren werden. Auch wird es keine(n) unserer Arbeitsgruppen und Ausschüsse geben, bei der oder dem nicht Qualitätssicherungsgesichtspunkte von Bedeutung sind und deshalb auch Abstimmungen mit unserem wichtigen Qualitätssicherungsausschuss sinnvoll und notwendig sein dürften.

Ein gutes Stück vorangekommen sind wir mit der Entwicklung eines integrierten Informationssystems von Kammer, Kassenärztlicher Vereinigung Sachsen, Krankenhausgesellschaft Sachsen, Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie – dem „Sächsischen Gesundheitslotsen“. Hier ist es gelungen, die multimediale Plattform zu schaffen, mittels derer alle relevanten Informationen rasch unseren sächsischen Ärzten und Patienten zur Verfügung gestellt werden können! Dies halte ich für einen entscheidenden Schritt zu einer basisnahen Kammerarbeit.



Dr. med. Clemens Weiss diskutiert über die ärztliche Ausbildung

Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich bedanke mich ausdrücklich bei allen Ehren- und Hauptamtlichen für ihre umfangreiche Kammerarbeit im zurückliegenden Jahr und besonders den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen, die an der Erstellung dieses umfassenden Tätigkeitsberichtes wesentlichen Anteil hatten.

Meine Damen und Herren, welche Schwerpunkte künftiger Tätigkeit der Sächsischen Landesärztekammer sollten wir setzen?

1. Die Fortsetzung und den Ausbau der erfolgreichen weitgehend reibungsfreien Zusammenarbeit in den Gremien der Sächsischen Landesärztekammer zur Lösung der satzungsgemäßen Aufgaben unserer Körperschaft.

2. Die Intensivierung der Zusammenarbeit mit der Aufsichtsbehörde, Heilberufekammern, der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, Berufsverbänden, Fachgesellschaften, Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und Krankenhausgesellschaft Sachsen, um bi- und multilaterale Abstimmungen zu gesundheitspolitischen Zielsetzungen in der Vorbereitung der nächsten Gesundheitsreform zu erreichen.

3. Weiteres Engagement im Bündnis „Gesundheit“ Sachsen zur kritischen Begleitung der Gesundheitsreform und der kommenden Bundestagswahl.

4. Intensivierung der Sächsischen Akademie für ärztliche Weiter- und Fortbildung. Der Fortgang und Ausbau dieser überaus erfolgreichen zentralen Einrichtung unserer Kammer wird heute im Ärzteparlament diskutiert und verabschiedet werden.

5. Straffung und weitere Integration der Kammere Ausschüsse und Arbeitsgruppen sowie deren Internetauftritt.

6. Stärkung der Prävention, Krankheitsfrüherkennung und Gesundheitsförderung durch interdisziplinäre Tätigkeit und Projekte der Ausschüsse, Prävention und Rehabilitation, Hygiene und Umweltmedizin sowie Ärzte im öffentlichen Dienst.

7. Förderung der Qualitätssicherung als unverzichtbares Werkzeug in Diagnostik und Therapie; Engagement für evidenzbasierte Konsensleitlinien als Grundlage einer rationalen Medizin (Zusammenarbeit Ausschuss Qualitätssicherung mit Ausschuss Schwerpunktbehandlung chronisch Kranker in Klinik und Praxis).

8. Ständige Beachtung und Forcierung

von wichtigen und dringenden Einzelproblemen wie zum Beispiel:

- die kritischen Arztlinienentwicklungen in Sachsen bis 2010, die zu Versorgungsengpässen in der Allgemeinmedizin, Pädiatrie, Pathologie, Öffentlichen Gesundheitsdiensten u.a. führen werden, wenn nicht substanziell gegengesteuert wird, oder

- intensive Bemühungen um Benachteiligungen Ost auszugleichen – jüngstes Beispiel bei der Organallokation in der Transplantationsmedizin, oder

- Maßnahmen zur Überwindung eingeschränkter Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen für unsere Jungärzte.

9. Verbesserung der Öffentlichkeitsarbeit durch

- die attraktivere Gestaltung des „Ärzteblatt Sachsen“,

- den Auf- und Ausbau des „Sächsischen Gesundheitslotsen“,

- regelmäßige Pressearbeit, Pressekonferenzen,

- Mitarbeit eines Medizinjournalisten.

10. Strikte Beachtung unserer finanziellen Möglichkeiten und Untersetzung aller genannten Projekte unter Satzungs- und Haushaltsgesichtspunkten.

Meine Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, wir werden diese Schwerpunkte unserer künftigen Arbeit seitens des Vorstandes sehr ernst nehmen, noch weiter präzisieren und mit konkreten Verantwortlichkeiten untersetzen, so dass auch zukünftig über den Grad der Zielerreichung Klarheit besteht.

Zum Schluss erlaube ich mir, die Abschlussentenz der sehr lesens- und bedenkenswerten Rede unseres Bundespräsidenten vom 18. Mai diesen Jahres mit dem Titel „Wird alles gut? – Für einen Fortschritt nach menschlichem Maß“ anzufügen, der sagte:

Die Zukunft ist offen.

Sie ist kein unentrinnbares Schicksal und kein Verhängnis. Sie kommt nicht einfach



Dr. med. Klaus Heckemann stellt Fragen zur Arzthaftung

über uns. Wir können sie gestalten – mit dem, was wir tun und mit dem, was wir nicht tun. Wir haben viele, wir haben große Möglichkeiten. Nutzen wir sie für einen Fortschritt und für ein Leben nach menschlichem Maß.

Schwerpunkthemen der sich anschließenden sehr lebhaften und ausführlichen berufspolitischen Aussprache waren:

- Der umfassende Tätigkeitsbericht 2000 der Sächsischen Landesärztekammer belegt die intensive und erfolgreiche Arbeit der Kammer.

- Die Gleichbehandlung der Heilberufe und der Leistungserbringer muss durch das „Gesetz zur Rechtsangleichung in der Gesetzlichen Krankenversicherung“ sichergestellt werden.

- Eine konzertierte Aktion aller sächsischen Ärzte für die Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes und gegen die Einführung der DRG's wurde angeregt.

- Eine Ausbeutung der Ärzte erfolgt sowohl im stationären und im ambulanten Bereich.

- Es müssen Arbeitsbedingungen geschaffen werden, die wieder Freude am Arbeiten in den Krankenhäusern bereiten.

- Die Jungen Ärzte müssen besser bezahlt werden.

- Die Arztlinienentwicklung in Sachsen ist prognostisch alarmierend.

- Zur Sicherung der medizinischen Versorgung brauchen wir gut ausgebildete und motivierte Ärzte.

- Eine Einstellung von Weiterbildungsassistenten statt Arbeitsassistenten im Krankenhaus ist notwendig.

- Das Arbeitszeitgesetz muss in den Krankenhäusern und auch in den niedergelassenen Arztpraxen konsequent eingehalten werden.

- Der 11. Sächsische Ärztetag forderte die Aufnahme der Nachweispflicht über die finanzielle Vergütung von Arbeitszeiten, die auf die Weiterbildung angerechnet werden sollen, in das Sächsische Heilberufekammergesetz.

- Es müssen in den Krankenhäusern verstärkt Rotationsstellen für die Ausbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin geschaffen werden.

- Ethische Fragen der Medizin sollten in allen Arztkreisen intensiver beraten und diskutiert werden.

- Die Rechtslage bei der Präimplantationsdiagnostik muss eindeutig durch den Gesetzgeber geklärt werden.

11. Sächsischer Ärztetag 24. Kammerversammlung

15. und 16. Juni 2001



Prof. Dr. med. habil. Otto Bach

- Eine Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung ist in Deutschland notwendig.
- Der Ausschuss „Junge Ärzte“ der Sächsischen Landesärztekammer will eine Jobbörse im Internet unter www.aerzteohnkittel.de für Stellenanbieter und Stellensuche einstellen.

Der Vorsitzende der Sächsischen Akademie für ärztliche Fortbildung, Professor Dr. Otto Bach, erstattete den

Bericht über die Tätigkeit der Sächsischen Akademie für ärztliche Fortbildung 1997 bis 2001

Die Akademie für ärztliche Fortbildung ist ein Ausschuss der Sächsischen Landesärztekammer, der die Fort- und Weiterbildung der Kammerangehörigen befördern soll. Sie verfolgt unmittelbar hoheitliche und wissenschaftliche Ziele. Ein wichtiges gesundheitspolitisches Ziel ihrer Arbeit war und ist es, auch den Tendenzen der staatlichen Überregulierung der Fort- und Weiterbildung durch eigene Aktivitäten und nachweisliche Erfolge entgegenzuwirken. Gegenwärtig diskutieren wir gerade ein Gutachten des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, welches Defizite in der ärztlichen

Tabelle 1
Fortbildungsdiplom

	1999	2000	2001 (bis 15.6.2001)
erteilte Diplome	4	171	93
durchschnittliche Punktzahl	115	158	163
registrierte zertifizierte FB-Veranstaltungen	1611	1834	1005

Fort- und Weiterbildung registriert zu haben glaubt und die Forderung nach einer Rezertifizierung der Facharztprüfungen empfiehlt. Gerade solche Tendenzen, die auch früher schon geäußert wurden, haben die Bundesärztekammer und auch unsere Kammer veranlasst, ein Fortbildungsdiplom einzuführen. Dem war eine Umfrage zum Fortbildungsverhalten sächsischer Ärzte vorausgegangen. Es wurde darüber schon mehrfach berichtet und ein Diplom durch die Kammerversammlung mit Beschluss vom am 13. Juni 1998 eingeführt. Seit 1. Januar 1999 läuft das Diplom als Modellversuch.

Die Übersicht der Tabelle 1 zeigt, wieviele Kolleginnen und Kollegen bisher schon am Diplom teilgenommen haben

Tabelle 2
Fachübergreifendes Fortbildungssemester

Art der Veranstaltung	Veranstaltung Anzahl	Teilnehmer
Herbst 1998 „Infektiologie“	10	934
Frühjahr 1999 „Kardiologie“	11	904
Herbst 1999 „Gastroenterologie“	11	663
Frühjahr 2000 „Neurologie /Psychiatrie“	11	884
Herbst 2000 „Naturheilkunde und alternative Heilweisen“	8	290
Frühjahr 2001 „Stoffwechsel“	11	533
Gesamt: 6	62	4208

oder sich um das Diplom bemühen. Die Anzahl der besuchten Fortbildungsveranstaltungen der Teilnehmer ist in der Tabelle mit aufgeführt. In der Kammerversammlung am 16. Juni 2001 wurden Modifizierungen der Regularien beschlossen, die der Vereinheitlichung im Sinne bundesweiter Vorgehensweisen dienen. Darüber wird in Kürze im „Ärzteblatt Sachsen“ extra berichtet.

Das allgemeine Interesse an der Zertifizierung von Veranstaltungen – damit diese in die Bewertung des einzelnen Teilnehmers mit einfließen – ist sehr groß. Neben dem Fortbildungsdiplom, welches die Arbeit der Akademie wesentlich mitbestimmt hatte, sind weitere Aktivitäten in den letzten Jahren zu benennen. Hervorheben möchten wir das fachübergreifende Fortbildungssemester nennen, welches eine besondere auch intellektuell sehr ansprechende und beliebte Fortbildungsveranstaltung war.

Tabelle 2 zeigt die Themen der einzelnen Curricula und die Teilnehmerzahlen. Viele dieser Veranstaltungen wurden thematisch von prominenten Fachvertretern sächsischer Provenienz bestimmt. Themen für Herbst 2001 „Medizinische Rehabilitation“ und Frühjahr 2002 „Leitsymptome“ sind schon vorgeplant.

Viele Fortbildungsveranstaltungen in Sachsen laufen natürlich auch unabhängig von der Kammer. Die großen Krankenhäuser der sächsischen Ballungsgebiete, die vielen Veranstaltungen von Ärztestammtischen, von wissenschaftlichen Gesellschaften, der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, Berufsverbände, aber auch der Pharmaindustrie zeigen – wie auch aus den sogenannten Grünen Seiten unserer Ärzteblätter entnommen werden kann –, dass wir in Sachsen eine sehr bunte vielfältige und sehr viele Kolleginnen und Kollegen erreichende Fort- und Weiterbildung anbieten. Exemplarisch seien einige der arbeitsintensiveren, umfangreicheren Fortbildungscurricula, die besonders von der Akademie geför-

dert und teilweise auch inhaltlich gestaltet worden waren aufgeführt: Verkehrsmedizin, Suchtmedizin, Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement, Arbeits- und Betriebsmedizin und andere. Die Akademie hat in 14 Sitzungen die Fortbildung organisiert, sich aber auch mit Fragen ärztlicher Ethik, dem Sponsoring von Veranstaltungen und Abgrenzungen von irrationalen Behandlungsmethoden befasst.

Allen Kolleginnen und Kollegen ist für ihre wirklich aufopferungsvolle Arbeit zu danken. Dank gilt aber auch der Geschäftsstelle der Kammer, die insbesondere auch durch ihr ergebnisbemtutes Handeln und ihr kundenfreundliches Entgegenkommen unseren Ärzten gegenüber zum Erfolg des Wirkens der Akademie beigetragen haben.

Neuwahl der Mitglieder der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung

(Wahlperiode 2001 bis 2005)

Nach Ablauf der Wahlperiode 1997 bis 2001 der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung wählten die Mandatsträger für die kommende Wahlperiode 2001 bis 2005 die 13 Mitglieder der Akademie. Diese setzt sich gemäß § 2 der Geschäftsordnung der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung aus der Gruppe der niedergelassenen Ärzte (vier Mitglieder), der Gruppe der angestellten Ärzte (vier Mitglieder), der Gruppe der Ärzte, die in universitären Einrichtungen beschäftigt sind (zwei Mitglieder) sowie aus einem Mitglied, welches im Öffentlichen Gesundheitsdienst tätig ist, zusammen. Die übrigen zwei Mitglieder werden aus dem Vergleich der Stimmenmehrheit der nicht Gewählten aller Gruppen bestimmt. Gewählt wurden:

Gruppe der niedergelassenen Ärzte

1. Dr. med. Wolfgang Rothe
2. Dr. med. Bernhard Ackermann
3. Erik Bodendieck
4. Dr. med. Hella Wunderlich

Gruppe der angestellten Ärzte

1. Prof. Dr. med. Peter Bräunig
2. Prof. Dr. med. habil. Klaus Ludwig
3. Priv.-Doz. Dr. med. habil. Eberhard Meister
4. Dr. med. habil. Gottfried Hempel

Gruppe der Ärzte an universitären Einrichtungen

1. Prof. Dr. med. habil. Otto Bach
2. Prof. Dr. med. habil. Klaus Scheuch

Gruppe der Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst

1. Dr. med. Regine Krause-Döring

Gruppe der übrigen Mitglieder

1. Dr. med. Norbert Kunze
(niedergelassen)
2. Priv.-Doz. Dr. med. Ulrich Stölzel
(angestellt)

Die Begründung der Änderung des Beschlusses über die Einführung des Fortbildungsdiploms der Sächsischen Akademie für ärztliche Fortbildung der Sächsischen Landesärztekammer wird Herr Prof. Dr. Otto Bach in einem Artikel im „Ärztblatt Sachsen“ den sächsischen Ärzten darstellen.

Der Wortlaut und der Inhalt der Satzung zur Änderung der Richtlinie zur Erteilung des Fachkundenachweises Ultraschalldiagnostik wird der sächsischen Ärzteschaft im Heft 8/2001 im „Ärztblatt Sachsen“ vorgelegt.

Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer

Professor Dr. Gunter Gruber, Vorsitzender des Ausschusses Weiterbildung Aufgrund des Beschlusses der Kammerversammlung wird, wenn die Aufsichtsbehörde zustimmt, die Weiterbildungsordnung erweitert beziehungsweise modifiziert. So wird die Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ auch in Sachsen eingeführt. Die Fachkunde „Suchtmedizinische Grundversorgung“ kann dann auch von den Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten sowie für Physikalische und Rehabilitative Medizin erworben werden.

Im Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie wird für das obligatorische Weiterbildungsjahr in der Neurologie die Absolvierung grundsätzlich im Stationsdienst gefordert, und ohne inhaltliche Änderungen des Fachgebietes wird die Gebietsbezeichnung „Kinderheilkunde“ durch „Kinder- und Jugendmedizin“ ersetzt werden.

Der Vorsitzende des Finanzausschusses der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Dr. Claus Vogel, stellte allen Mandatsträgern die Jahresabschlussbilanz detailliert und umfassend dar.

11. Sächsischer Ärztetag 24. Kammerversammlung

15. und 16. Juni 2001



Dr. med. Claus Vogel

Jahresabschlussbilanz des Jahres 2000

Der von der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Bansbach Schübel Brösztl & Partner GmbH vorgelegte Bericht über die Prüfung der Rechnungslegung für das Rechnungsjahr 2000 wurde durch die 24. Kammerversammlung bestätigt.

Das Jahr 2000 war ein für die Sächsische Landesärztekammer in finanzieller Hinsicht erfolgreiches Jahr. Die Prüfungsgesellschaft konnte der Sächsischen Landesärztekammer den uneingeschränkten Prüfungsvermerk erteilen und bestätigt damit, dass die Jahresrechnung unter Beachtung der Grundsätze ordnungsmäßiger Buchführung ein den tatsächlichen Verhältnissen entsprechendes Bild der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage der Sächsischen Landesärztekammer vermittelt. Die Zahlungsfähigkeit der Sächsischen Landesärztekammer war durch die bestehenden Finanzanlagen, Festgelder und sonstigen Guthaben bei Kreditinstituten jederzeit gesichert.

Die Sonderhaushalte Qualitätssicherung als Prüfungsschwerpunkt für die Wirtschaftsprüfer schlossen mit einem Überschuss in Höhe von 3.869,73 DM ab, welcher auf das neue Jahr vorgetragen wurde. Der Lenkungsausschuss/das Lenkungsgremium für die externe Qualitätssicherung haben den Jahresabschluss ein-

stimmig bestätigt.

Die Bilanzsumme ist im Jahr 2000 gegenüber dem Vorjahr um 2 %, das heißt um 756.500,00 DM gestiegen. Die detaillierten Zahlen zu den Einnahmen und Ausgaben der Sächsischen Landesärztekammer sowie die Verwendung nach den Hauptpositionen können Sie dem Tätigkeitsbericht entnehmen, der im Sächsischen Ärzteblatt Nr. 06/2001 veröffentlicht wurde. Die Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben stellt sich wie folgt dar:

Die Ausgaben im Jahr 2000 betragen 11.877.126,65 DM. Gegenüber dem Jahr 1999 sind die Ausgaben um lediglich 0,9%, das entspricht einer Erhöhung von ca. 110.400,00 DM gestiegen. Geplant war eine Erhöhung von 2,8%.

1. Die Personalkosten sind gegenüber dem Vorjahr trotz planmäßiger tariflicher Erhöhungen um ca. 66.900,00 DM gesunken und liegen damit 3,1% unter dem Haushaltsplan. Diese Entwicklung resultiert aus der Inanspruchnahme von Mutterschafts- und Erziehungsurlaub, längerfristiger Krankheit sowie Kündigung von Mitarbeitern und demzufolge vorübergehender Nichtbesetzung von Planstellen.



2. Die Aufwandsentschädigungen für die ehrenamtliche Tätigkeit sind gegenüber dem Vorjahr um 4,1% wegen der Tätigkeitsaufnahme weiterer notwendiger Kommissionen und Arbeitsgruppen gestiegen.

3. Der Sachaufwand insgesamt ist um ca. 110.300,00 DM, das sind 2,4% gegenüber 1999 gesunken, insbesondere die Positionen Telefon und Porto, Reise – und Tagungskosten sowie gebäudeabhängige Kosten.

4. Die Abschreibungen sind gegenüber 1999 nahezu konstant.

5. Die Erhöhung bei den Rücklagen ergibt sich aus der Einstellung der Sonderrücklage für den Wasserschaden im Kammergebäude in Höhe von 250.000,00 DM.

Im Jahr 2000 betragen die monatlichen finanziellen Belastungen durch Zinsen für das Annuitätendarlehen der Sächsischen Ärzteversorgung zur Finanzierung des Kammergebäudes, durch Abschreibungen und durch Instandhaltungsrücklage 20,30 DM/m². Diese Belastung wird in den nächsten Jahren aufgrund des verringerten Zinsanteils der Annuität weiter sinken.

Die Einnahmen im Jahr 2000 betragen 13.109.236,49 DM. Gegenüber dem Jahr 1999 sind die Einnahmen um ca. 6,0 %, das entspricht ca. 740.600,00 DM gestiegen und liegen 12,6% über dem Haushaltsplan. Die Einnahmenstruktur stellt sich wie folgt dar:

Der Anteil der Kammerbeiträge an den Gesamteinnahmen hat in den letzten Jahren stetig abgenommen. Das bedeutet, dass die Kammermitglieder für in Anspruch genommene Leistungen und Verwaltungsakte der Sächsischen Landesärztekammer (wie Prüfungen, Erteilung von Zeugnissen, Ausstellung von Zeitschriften, Teilnahme an Kursen und Seminaren) zunehmend auch kostenadäquat belastet werden müssen.

1. Die Kammerbeiträge liegen um ca. 718.000,00 DM über dem Plan und sind

um ca. 292.000,00 DM gegenüber dem Vorjahr gestiegen.

Diese Entwicklung ist wie folgt begründet:

a) Im Jahr 2000 mussten zahlreiche Zwangsvollstreckungsmaßnahmen von Kammerbeiträgen vor allem aus Vorjahren durchgeführt werden.

b) Durch die Aufarbeitung von Rückständen in der Beitragserhebung aus den Vorjahren waren Kammerbeiträge in Höhe von ca. 244.000,00 DM zu buchen. Damit sind die Vorjahre weitestgehend aufgearbeitet. Es ist davon auszugehen, dass sich die Entwicklung der Kammerbeiträge in den Folgejahren so nicht wiederholen wird.

c) Für das Beitragsjahr 2000 wurden ca. 200 Kammermitglieder mehr als im Vorjahr veranlagt.

2. Die Fortbildungsveranstaltungen der Sächsischen Landesärztekammer wurden durch die Kammermitglieder sehr gut besucht. Daraus resultieren gegenüber 1999 Mehreinnahmen an Teilnahmegebühren in Höhe von ca. 95.000,00 DM.

3. Die Kapitalerträge der Sächsischen Landesärztekammer liegen ca. 114.000,00 DM über dem Vorjahr, begründet in der Entwicklung des Kapitalmarktes und einem gestiegenen Niveau der Finanzanlagen. Es konnte eine Durchschnittsverzinsung in Höhe von 5,2 % erreicht werden.

4. Durch die Rückzahlung von in den Vorjahren nicht verbrauchten Rückflussgeldern durch die drei großen Kreisärztekammern Dresden, Leipzig und Chemnitz in Höhe von insgesamt 325.000,00 DM sind die sonstigen Einnahmen gegenüber dem Vorjahr überproportional gestiegen. Gemäß Beschluss der 24. Kammerversammlung wird der Überschuss für die Zuführung zur Rücklage zum Bau des Kammergebäudes der Bundesärztekammer in Berlin, zur Sicherheitsrücklage, zur Betriebsmittelrücklage verwendet.

Die Ergebnisse des Jahresabschlusses 2000 sind im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 6/2001, Seite 235 bis 236, veröffentlicht. Jedes beitragspflichtige Kammermitglied hat die Möglichkeit, in der Geschäftsstelle der Sächsischen Landesärztekam-

mer in den Bericht des Wirtschaftsprüfers Einsicht zu nehmen.

Nachwahl eines Mitgliedes des Ausschusses Finanzen

(Wahlperiode 1999 bis 2003)

Die Nachwahl eines Mitgliedes für den Ausschuss Finanzen war notwendig, da das langjährige Mitglied, Herr Dr. med. Volker Tempel, Dresden, auf eigenen Wunsch aus dem Ausschuss Finanzen ausgeschieden war. Da nur ein Kandidat zur Wahl stand, nämlich Herr Dr. med. Mathias Cebulla, Leipzig, stimmten die Mandatsträger en bloc für dieses Mitglied.

Beschlüsse der

24. Kammerversammlung

Die Mandatsträger der Sächsischen Landesärztekammer fassten zur 24. Kammerversammlung am 16. Juni 2001 folgende Beschlüsse:

Beschlussvorlage Nr. 1:

Tätigkeitsbericht 2000 (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 2:

Umbenennung der Sächsischen Akademie für ärztliche Fortbildung in Sächsische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 3:

Neuwahl der Mitglieder der Sächsischen Akademie für ärztliche Fortbildung 2001 - 2005 (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 4:

Änderung des Beschlusses über das Fortbildungsdiplom der Sächsischen Akademie für ärztliche Fortbildung (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 5:

Änderung des Beschlusses über die Honorar- und Teilnahmegebührenordnung für Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen der Sächsischen Landesärztekammer (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 6:

Satzung zur Änderung der Satzung zur Erteilung der Fachkunde Ultraschall (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 7:

Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 8:

Jahresabschlussbilanz 2000

Entlastung des Vorstandes und der Geschäftsführung für das Jahr 2000

Wahl des Abschlussprüfers für das Jahr 2001

(bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 9:

Nachwahl eines Mitgliedes des Ausschusses Finanzen

Beschlussvorlage Nr. 10:

Beschluss über den Termin der 25. Kammerversammlung und des 12. Sächsischen Ärztetages (26. Kammerversammlung) (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 11:

Aufnahme der Nachweispflicht über die finanzielle Vergütung von Arbeitszeiten, die auf die Weiterbildung angerechnet werden sollen, in das Sächsische Heilberufekammergesetz (bestätigt)

Die Änderung des Beschlusses über die Einführung des Fortbildungsdiploms der Sächsischen Akademie für ärztliche Fortbildung der Sächsischen Landesärztekammer (freiwillig zertifizierte Fortbildung vom 20. Nov. 1998), die Satzung zur Änderung der Richtlinie zur Erteilung des Fachkundenachweises Ultraschall-diagnostik vom 8. März 1994, die Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer vom 8. November 1993 und die Änderung der Geschäftsordnung der Sächsischen Akademie für ärztliche Fortbildung werden im vollen Wortlaut im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 8/2001, im Mittelhefter unter „Amtliche Bekanntmachungen“ amtlich bekannt gemacht.

Bekanntgabe der Termine

Die **25. Kammerversammlung** findet am Sonnabend, dem **11. November 2001** und der **12. Sächsische Ärztetag**, (**26. Kammerversammlung**) am Freitag/Sonnabend, dem **14./15. Juni 2002**, statt.