

15. Sächsischer Ärztetag 32. Kammerversammlung

Dresden
24./25. Juni 2005

Arbeitstagung am 24. Juni 2005

Der Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Dr. Stefan Windau, begrüßte zu Beginn des 15. Sächsischen Ärztetages den Ehrenpräsidenten, Herrn Professor Dr. Heinz Diettrich, den Alterspräsidenten, Herrn Dr. Bernhard Ackermann, die Mandatsträger der Sächsischen Ärzteschaft und alle Gäste. Die besonderen Grüße des Vizepräsidenten galten dem erkrankten Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, Herrn Professor Dr. Jan Schulze. Die Kammerversammlung übermittelte dem Präsidenten allerbeste Genesungswünsche.

Besonders willkommen hieß Herr Dr. Windau die Herren vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales, Herrn Ministerialdirigent Dipl.-Med. Albrecht Einbock, Leiter der Abtei-



Gäste und Mandatsträger des 15. Sächsischen Ärztetages

lung Gesundheitswesen, Herrn Jürgen Hommel, Leiter des Referates Recht des Gesundheitswesens, Berufsrecht, Friedhofs- und Bestattungswesen, Herrn Prof. Dr. Michael Laniado, als

Vertreter des Lehrkörper der Medizinischen Fakultät der TU Dresden und Herrn Prof. Dr. Christoph Josten als Vertreter der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig.

Arzt und Patient unter den neuen Versorgungsbedingungen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG)

Prof. Dr. med. Markus Siebolds
Katholische Fachhochschule
Nordrhein-Westfalen, Köln
Fachbereich

Gesundheitswesen-Medizinmanagement

„Die Rolle des Arztes wird geprägt durch Ansprüche der Gesellschaft, des Patienten und der Profession“. Mit diesen Worten charakterisierte Prof. Dr. Siebolds den Arztberuf.



Prof. Dr. med. habil. Dr. phil. Ortrun Riha, Prof. Dr. med. Markus Siebolds, Dr. med. Stefan Windau, Dieter Blaßkiewitz, Heinz Windisch, Prof. Dr. med. habil. Otto Bach (v.l.)



Prof. Dr. med. Markus Siebolds

Mediziner haben historisch betrachtet die Aufgabe, im Staatsauftrag Krankheit auf der Basis von Wissen und Erfahrung zu kontrollieren. Dafür erhalten sie die Unabhängigkeit von Patienten und Institutionen. Dieser Staatsauftrag besteht auch heute noch fort. Insofern ist die politische Forderung nach Wettbewerb unter Budgetbedingungen absurd. Nach den ersten Erfahrungen aus der Gesundheitsreform ist für Prof. Siebolds „... der Arzt der Ausputzer für das staatliche Steuerungsver-

sagen“. Politik, insbesondere die Sozialpolitik, lebt von Interventionen in jüngere Entscheidungen. Diesen Interventionen folgen wiederum Interventionen, weil die Grundprobleme nicht gelöst werden. Der aktuell ökonomische Ansatz im Gesundheitssystem macht zudem den Arzt zum professionellen Geschäftsmann, dessen Legitimation nicht die Arztrolle sondern das Betriebsergebnis ist. Weil aber ärztliches Handeln genuin politisch und Gemeinwesen bezogen ist, kann die Politik auf die Umsetzung ihrer Ideen bestehen, wobei dann der Arzt „... die schlechteste Karte gezogen hat“. „Und bewahre uns Gott vor dem Ende der Konvergenzphase (DRG, Anm. d. Red.), denn dann gibt es nur noch Leistung nach dem Stückpreis“. Klare Worte für eine unklare Lage hatte Prof. Dr. med. Markus Siebolds an diesem Abend noch sehr viel mehr. Und klare Worte forderte er auch von den Ärzten. Sie sollen nach seiner Ansicht den direkten Patientenkontakt dafür nutzen, die politisch gewollte Rationierung im Gesundheitswesen darzustellen, auch wenn man den einen oder anderen Patienten verliert. Im Ergebnis machen die Ärzte aber deutlich, dass nicht sie für die Fehlsteuerungen verantwortlich sind. (Ein vollständiger Abdruck der wissenschaftlich fundamentierten und interessanten Rede im „Ärzteblatt Sachsen“ wird für Herbst 2005 vorbereitet). In der anschließenden Podiumsdiskussion

unter der Moderation des Vizepräsidenten Dr. Stefan Windau standen vor allem die Rolle des Arztes und der Gesellschaft sowie die neuen Anforderungen an die Weiter- und Fortbildung im Mittelpunkt.

Die Teilnehmer des Podiums waren:

Frau Prof. Dr. med. habil.
Dr. phil. Ortrun Riha, Direktorin des Karl-Sudhoff-Instituts für Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaft an der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig

Herr Prof. Dr. med. Markus Siebolds, Köln

Herr Dieter Blaßkiewitz, Leipzig,
Vorsitzender der Krankenhausgesellschaft Sachsen

Herr Heinz Windisch, Arnsdorf
Präsident des Verbandes der Krankenversicherten Deutschlands e. V.

Herr Prof. Dr. med. habil.
Otto Bach, Leipzig, Vorstandsmitglied,
Vorsitzender der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung

Herr Dr. med. Stefan Windau, Leipzig
Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer, Vorsitzender der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen.

15. Sächsischer Ärztetag

32. Kammerversammlung

Dresden
24./25. Juni 2005

Grundsätzlich wurde die Frage nach der neuen Rolle des Arztes unter den Bedingungen der Gesundheitsreform im Podium gestellt. Während Herr Dieter Blaßkiewitz von einer Verbesserung der Einnahmeseite ausging, um die aktuellen Fragen zu lösen, sah Frau Professor Dr. med. habil. Dr. phil. Ortrun Riha den Arzt in einer Ethik-Falle zwischen Ökonomie und ärztlichem Anspruch. Und „...nur weil es ist, wie es ist, bedeutet das noch lange nicht, das es gut ist“. Das Finanzproblem der Gesetzlichen Krankenversicherung ist nicht nur durch weniger Einnahmen sondern auch durch falsche Verwendung von Versichertengeldern entstanden. Als Beispiel nannte sie die Pflege, die eine menschliche Aufgabe darstellt und keine Versicherungsleistung beinhaltet. Und Ärzte sind verpflichtet individuelle Entscheidungen für jeden Patienten treffen zu müssen, sie können nicht nach Nummern vorgehen. Patienten müssen darauf vertrauen können, dass eine ärztliche Entscheidung nicht interessengeleitet erfolgt. Die Individualität in der Medizin wird von der Politik oftmals übersehen. Sie will Standardisierungen. Diese Partikularinteressen der Politik rügte auch Prof. Dr. med. habil. Otto Bach. Er hält eine Kostendämpfung um jeden Preis für abwegig. „Natürlich muss ein Arzt heute auch Managementqualitäten haben, das wird von ihm in einer Klinik oder Praxis erwartet. Und in diesem Punkt muss die Gesellschaft umdenken, die ein Krankenhaus alleinig als Ort der Nächstenliebe betrachtet. Diese Ansicht ist nach heutigen Maßstäben nicht mehr haltbar“. Dr. med. Stefan Windau stellte daraufhin die grundsätzliche Frage, wie es denn in der Gesellschaft weitergeht. Aktuell werden gesamtgesellschaftliche Probleme bei den Ärzten abgeladen. Viele Themen sind tabu, wie zum Beispiel die Diskussion um medizinische (Basis-) Leistungen in Abhängigkeit von Alter oder Einkommen. Doch gerade diese Diskussionen können Ärzte allein nicht führen. Prof. Dr. med. Markus Siebolds schlug eine stärkere Orientierung der Ärzteschaft auf die evidence based medicine (ebm) vor. Auf der Grundlage von ebm haben Ärzte die Möglichkeit, den Angriffen der Politik und der Gesellschaft paroli zu bieten und eine sachliche Diskussion in Gang setzen zu können. Denn Ressourcenknappheit führt zu verstärkter Kontrolle (Bsp. MDK), welcher nicht mit Argumenten beizukommen ist. Weiterhin plädierte Prof. Dr. med. Markus Siebolds im Podium für eine

neue Ausrichtung der Weiter- und Fortbildung für Ärzte. Eine strukturierte und prozessorientierte Weiterbildung mit festen Curricula und eine Ausbildung der Ausbilder sollte zum Standard jeder Ärztekammer gehören. Auch eine Fortbildung für Hausärzte, damit sie die Rolle des Lotsen ausfüllen können, hält er für notwendig. Im Bereich der Ausbildung müssen die PJ'ler besser geführt und Studenten eher geprüft werden, damit sie frühzeitig ein Feedback für ihre Leistung erhalten. Denn „auf der Galeere Krankenhaus ist die schickste Party Bildung“. In seinem Fazit sieht Prof. Dr. med. Markus Siebolds die Ärztekammer in einem 3-Säulenmodell der Körperschaften als eine wichtige Moderatorin des ambulanten und stationären Bereichs und die Kassenärztliche Vereinigung mit ihrer Grundrechtsbindung als den einzig legitimierten Vertragspartner der Krankenkasse, auch für neue Verträge. „Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement werden zukünftig die Rolle der Ärztekammern wesentlich prägen und stärken“.

Abendveranstaltung

Über 200 Gäste folgten der Einladung des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, unter ihnen die Sächsische Staatsministerin für Soziales, Frau Helma Orosz, Abgeordnete des Deutschen Bundestages und des Sächsischen Landtages, der Dresdner Sozialbürgermeister, Herr Tobias Kogge, der Präsident der Polnisch-Niederschlesischen Ärztekammer, Herr Dr. Andrzej Wojnar, Herr



Vizepräsident Dr. med. Stefan Windau

Dr. Jan Adamus, Vorstandmitglied der Niederschlesischen Ärztekammer, Vertreter der Sächsischen Staatsministerien, des Sächsischen Regierungspräsidenten, des Sächsischen Verfassungsgerichtshofes, des Oberlandes- und Sozialgerichtes und der Krankenkassen, weiterhin Vertreter von Verbänden, Vereinen sowie Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens.

Dr. med. Stefan Windau leitete in die Abendveranstaltung unter dem Thema „Kunst und Heilkunst“ ein: Die Politik fährt in diesen Tagen Achterbahn. Gesetze und andere Vorhaben der jetzigen Regierung bleiben in den Schubladen. Der medizinische Fortschritt geht dagegen weiter, weil es in der Medizin keine Diskontinuitätsklausel gibt.

Darin könnte man den Umstand erblicken, dass die Politik dem Leben immer einen Schritt hinterher ist. Nur zwei Beispiele: Die demografische Entwicklung ist seit langem bekannt, doch Lösungen gibt es dafür immer noch keine. Und der Ärztemangel im Osten wird nun auch von Berlin gesehen, aber Rezepte dagegen haben sie dort nicht.

Und so müssen wir, die wir im Leben stehen, die Kunst der Improvisation pflegen. Übung darin haben wir noch.

Dabei ist die „Kunst“ auch ein wesentlicher Bestandteil des ärztlichen Berufs und nicht nur der Politik. Früher sprach man oft von der Heilkunde. Aus „heil“ und „kunde“ wurde ein Wort. „heil“ bedeutete im althochdeutschen gesund, unverehrt, gerettet. Das mittelhochdeutsche „kunt“ (ahd. kund) stand für gewusst, bekannt und kommt ursprünglich von „können“ also wissen und verstehen. Der lateinische Begriff „Medicus“, der Arzt, stammt von „mederi“ ab. „mederi“ wiederum bedeutet ebenfalls heilen.

Ein, der Heilkunde mächtiger, der Medicus, war jemand, der auf Grund von Wissen gesund machen konnte. Das Verb „können“ war aber auch bis zum 18. Jahrhundert gleichbedeutend mit „Kunst“. „Kunst“ meinte bis dahin Wissen, Weisheit und Kenntnis oder durch Übung erworbenes Können. Die Heilkunde oder Heilkunst war und ist demnach eine, auch durch Erfahrung geprägte, wissenschaftliche Profession. Erst nach dem 18. Jahrhundert wurde der Begriff der „Kunst“ ausschließlich für die künstlerische Betätigung oder Schöpfung des Menschen in Malerei, Dichtung und Musik verwendet.

Das hielt die Heilkundler natürlich nicht davon ab, sich neben ihrem Beruf auch künstlerisch zu betätigen. Bis in die Gegenwart finden sich unter Medizinerinnen deshalb berühmte Musiker, Maler, Dichter oder Bildhauer. Von einem, Carl Gustav Carus, wird heute noch die Rede sein. Ein anderer wird gerade in diesem Jahr zum 200. Todestag geehrt: Friedrich Schiller. Die künstlerische Betätigung ist für den Arzt eine zweite Berufung oder Muße und Ausgleich für ein anstrengendes Arbeitsleben. Die Musik zur Entspannung, die Malerei für eine besondere Ästhetik, die Arbeit am Stein für einen klaren Kopf und eine ruhige Hand. Kunst und kreatives Arbeiten sind auch immer Bestandteile der ärztlichen Profession selbst. Im positiven Sinne ist mancherorts von kunstvoller Medizin die Rede, wenn neuartige, minimal invasive Methoden zum Einsatz kommen. Und die „künstliche“ Befruchtung hat so manchem Paar zum Elternglück verholfen. Von Kunst sprechen leider auch die selbsternannten Schönheitschirurgen im negativen Sinne, wenn sie das Leben als ästhetisches Projekt bezeichnen, wo die Freiheit des Menschen darin besteht, das Äußere nach dem eigenen Wunsch gestalten lassen zu können.

Man spricht von Kunstfehlern in der Medizin, die keine sind, weil sie zumeist nicht auf einzelne Ärzte, sondern auf die Verkettung unglücklicher Abläufe und kommunikative Probleme zurückzuführen sind. Der Arzt, ein Mensch, als Bindeglied der Abläufe in einer künstlichen Maschinerie, wie es große Kliniken heute sind. Nicht umsonst hat der 108. Deutsche Ärztetag in Berlin bei der Ursachenforschung ärztlicher Fehler den Blickwinkel darauf gelenkt: „Was war schuld?“, statt wie bisher zu fragen: „Wer war schuld?“.

Eine Überlebens-Kunst gehört nicht erst heute zur Praxisführung. Der kreative Umgang mit der anwachsenden Bürokratie hat so manchem Kollegen über den Alltag geholfen.

Und bei allen früheren und laufenden Gesundheitsreformen bedurfte und bedarf es einer gewissen Kunst im Umgang mit Vorschlägen, Maßnahmen und Gesetzen. Nur so war in all der Zeit die hochwertige medizinische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen.

Die „Hohe Kunst der Fläche“ steht uns auf Grund des Ärztemangels in Sachsen noch bevor, denn es wird einiger Kreativität zur Lösung dieses drängenden Problems bedürfen. Wichtige Impulse hat es dazu in Sachsen schon

gegeben. Ein Gesamtkonzept steht noch aus. Die hohe Kunst der Politik gehört nicht unbedingt zum Handwerkszeug von uns Ärzten. Dennoch haben besonders aktive Kollegen der ersten Stunde 1989/90 mit berufspolitischem Geschick die Sächsische Landesärztekammer aus der Taufe gehoben. Unter anderem dafür erhielt ein sächsischer Arzt in diesem Jahr die Paracelsus Medaille, die höchste deutsche ärztliche Ehrung. Viele weitere ehrenamtliche Kollegen haben sich in den vergangenen 15 Jahren für die berufspolitischen Belange der sächsischen Ärzte eingesetzt. Einigen von Ihnen haben wir die Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille verliehen. So soll es auch heute wieder sein. Denn es ist nicht selbstverständlich, dass sich Ärzte neben ihren Patienten noch den Problemen der Selbstverwaltung widmen. Dazu bedarf es einer umfassenden Berufung zum Arztsein, zur Heilkunst.

Sie merken, die Kunst lässt uns nicht los. Albert Einstein, dessen 50. Todestag und 100. Geburtstag seiner Relativitätstheorie wir in diesem Jahr ehren, sagte einmal:

„Wahre Kunst wird durch einen unwiderstehlichen Drang im kreativen Künstler charakterisiert“.

Nicht nur die Kunst, auch die Medizin, kann ich nur anfügen.

Totenehrung

Der Sächsische Ärztetag gedachte wie in jedem Jahr denjenigen sächsischen Ärztinnen und Ärzten, die seit dem 14. Sächsischen Ärztetag 2004 verstorben sind. Die Sächsische Ärzteschaft wird die Verstorbenen in guter Erinnerung behalten und ihnen ein ehrendes Andenken bewahren. Auf der Seite 373 dieses Heftes sind die Namen der seit dem 5. Juni 2004 bis zum 9. Juni 2005 verstorbenen Kammermitglieder genannt.

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

Die großen Verdienste des in Leipzig geborenen und in Dresden tätigen Professor Dr. Hermann Friedrich Richter bestand darin, im Jahre 1872 für das deutsche Reichsgebiet die entscheidenden Impulse für die Vereinigung aller ärztlichen Vereine gegeben zu haben.

Es ist eine nunmehr zehnjährige Tradition des Sächsischen Ärztetages Mitgliedern unserer Sächsischen Landesärztekammer, die sich um die Ärzteschaft Sachsens und um die ärztliche Selbstverwaltung insbesondere verdient ge-

macht haben, mit der Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille auszuzeichnen. Auf Beschluss des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer verlieh der Kammerpräsident, Herr Professor Dr. med. habil. Jochen Schulze, diese hohe Auszeichnung an:

Dr. med. Bernhard Ackermann, Zwickau
Prof. Dr. med. habil. Hildebrand Kunath, Dresden

Dr. med. Clemens Weiss, Leipzig

Dr. med. Bernhard Ackermann

Die Sächsische Landesärztekammer ehrt mit der „Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille“ wegen seiner außerordentlichen Verdienste um die Selbstverwaltung und um die Berufspolitik der sächsischen Ärzteschaft Herrn Dr. med. Bernhard Ackermann, Facharzt für Allgemeinmedizin, aus Zwickau.

Herr Dr. med. Bernhard Ackermann, geboren am 5. November 1934 in Zwickau, studierte von 1953 bis 1958 Humanmedizin an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald und der Medizinischen Akademie Dresden.

Nach abgelegtem Staatsexamen promovierte er zum Thema „Über die Häufigkeit maligner Doppeltumoren“ zum Dr. med.

Es folgte 1959 ein Pflichtassistentenjahr im Krankenhaus Kirchberg/Sachsen und 1960 ein „praktisches Jahr“ im Landambulatorium Mosel (Landkreis Zwickau).

Von 1961 bis 1965 absolvierte er seine chirurgische Facharztausbildung am Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau.

Da ihm staatlicherseits die Übernahme der väterlichen Hausarztpraxis in Zwickau in Aussicht gestellt wurde, bildete er sich zusätzlich in den Fächern Innere Medizin, Kinderheilkunde, Dermatologie und HNO-Heilkunde weiter.

Am 1. April 1966 übernahm er schließlich die Praxis des Vaters und erfüllte sich damit seinen eigentlichen Berufswunsch eines praktischen Arztes in eigener Niederlassung, trotz aller staatlichen Reglementierung. Herr Dr. Ackermann vermisste schmerzlich die ärztliche Selbstverwaltung und Freiberuflichkeit.

Die politische Wende 1989 und der damit verbundene Umbau des ambulanten Gesundheitswesens sowie der Aufbau von Strukturen der ärztlichen Selbstverwaltung mit der Bildung von Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen gab Herrn Dr. Ackermann endlich die Möglichkeit, sich in diesen neuen demokratischen Strukturen berufspolitisch einzubringen und Verantwortung zu übernehmen.

15. Sächsischer Ärztetag

32. Kammerversammlung

Dresden
24./25. Juni 2005

Von 1990 bis 1993 war Herr Dr. Ackermann Vorsitzender des Zulassungsausschusses und von 1992 bis 2003 Vorsitzender des Beschwerdeausschusses der Wirtschaftlichkeitsprüfung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz.

Seit 1991 ist er Mandatsträger der Sächsischen Landesärztekammer. Er setzt sich besonders für die Aus- und Fortbildung der Arzthelferinnen sowie der qualifizierten Weiterbildung zur Arztfachhelferin und Medizinischen Fachangestellten in seiner Funktion als Mitglied seit 1992 und als deren Vorsitzender des Berufsbildungsausschusses seit 1996 ein.

Ebenso wichtig war für ihn in diesem Zusammenhang die aktive Mitarbeit im Tarifbeirat, in dem zwischen den Vertretern der Arzthelferinnen und der Ärzteschaft Tarifverträge auf Bundesebene ausgehandelt wurden. Herr Dr. Ackermann übte diese Tätigkeit von 1996 bis 2003 aus. Im Ausschuss „Ambulante Versorgung“ engagierte sich Herr Dr. Ackermann ebenfalls als Mitglied seit 1995 und als dessen Vorsitzender seit 1999.

Hier ging es vor allem darum, Schwächen und Fehlentwicklungen des Gesundheitssystems zu erkennen, aufzuzeigen und Änderungen bei der Politik anzumahnen, um die Situation der niedergelassenen Ärzte zu verbessern. Seit 1997 ist Herr Dr. Ackermann darüber hinaus Mitglied des Vorstandes der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung. Am 30. September 2004 beendete Herr Dr. Ackermann seine 38-jährige Praxistätigkeit. Seine standespolitischen Verpflichtungen in der Sächsischen Landesärztekammer, deren Alterspräsident er ist, übt er weiterhin aus. Sein berufliches und außerberufliches überdurchschnittliches Engagement, sein Fleiß, seine Beharrlichkeit und seine christliche Nächstenliebe sind beispielhaft, sie trugen entscheidend mit dazu bei, die ärztliche Selbstverwaltung in Sachsen zu etablieren und zu festigen.

Herr Dr. Ackermann empfand sein Handeln nie als Belastung, sondern immer als Verpflichtung und Auszeichnung.

Prof. Dr. med. habil. Hildebrand Kunath

Die Sächsische Landesärztekammer ehrt mit der „Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille“ wegen seiner außerordentlichen Verdienste um die Selbstverwaltung und um die Berufspolitik der sächsischen Ärzteschaft Herrn Prof. Dr. med. habil. Hildebrand Kunath, Direktor des Institutes für Medizinische



Prof. Dr. med. habil. Hildebrand Kunath, Dr. med. Clemens Weiss, Dr. med. Bernhard Ackermann (v.l.)

Informatik und Biometrie der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden.

Herr Professor Kunath, geboren am 24. Januar 1943 in Jena, studierte von 1962 bis 1968 Humanmedizin an der Friedrich-Schiller-Universität Jena und war anschließend im Institut für Sozialhygiene wissenschaftlicher Assistent. Frühzeitig widmete er sich der elektronischen Datenverarbeitung. 1985 wurde er als ordentlicher Professor und Leiter des Institutes für Medizinische Informatik und Biometrie an die Medizinische Akademie Dresden berufen. Seit 1994 ist er Direktor des Institutes für Medizinische Informatik und Biometrie der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden. Sein Wirken ist durch das Bestreben gekennzeichnet, die Medizinische Informatik und Biometrie für die Praxis und Wissenschaft auch in Sachsen voll zur Geltung kommen zu lassen.

Seine bundesweite und internationale Aktivität in der Gesundheits- und Wissenschaftspolitik ist besonders hervorzuheben, zum Beispiel durch die Mitarbeit in wissenschaftlichen Gremien, wie der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS) seit 1990,

dem Fachausschuss Medizinische Informatik der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie von 1993 bis 1999. Außerdem fungierte er in der Association pour la Promotion de l'Informatique de Santé, Bern, als President von 1998 bis 2002 und ist seit 2002 Boardmember und Pastpresident.

Als Vorstandsmitglied in verschiedenen Gremien wirkt er in der Berufspolitik und im praktischen Gesundheitswesen, so im Berufsverband Medizinischer Informatiker, im wissenschaftlichen Beirat des Projektes SaxTeleMed beim Sächsischen Staatsministerium für Soziales, im Vorstand des Tumorzentrums und im Vorstand der Sächsischen Krebsgesellschaft mit.

Herr Prof. Dr. Kunath ist ehrenamtlich für die Sächsische Landesärztekammer seit deren Gründung aktiv. Frühzeitig lenkte er die Aufmerksamkeit auf die notwendige Qualitätssicherung in der Medizin. Dies realisierte er in der Mitwirkung in verschiedenen Gremien und Aktivitäten der Sächsischen Landesärztekammer, so beim Aufbau der Sächsischen Perinatalerhebung (System zur externen Qualitätssicherung in der Perinatalogie), als Mitglied der Arbeitsgruppe Multimedia in der Medizin, des Lenkungsausschusses für externe

Qualitätssicherung im Krankenhaus in Sachsen, der Fachkommission Diabetes mellitus, als Sprecher der Fachkommission Brustkrebs und als Mitglied der Arbeitsgruppe Elektronischer Arztausweis. Er entwickelte zusammen mit Herrn Prof. Dr. med. habil. Otto Bach und Frau Dr. med. Maria Eberlein-Gonska den Kurs der Sächsischen Landesärztekammer für ärztliches Qualitätsmanagement. In der Bundesärztekammer ist er Mitglied des Arbeitskreises Versorgungsforschung.

Herr Professor Kunath ist weit über die Technische Universität Dresden und die Region Sachsen im Sinne der deutschen Ärzteschaft tätig. Sein engagiertes, zielorientiertes Wirken wird allgemein anerkannt und hoch geschätzt. Durch seine Aktivitäten hat er auch die von ihm vertretenen Fachgebiete in einem erheblichen Umfang aufgewertet.

Dr. med. Clemens Weiss

Die Sächsische Landesärztekammer ehrt mit der „Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille“ wegen seiner außerordentlichen Verdienste um die Selbstverwaltung und um die Berufspolitik der sächsischen Ärzteschaft Herrn Dr. med. Clemens Weiss.

Herr Dr. med. Clemens Weiss, geb. am 18. August 1935 in Berlin als drittes Kind eines Kernphysikers, wuchs in einer kompromisslos antinationalsozialistischen, christlich-humanistisch geprägten Familie auf. Er besuchte die Schule von 1941 bis 1943 in Berlin.

Nach dem Zusammenbruch des Nationalsozialistischen Regimes siedelte die Familie 1945 nach Rittersgrün/Erzgebirge und 1946 nach Ronneburg/Thüringen um. Bereits im Jahre 1941 fasste der damals sechsjährige Junge nach einem Krankenhausaufenthalt den Entschluss, Medizin zu studieren.

1946 wurde die Familie in die Sowjetunion deportiert, wo sie bis 1952 in Zentralrussland und anschließend bis 1955 in Suchumi/Georgien interniert war. Das gewünschte Medizinstudium war dort aufgrund der vollständigen Isolation nicht möglich, so dass Clemens Weiss sich zu einem Studium im Fach Klavier, unterstützt durch die Musikalität seiner Familie, entschloss. Nach Heimkehr 1955 folgte dann das ersehnte Studium der Humanmedizin an der Universität Leipzig, welches er 1960 mit Staatsexamen und Promotion zum Doktor med. abschloss. Seine Musikalität bewies er wiederum als Mitglied des Universitätschores unter Leitung von Professor Rabenschlag.

Es folgten Pflichtassistenz, Poliklinisches Jahr und Facharztweiterbildung zum Facharzt für Chirurgie bis 1966 unter Professor Dr. G. Rothe am Bezirkskrankenhaus St. Georg in Leipzig und die Erlangung des Facharztes für Urologie am selben Haus 1971. Ab 1972 bis 1989 arbeitete Herr Dr. Weiss als Oberarzt der Chirurgischen Klinik des Bezirkskrankenhauses St. Georg in Leipzig.

Bereits damals nahm die studentische wie auch die Ausbildung junger Fachärzte einen großen Raum seiner Tätigkeit ein. Prägende Patientenseminare sind seinen Schülern im Gedächtnis geblieben.

1989 erfolgt der Wechsel als Chefarzt der Chirurgischen Abteilung an das Kreiskrankenhaus Wurzen, wo er bis zu seinem Eintritt in das Rentenalter wirkte. Dort konnte er, nicht zuletzt den glücklichen Umständen der politischen Wende 1989 geschuldet, seinen patientennahen Interessen nachgehen und in den Jahren seiner Tätigkeit die Chirurgie und nicht zuletzt auch das Krankenhaus Wurzen als Leitender Chefarzt prägen. Besonderes Augenmerk galt der Schilddrüsenchirurgie, der Colonchirurgie und auch der minimalinvasiven Chirurgie, welche im Kreiskrankenhaus Wurzen, als einem der ersten Häuser im Regierungsbezirk Leipzig, als Routineeingriff ausgeführt wurde und wird.

Mit großem Engagement widmete er sich insbesondere der Ausbildung junger Fachärzte, welche er als „seine Kinder“ bezeichnete und durch seine humanistische Denkweise prägte. Auch heute noch besteht die Unterstützung seiner Schüler fort, nicht zuletzt steht er während Auslandsaufenthalten neben diesen am Operationstisch. Dafür sei ihm ein besonderer Dank ausgesprochen. Er selbst sagt, dass er zeitlebens keine wissenschaftlichen Ambitionen hegte, sondern sein Interesse ausschließlich der Betreuung von Patienten galt. Reich an negativen Erfahrungen durch die Jahre der Internierung in Russland und das Arbeiten im Sozialismus sah er 1989 in den berufspolitischen Möglichkeiten eine Chance der Mitgestaltung. Von 1991 bis 2003 war er Mandatsträger der Sächsischen Landesärztekammer und bis zum Jahre 2000 Vorsitzender der Kreisärztekammer Wurzen und später des Muldentalkreises. Ebenso genoss er in diesem Amt die Wertschätzung seiner Kolleginnen und Kollegen. Sein großes Engagement galt dem Erhalt des Krankenhauses Wurzen und der patientennahen Versorgung. Er scheute

dabei keine Auseinandersetzung auch mit Entscheidungsträgern in Politik und Gesellschaft.

Dr. Clemens Weiss engagierte sich um die Gründung der ärztlichen berufsständischen Selbstverwaltung in Sachsen. Von 1991 bis 2003 war er Mitglied der Kammerversammlung und von 1999 bis 2003 Mitglied des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer. Seit 2000 vertritt er die Sächsische Landesärztekammer in Fragen der Menschenrechte. Herr Dr. Weiss war seit der Gründung der Kreisärztekammern bis zum Jahr 2000 als Vorsitzender ehrenamtlich tätig. Zunächst hatte er den Vorsitz für den Kreis Wurzen, nach der Kreisreform war er Vorsitzender der Kreisärztekammer Muldentalkreis.

Des Weiteren arbeitete er in Ausschüssen der Sächsischen Landesärztekammer, wie zum Beispiel dem Ausschuss Krankenhaus, mit.

Neben seiner aufopferungsvollen Arbeit als Chirurg und klinischer Lehrer, wie auch Berufspolitiker, blieb er Zeit seines Lebens seiner christlichen Erziehung treu. Dies führte nicht zuletzt dazu, dass er auch wegen seiner Kenntnisse über Land und Menschen humanitäre Hilfe für Osteuropa, insbesondere Weißrussland und die Ukraine, leistete. Er begleitete über zwanzig Hilfstransporte mit der Diakonie Annaberg als Dolmetscher und Lastkraftwagenfahrer. Im Herbst vergangenen Jahres forderte ein schwerer Verkehrsunfall eine Unterbrechung seiner Tätigkeit.

Im Januar 2004 wurde Herrn Dr. Clemens Weiss für seine Verdienste der Verdienstorden am Bande der Verdienstmedaille der Bundesrepublik Deutschland durch Herrn Bundespräsidenten Dr. Johannes Rau, übergeben von Frau Staatsministerin für Soziales, Helma Orosz, verliehen.

Würdigung der Verleihung der „Paracelsus-Medaille“ an Herrn Professor Dr. med. habil. Heinz Diettrich

Anlässlich der Verleihung der Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft auf dem 108. Deutschen Ärztetag am 3. Mai 2005 in Berlin ehrte der 15. Sächsische Ärztetag am 24. Juni 2005 nachträglich den Ehrenpräsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, Herrn Prof. Dr. med. habil. Heinz Diettrich, einen Arzt, Wissenschaftler, ärztlichen Berufs- und Gesundheitspolitiker, der sich in vier Jahrzehnten seiner ärztlichen Tätigkeit durch vorbildliche ärztliche Haltung und besondere Verdienste um Stellung und Geltung des ärzt-

15. Sächsischer Ärztetag 32. Kammerversammlung

Dresden
24./25. Juni 2005



Vizepräsident Dr. med. Stefan Windau gratuliert zur Auszeichnung dem Ehrenpräsidenten Prof. Dr. med. habil. Heinz Dietrich

lichen Standes hervorgerufen hat. Herrn Prof. Dr. Heinz Dietrich hat sich beim Aufbau der Sächsischen Landesärztekammer als ärztliche Selbstverwaltung nach der Wiedervereinigung Deutschlands besonders verdient gemacht. Die Laudatio der Verleihungsurkunde ist im Deutschen Ärzteblatt, Jahrgang 102, Heft 18, C1009 publiziert.

Grußworte

Die Sächsische Staatsministerin für Soziales, Frau Helma Orosz sprach in ihrem Grußwort



Sächsische Sozialministerin, Frau Helma Orosz und Sozialbürgermeister, Herr Tobias Kogge

vor allem den Ärztemangel in Sachsen an. Eine Lösung von Berlin aus erwartet sie nicht. Dagegen sieht sie die Einzelmaßnahmen in Sachsen auf gutem Weg. Insbesondere die Gewinnung von Ärztinnen in Elternzeit ist ein nächstes Ziel. Dazu möchte sie die Möglichkeiten einer Anstellung von Ärzten in der Praxis gesetzlich neu regeln. Der Traumberuf „Arzt“ hat für Frau Orosz immer noch Gültigkeit, wie aktuelle Umfragen belegen. Deshalb sollen sich die sächsischen Ärzte nicht durch widrige Rahmenbedingungen ihren hohen Anspruch an sich und die Behandlungsqualität zerstören lassen. Sie will sich weiterhin aktiv für einen Bürokratieabbau einsetzen und ist für jeden Vorschlag dankbar.

Frau Staatsministerin Orosz bedankte sich bei allen Sächsischen Ärzten für die konstruktive Zusammenarbeit und für die stabile medizinische Versorgung der Bürger in Sachsen.

Herr Dr. Andrzej Wojnar, Präsident der polnischen Niederschlesischen Ärztekammer, betonte in seinem Grußwort die hervorragende Zusammenarbeit der beiden Kammern. Und er lud an dieser Stelle die sächsischen Ärzte zum 3. Deutsch-polnischen Symposium „Vergangenheit verstehen – Zukunft gestalten“ vom 9. bis 11. September 2005 nach Wroclaw herzlich ein.

Festvortrag

Carl Gustav Carus – Arzt und Maler
Professor Dr. med. habil. Albrecht Scholz
Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden
Direktor des Instituts für Geschichte der Medizin

Die Biographie von Carl Gustav Carus lässt sich sowohl für den Arzt, den Wissenschaftler als auch den Maler orientierend, wenn auch dadurch vergrößert, in zwei große Abschnitte unterteilen. Studium, ärztliche Tätigkeit in Leipzig und Dresden sowie seine wissenschaftlichen Veröffentlichungen charakterisieren eine ärztlich-naturwissenschaftlich dominierte Phase, die in den ersten vier Jahrzehnten das Leben von Carus bestimmte. Nach seiner Ernennung zum Königlichen Leibarzt 1827 widmete sich Carus mehr der Psychologie, der Philosophie, der Malerei und Reisen. Dementsprechend kann man diese Lebenszeit als stärker geistesgeschichtlich orientierte Phase einschätzen.



Prof. Dr. med. habil. Albrecht Scholz

Im Vortrag werden die Gedanken und Anregungen von Carus zur Verhütung und Vorbeugung von Krankheiten im Mittelpunkt stehen, da für ihn die wichtigste Aktivität der Ärzte sein sollte, sich mit den Ursachen des Krankwerdens, also der Phase vor der Krankheitsmanifestation, zu beschäftigen und hier Einfluss zu nehmen. Aus seiner Kenntnis und Wertschätzung der antiken Medizin interpretierte er Hygiene und Diät als die gesamte Lebensführung bestimmende Richtlinien. Carus forderte vom Menschen das Erkennen der eigenen Anlagen und Möglichkeiten, ihre planvolle Ausbildung und schließlich die schöpferische Tätigkeit.

Im künstlerischen Werk von Carus, das circa 400 Gemälde und 1000 Zeichnungen umfasst, lassen sich gleichermaßen zwei Haupttendenzen unterscheiden, die sich jedoch nicht abwechseln, sondern während des ganzen Lebens nebeneinander laufen. Die durch die deutsche romantische Malerei beeinflusste Symbolik von Motiven begegnet uns in vielen Bildern: das Tor, die Ruine, Friedhöfe, Fichten und Eichen als Symbolträger. Auf der anderen Seite malt und zeichnet Carus realistische Landschaftsdarstellungen, die oft dokumentarischen Charakter haben. Hier spüren wir den aus der anatomischen Zeichnung herkommenden Naturwissenschaftler. Beide Tendenzen verschränken sich in seinem künstlerischen Werk.



*Eun-Yang Choi, Kyung-Won Kang,
Anna Palimina (v.l.)*

Die Biographie zeigt uns, dass sich ärztliches Tun, wissenschaftliches Arbeiten und die Malerei von Carus in gegenseitiger Anregung gegenseitig durchdringen.

Musikalische Kostbarkeiten zum Ausklang der festlichen Abendveranstaltung wurden von Studenten der Hochschule für Musik „Carl Maria von Weber“ Dresden hervorragend dargeboten. Die Ausführende waren: Frau Anna Palimina, Sopran, Herr Kyung-Won Kang, Bariton, Frau Eun-Yang Choi, Klavier.

Arbeitstagung am 25. Juni 2005

Höhepunkt der Arbeitstagung am 25. Juni 2005 war der Bericht des Präsidenten über aktuelle Probleme der Gesundheits- und Berufspolitik sowie die Würdigung des Tätigkeitsberichtes 2004 der Sächsischen Landesärztekammer.

In seiner Rede machte Dr. Stefan Windau, Vizepräsident, vor allem die Auswirkungen der Gesundheitsreform für die Ärzte deutlich. Dr. Windau hatte den Vortrag in Vertretung des Präsidenten übernommen.

Er wies zu Beginn darauf hin, dass die aktuelle politische Lage wichtige Entscheidungen verhindert. So werden vor November 2005 zum Beispiel das Präventionsgesetz und das Betreuungsänderungsgesetz mit dem Schwerpunkt Patientenverfügung nicht beraten oder beschlossen werden.

Doch gerade das Präventionsgesetz ist ein wichtiges Vorhaben im Gesundheitsbereich.

Es soll Prävention mit einem Etat von 250 Mill. EURO/jährlich als tragende Säule der medizinischen Versorgung ausbauen. Gestärkt werden sollen von den Mitteln Maßnahmen an Schulen, Kindergärten, Betrieben, Vereinen sowie Rückenschulen, Nichtraucherкурse und Ernährungsberatung.

Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen bestätigt in seinem jüngsten Gutachten von Anfang Juni 2005 die Bedeutung der Prävention.

Dr. Windau wies auf die Kritik von der Bundesärztekammer an dem Gesetz hin.

Der ärztliche Sachverstand wurde bei der konkreten Ausgestaltung des Präventionsgesetzes ausgeblendet. Der Impfschutz sowie die Krebsvorsorge fehlen deshalb vollständig.

Gesundheitsreform

Der politische Stillstand kann auch als Chance von Ärzten genutzt werden, so Dr. Windau weiter. Die Ärzte sollten über die Sommermonate bis in den Herbst hinein die fachlichen Meinungen und Kritikpunkte der Bevölkerung und auch den Politikern permanent vermitteln. Vor allem die bisherigen Wirkungen der Gesundheitsreform machen eine Kursänderung deutlich: Die Stärkung der Krankenkassen und deren finanzielle Verbesserung durch den Überschuss vor allem aus Einsparungen bei Sterbegeld, Haushaltshilfen und Arzneimitteln sowie Einnahmen aus Praxisgebühr und dem RSA-DMP sind hier besonders kritisch zu sehen. Ein Hauptziel der Gesundheitsreform ist verfehlt, weil es zu

keinen strukturellen Änderungen gekommen ist. Offensichtlich wurden die Anreize falsch gesetzt.

Weiterhin gab es einen Rückgang an Arztbesuchen wegen der Praxisgebühr und Zuzahlungen für Medikamente. Vor allem sozial Schwache haben auf den Besuch in den Praxen verzichtet, bemerkte Dr. Windau. Sie haben das Geld für andere Dinge ausgegeben. Mit den Folgen beschäftigte sich auch der 108. Deutschen Ärztetag. Arme und Langzeitarbeitslose sind danach häufiger krank und haben eine um bis zu sieben Jahre verkürzte Lebenserwartung.

Für die Patienten stellt sich die Gesundheitsreform in zwei Formen dar: Leistungsbeschränkungen und höhere finanzielle Belastungen bei schlechter Prognose. Dieser Eindruck wird sich verstärken, wenn ab 1. Juli der Zahnersatz extra versichert werden muss, ohne dass die Krankenversicherungsbeiträge sinken und zukünftig die Wartelisten für Operationen immer länger werden, weil durch DRG und Ökonomisierung des Gesundheitswesens ca. 500 Kliniken in Deutschland in den nächsten 15 Jahren schließen werden.

Neue Versorgungsformen

An dieser Entwicklung können auch die neuen Versorgungsformen nichts ändern, so der Vizepräsident vor der Kammerversammlung. Nach seiner Meinung kommt es zu einer Konkurrenz zwischen alten und neuen Vertragsformen bei gleichzeitiger Behinderung der freiberuflichen fachärztlichen Tätigkeit. So genannte Verträge zur Integrierten Versor-

15. Sächsischer Ärztetag

32. Kammerversammlung

Dresden
24./25. Juni 2005

gung werden derzeit dem an sich positiven Ansatz einer sektorenübergreifenden Versorgung noch nicht gerecht. Sie sind entweder nur diagnosebezogen oder gelten nur für eine Fachgebietsebene. Integrierte Versorgung meint aber eine Kopplung des ambulanten, stationären und rehabilitativen Bereichs sowie über Fachgebiete hinweg. Auch hier wurde ein Ziel der Gesundheitsreform bisher nicht erreicht.

Anderer Verträge wiederum vermitteln den Eindruck, sie seien Integrationsverträge, bei genauerer Betrachtung entsprechen sie aber nicht den Vorgaben des § 140a SGB V. Als Beispiel sei hier der BARMER-Hausarztvertrag genannt. Mit diesem Vertrag ist es einerseits gelungen, einen für jeden Hausarzt grundsätzlich offenen Vertrag zu gestalten, der dem Vormarsch von Einzelverträgen entgegensteht und somit einzelne Ärzte nicht den Krankenkassen ausliefert. Andererseits stellt sich die grundsätzliche Frage nach seinem Sinn und Zweck. Vielfach wird von einer Qualitätsverbesserung in der medizinischen Versorgung der Patienten und der damit verbundenen Abläufe durch diesen Vertrag gesprochen. So sollen Ärzte und Apotheker stärker kooperieren, wichtige Behandlungsdaten austauschen und den Patienten zur besseren Kontrolle der Pharmakotherapie bei einer Hausapotheke einschreiben. Dem Patienten erlässt man dafür die Praxisgebühr. Die Qualität der Versorgung ändert sich aber nicht! Und es existiert so gut wie keine Begleitforschung, so dass eine Evaluation der Entwicklungen, die sich aus dem doppelbödigen Vertrag ergeben, nicht möglich ist.

Dr. Windau wies darauf hin, dass der Vertrag eine enorme Bürokratie verursacht sowie ein weiteres Auseinanderfallen der Ärzteschaft und der Heilberufe mit dem Effekt der leichten Steuerung durch die Politik und der Krankenkassen bewirkt.

Die Entstehung Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) ist in Sachsen nach Auskunft der Kassenärztlichen Vereinigung auf einem guten Weg.

Ein Hauptpunkt der Gesundheitsreform konnte mit Sicherheit umgesetzt werden: den Hausarzt als Lotsen. Die Steuerung über die Praxisgebühr hat sich teilweise als wirksam erwiesen, zumindest für Patienten. Ärzte kämpfen dagegen immer am Anfang eines Quartals mit den zahllosen Überweisungsscheinen, den Quittungen und die Kassenärzt-

lichen Vereinigungen später mit Mahnungen. Ein erstes Resümee aus 1 1/2 Jahren Gesundheitsreform zeigt, dass sich bisher weder die Qualität noch die Effektivität des Gesundheitssystems verbessert haben. Dagegen können Ärzte und Patienten eine Rationierung von Gesundheitsleistungen beobachten, welche bei den Patienten noch mit höheren Zusatzzahlungen verbunden sind. Zugleich unterstützte Dr. Stefan Windau die Ansicht von Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, dass die staatliche Programmmedizin mit Konzeptionslosigkeit gekoppelt ist.

Es besteht aktuell und politisch verursacht ein Zielkonflikt zwischen Qualitätsverbesserung und Kostensenkung, der auch mit Wettbewerb nicht gelöst werden kann. Die medizinischen Notwendigkeiten werden in Zukunft verstärkt an finanzielle Ressourcen angepasst, ohne dass die Bürger (Wähler) darüber aufgeklärt werden.

Gleichzeitig hat die Fremdbestimmung der ärztlichen Berufsausübung durch Institute wie G-BA, IQWiG, INEK und auch Krankenkassen zugenommen. Es wird immer mehr in die Therapiefreiheit eingegriffen, ohne dass Ärzte sich dagegen verwahren können, weil alles auf gesetzlicher Grundlage passiert, wodurch berufsrechtliche und sozialrechtliche Forderungen immer weiter zu Lasten von Ärzten auseinanderdriften.

Bericht vom 108. Deutschen Ärztetag

Nach diesem Lagebericht ging der Vizepräsident noch auf einzelne Themen des 108. Deutschen Ärztetages in Berlin ein. Unter anderem berichtete er über die Entscheidung zur Versorgungsforschung, die Frage der Entbürokratisierung ärztlicher Tätigkeit und dem ärztlichen Fehlermanagement.

Versorgungsforschung

Die Politik bedient sich des Instruments der Schuldzuweisung an die Leistungserbringer, insbesondere die Ärzteschaft, in dem sie Ärzten anhand pseudowissenschaftlicher Daten Fehlversorgung und mangelndes Qualitätsbewusstsein vorwirft. Bei einer soliden Aufarbeitung der entsprechenden Materie zeigt sich jedoch meist ein anderes Bild. Um der Politik zukünftig auf der Grundlage wissenschaftlicher Daten beratend zur Seite zu stehen, haben sich die Delegierten in Berlin auf eine Anschubfinanzierung einer ärztlichen Versorgungsforschung geeinigt. Aus berufspolitischer Sicht ist die Versorgungsforschung

eines der wichtigsten, leider bisher grob vernachlässigten Instrumente zur zielgesteuerten Ausgestaltung des Gesundheitswesens in Deutschland und Europa. „Ich hoffe, dass dann die Zeit von einzelnen interessengeleiteten Politikberatern vorbei ist“, sagte Dr. Windau vor den Mandatsträgern in Dresden.

Ärztliches Fehlermanagement

Eine weitere wichtige Diskussion galt dem Thema ärztliches Fehlermanagement. Mit einem einstimmigen Votum hat der 108. Deutsche Ärztetag der Etablierung von Fehlermeldesystemen in die ärztliche Versorgung zugestimmt. Noch wird in der Patientenversorgung allzu oft nach dem 'Sündenbock-Prinzip' gearbeitet: 'Wer war schuld?', anstelle zu fragen 'Was war schuld?'. So erscheint ein Systemfehler als individuelles Verschulden eines Arztes. Dies ist ungerecht und sachlich falsch.

Dr. Windau: Fehler in der medizinischen Behandlung beruhen nämlich weniger häufig auf dem schicksalhaften Versagen einer Einzelperson als auf der Verkettung mehrerer Schwachstellen. An dieser Stelle setzen Beinahefehlerberichts- und Lernsysteme (Beispiel: CIRS) an, die sich auf Schwachstellen und Zwischenfälle konzentrieren, die für sich betrachtet noch nicht zu einem Schaden für den Patienten geführt haben, in Kombination mit anderen Schwachstellen jedoch zu einem Schaden hätten führen können. Beinahefehler-Berichtssysteme sind keine Sanktionsinstrumente, sondern dienen der Fehlerprävention.

Entbürokratisierung ärztlicher Tätigkeit

Die Regelung von Ausnahmetatbeständen, die neue Vertragsvielfalt, das auf medizinischen Diagnosen- und Prozedurenschlüsseln basierende DRG-Fallpauschalen-Entgeltsystem und vor allen Dingen die zunehmende in detail-Verliebtheit des Gesetzgebers haben zu einer unerträglichen Zunahme von Verwaltungsaufwand und Dokumentationspflichten geführt, unter dem nicht nur die behandelnden Ärzte leiden, sondern inzwischen auch die Krankenkassen stöhnen.

Nachhaltige Entbürokratisierungsmaßnahmen für das Gesundheitswesen werden nicht beim Streichen oder Zusammenführen des einen oder anderen Formulars stehen bleiben können, sondern bedürfen eines grundsätzli-



Der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer

chen Umdenkens in der Datenerhebung und -verwaltung: Daten so sparsam wie möglich zu erheben und nicht umgekehrt! Demgegenüber steht die von vielen angeprangerte Bürokratie im Zusammenhang mit dem RSA-DMP. Dr. Windau begrüßte deshalb, dass die Initiative des Deutschen Ärztetags von 2004 in Bremen zur Entbürokratisierung der Medizin von der Gesundheitsministerkonferenz aufgegriffen wurde. Auch hier hält man es inzwischen für dringend erforderlich, das medizinische Personal von nicht zwingend notwendigen Dokumentationspflichten zu entlasten, um die vorhandenen personellen und finanziellen Ressourcen besser für die medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten nutzen zu können. Auf Anfrage hatte vor einem Jahr die Sächsische Landesärztekammer einen umfangreichen Katalog mit Formularen und Vorschlägen an das Sächsische Staatsministerium für Soziales übergeben. Nun erwägt die Gesundheitsministerkonferenz die Verabschiedung eines Artikelgesetzes zur Verbesserung der medizinischen Versorgung durch Deregulierung. Aber ein etwaiges neues Gesetz darf keinen neuen Verwaltungsaufwand produzieren, sondern muss übergreifend in alle Rechtskreise und Regelungsbereiche entlastend hineinwirken, die die medizinische Versorgung berühren.

Auf der Basis des Beschlusses des 107. Deutschen Ärztetags 2004 in Bremen entwickelt die Bundesärztekammer derzeit ein Konzept zur sektorübergreifenden Harmonisierung von medizinischen Dokumentationsanforderungen, das gegebenenfalls in eine Dokumentationsleitlinie münden wird.

Neben den Aktivitäten gegenüber dem Gesetzgeber muss natürlich die Selbstverwaltung in den Spiegel schauen und sich fragen: Was können wir selbst an Bürokratie abbauen? Welche Daten lassen sich doppelt nutzen und müssen nicht ständig wieder erhoben wer-

den? Und wie kann Verwaltung zur Entlastung der Mitglieder effektiver und servicefreundlicher gestaltet werden.

Ärztmangel in Sachsen

Ausführlich ging der Vizepräsident erneut auf den akuten Ärztemangel in Sachsen ein. Nach seiner Ansicht spielt Bürokratie auch hier eine wesentliche Rolle. Junge Mediziner ergreifen keinen Beruf, in dem sie mehr mit Akten als mit Patienten zu tun haben.

Das Bundesgesundheitsministerium hat mit einer eigenen Studie festgestellt, dass es partiell einen Ärztemangel in Ostdeutschland gibt. In der Analyse sieht das Ministerium vor allem notwendige Änderungen bei den Arbeitsbedingungen, der Unkenntnis über ostdeutsche Lebensverhältnisse und der Vergütung sowie dem Wiedereinstieg von Ärztinnen nach Erziehungszeiten. Das ist schon lange bekannt. Dennoch ist es seitens der Bundespolitik bisher nicht gelungen, eben diese Änderungen auf den Weg zu bringen. Man hat den richtigen Moment einfach verschlafen. Vergessen wurden in der Analyse die negativen Folgen für die ärztliche Nachwuchsgewinnung aus einer permanenten Diffamierung des Berufsstandes seitens der Politik. Wer will schon gern zu den Abzockern, den Beutelschneidern und Abrechnungsbetrügnern gehören? Und wenn durch eine Vergütungsstudie in elf Industrienationen festgestellt wird, dass deutsche Ärzte auf dem vorletzten Platz liegen, dann muss man sich nicht wundern, wenn junge Ärzte auswandern.

Spricht man Frau Ulla Schmidt auf notwendige Maßnahmen an, so verweist sie auf die Selbstverwaltung. Doch diese kann die Vergütung nicht einfach anheben. In Sachsen wurde dagegen schon vieles getan, um das Problem zumindest zu mildern. Bekannt sind die finanziellen Fördermöglichkeiten für Torgau-Oschatz und die Erhöhung der Weiterbil-

dungsstellen Allgemeinmedizin auf 150. Zudem hat die Sächsische Landesärztekammer vor Studenten in Dresden und Leipzig für eine ärztliche Tätigkeit geworben. Und nicht zuletzt gab es Kontakte nach Wien, um das Land Sachsen bei österreichischen Mediznern bekannt zu machen. Dafür hat die Sächsische Landesärztekammer von den sächsischen Ärztinnen und Ärzten nicht nur Zustimmung erhalten.

Fakt ist, dem Ärztemangel ist mit all diesen Aktivitäten nicht beizukommen. Im Jahr 2004 konnten ca. 100 weitere Arztpraxen in Sachsen nicht besetzt werden. Dieser Trend wird sich auch 2005/2006 fortsetzen. Dr. Windau fordert deshalb gut koordinierte Maßnahmen von Sozialministerium, Wirtschaftsministerium, Sächsischer Landesärztekammer, Kassenärztlicher Vereinigung und Sächsischer Krankenhausgesellschaft. Denn derzeit agiert jeder so für sich. Es müssen Kräfte gebündelt werden, das spart Ressourcen und Kosten. Zu den weiteren Maßnahmen gehören: Studenten in Sachsen binden, das Bundesland mit seinen regionalen Besonderheiten attraktiv vermitteln, die Arbeitsbedingungen an den Kliniken verbessern und die Vergütung neu regeln. Doch Geld allein ist nicht der Grund, weshalb junge Ärzte den Beruf oder Deutschland verlassen. Vielmehr ist bei den nachwachsenden Generationen ein Wertewandel festzustellen, der den 24-Stunden-Dienst nicht mehr als Lebensmittelpunkt und die Selbstausschöpfung als Normalität betrachtet. Familie und Freizeit genießen einen immer höheren Stellenwert und wollen entsprechend berücksichtigt sein. Dazu bedarf es der Rahmenbedingungen wie Teilzeitstellen, korrekte Erfassung von Überstunden, neue Anstellungsmöglichkeiten in der Niederlassung etc.

Die Sächsische Landesärztekammer setzt sich weiterhin für eine kontinuierliche Bearbeitung des Themas auf allen Ebenen der Bundes- und Landespolitik ein. Im Interesse der Patienten und Ärzte müssen auch unpopuläre Lösungen diskutiert werden, um eine ärztliche Versorgung in Sachsen zu gewährleisten.

Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen

Für die gesundheitspolitische Arbeit nutzt die Sächsische Landesärztekammer auch das Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat

15. Sächsischer Ärztetag 32. Kammerversammlung

Dresden
24./25. Juni 2005

Sachsen. Das Bündnis beteiligt sich intensiv an den politischen Entwicklungen und nimmt zu aktuellen Fragen Stellung. Die 32 Vertreter im Bündnis sind eine politische Kraft, welche von den Politikern auch ernst genommen wird. Das Bündnis hat zum Beispiel im März 2005 in der Landespressekonferenz des Sächsischen Landtags ein Positionspapier mit dem Titel „Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung“ vorgestellt.

In politischen Umbruchzeiten wird gerade ein solches Bündnis auf eine harte Probe gestellt. Die Vielzahl an Meinungen und Interessen machen die tatsächlichen Effekte der Gesundheitsreform deutlich: Eine Zersplitterung der Ärzteschaft und der Verbände mit dem Effekt der leichten Steuerung durch Krankenkassen und Politik.

Im Anschluss erfolgte eine berufspolitische Aussprache zu aktuellen Problemen der Gesundheits- und Berufspolitik und zum Tätigkeitsbericht 2004 der Sächsischen Landesärztekammer.

Nach der Beratung von Schwerpunktthemen zu aktuellen Problemen der Gesundheits- und Berufspolitik wurden folgende Entschlüsse gefasst:

- Der Ärztetag fordert die Landesregierung auf, sich insbesondere für die Anpassung der Vergütung an das westdeutsche Niveau einzusetzen, damit der Arztberuf für Absolventen der Medizin wieder attraktiv wird und unser medizinischer Nachwuchs nicht weiter abwandert.



Dipl.-Med. Thomas Flämig spricht zur Diskussion



Prof. Dr. med. habil. Christoph Josten

- Den allgemeinmedizinischen Belangen ist an den sächsischen Universitäten durch die Anwendung moderner Lehrmethoden, einer adäquaten Ausstattung und eigener Lehrbereiche sowie Lehrpraxen gerecht zu werden.
- Die Medizinstudenten müssen frühestmöglich motiviert werden, hausärztlich tätig zu werden.
- Grundregeln der ärztlichen Dokumentation müssen zur Sicherung der Qualität in der medizinischen Betreuung und Minderung der Bürokratie und des Aufwandes sowie zur Verbesserung der Kommunikation der Ärzte untereinander wieder vermehrt Beachtung finden.
- Die Versorgungsforschung ist genuine Aufgabe der Ärzteschaft. Der Versorgungsforschung muss ein wesentlich größeres Gewicht als in der Vergangenheit sowohl durch den praktisch tätigen und niedergelassenen Arzt als auch durch entsprechende Forschungsaktivitäten an den Medizinischen Fakultäten beigemessen werden.

Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und des elektronischen Heilberufsausweises (eHBA)

Prof. Dr. med. habil. Hildebrand Kunath
Medizinische Fakultät der Technischen Universität Dresden, Direktor des Instituts für Medizinische Informatik und Biometrie
Der Aufbau einer umfassenden Telematik-Infrastruktur für das deutsche Gesundheitswesen nach § 291 SGBV im Rahmen der Gesundheitsreform ist seit dem Bericht vom

April 2005 an dieser Stelle vorangetrieben worden. Zunächst existieren nunmehr die rechtlichen und strukturellen Voraussetzungen sowie Finanzierungskonzepte. Durch Bundesratsbeschluss wurden die rechtlichen Voraussetzungen für den Betrieb der „Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte gGmbH“ (gematik gGmbH) geschaffen. Die gematik gGmbH ist als Einrichtung der Selbstverwaltung für die Einführung und den Betrieb der Telematik-Infrastruktur nach § 291 SGB V sowie die Einführung und den Betrieb der sektorübergreifenden Komponenten und Anwendungen für die Informations-, Kommunikations- und Sicherheitsinfrastruktur zuständig. Offiziell wird im Moment an dem sehr ehrgeizigen Terminziel des Gesetzestextes der Einführung der Elektronischen Gesundheitskarte zum 1. Januar 2006 festgehalten. Der Termin ist aus gegenwärtiger Sicht unrealistisch. Zu diesem Zeitpunkt ist allenfalls der Start der Anwendung der eGK in Testregionen mit jeweils ca. 100.000 Karten zu erwarten.

Wie bereits mehrfach erläutert, soll die eGK zunächst die bisherige Krankenversichertenkarte ablösen. Der bisherige Datenumfang wird ergänzt durch die Merkmale Geschlecht und Zuzahlungsstatus. Ein Lichtbild des Versicherten soll dem Kartenmissbrauch entgegenwirken. Die Rückseite der Karte wird mit einem Aufdruck des Auslandskrankenscheins E 111 versehen. Als erste Pflichtanwendung der eGK wird das elektronische Rezept



Prof. Dr. med. habil. Hildebrand Kunath

schrittweise implementiert. Durch diese „Schuhlöffelfunktion“ soll einerseits die Implementierung der Telematik-Infrastruktur bei möglichst vielen Leistungserbringern schnell vorangetrieben werden. Andererseits erhofft man sich hierdurch Einsparung durch den Wegfall der Bearbeitung von jährlich 700 Millionen Papierrezepten eine Kosteneinsparung von mindestens 1 Milliarde €/Jahr. Sehr bemerkenswert ist der Beschluss, den Versicherten eine eindeutige lebenslang gültige Versicherten-Nummer kassenübergreifend zu geben. Hierdurch werden das Kartenmanagement, die Authentifikationsfunktion (Schlüssel für den Zugang zur Telematikinfrastruktur) und in der Zukunft die Realisierung der elektronischen Krankenakten sehr erleichtert.

Die eGK wird für die Dokumentation umfangreicher medizinischer Daten vorbereitet. Hierdurch sollen Informationen über frühere oder aktuell bestehende gesundheitliche Probleme des Karteninhabers bereit gestellt werden. Prinzipiell handelt es sich um so genannte freiwillige Anwendungen. Für das Gebiet der Notfallversorgung und Prüfung der Arztherapiesicherheit wurde vom Bundesministerium für Gesundheit nunmehr ein Datensatz als verbindliche Vorgabe einer prioritären freiwilligen medizinischen Anwendung der eGK veröffentlicht.

Über den Stand der Vorbereitung zur Erprobung der eGK in der Modellregion Sachsen informierte die Sächsische Staatsministerin, Frau Helma Orosz, am 21. Juni diesen Jahres das Kabinett und die Öffentlichkeit. Danach hat sich Sachsen als einzige Region im Osten Deutschlands um ein Modellprojekt beworben. Erste Labortests können im IV Quartal 2005 starten. Organisationsstrukturen sind aufgebaut. Es liegt ein abgestimmter Projekt- und Budgetplan für die Jahre 2005 und 2006 vor. Das Vorhaben Telematik-Infrastruktur wird wie in der Vergangenheit vom Freistaat Sachsen sehr gefördert.

Vielfältigen Befürchtungen in der Ärzteschaft bezüglich einer überstürzten, viele Kollateralschäden verursachende Einführung der eGK in das deutsche Gesundheitswesen zerstreute Dr. Norbert Paland, Leiter der Projektgruppe Telematik im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, auf dem im April diesen Jahres in München stattgefundenen eHealth 2005-Kongress mit der Versiche-

rung einer „sanften Einführung“. Danach wird es Übergangslösungen geben, die ein Parallelbetrieb von eGK und Papierrezept einschließt.

Mit dem Aufbau der kartenbasierten Telematik-Infrastruktur ergeben sich viele gute Chancen für die Rationalisierung und strukturelle Modernisierung des Gesundheitswesens. Deutschland bildet nicht die Spitze der europäischen Entwicklung, sondern folgt zunächst nur internationalen Trends – allerdings mit einem komplexen Ansatz.

Zu beachten ist, wonach Informationstechnik-Strukturen bestehende Verhältnisse der Information und Kommunikation verstärken. Einer Ausweitung der gegenwärtigen Bürokratie und der Förderung eines ungebremsen Datenwahns durch die Telematik-Infrastruktur ist Einhalt zu gebieten.

*Dipl.-Ök. Kornelia Keller
Kaufmännische Geschäftsführerin*

Der elektronische Heilberufsausweis ist die Eintrittskarte in die Telematikplattform des Gesundheitswesens für die Ärzte und der Schlüssel für die Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte der Versicherten. Ohne elektronischen Arztausweis wird es in naher Zukunft nicht mehr möglich sein, eine umfassende ärztliche Tätigkeit auszuüben. Aufgrund der großen Bedeutung haben sich die Landesärztekammern auf dem 108. Deutschen Ärztetag 2005 dazu bekannt, als



Frau Dipl.-Ök. Kornelia Keller

Herausgeber des elektronischen Heilberufsausweises für die Ärzte Verantwortung zu übernehmen.

Einerseits ist der eHBA ein Heilberufsausweis gemäß Heilberufekammergesetz und insofern als Sichtausweis zu konzipieren. Er übernimmt damit die Rolle, die bisher der papierne Arztausweis ausgeübt hat. Damit ist es notwendig, dass vor der Herstellung und Freigabe des eHBA eine Bestätigung des Arztattributes erfolgt.

Andererseits ist der eHBA ein qualifiziertes Zertifikat gemäß Signaturgesetz und damit eine vollwertige elektronische Unterschrift, mit der der Arzt Dateien rechtsverbindlich unterschreiben kann. Voraussetzung dafür ist eine vorherige eindeutige Identitätsfeststellung. Der elektronische Heilberufsausweis wird bundesweite Gültigkeit haben. Er wird mit einer Gültigkeitsdauer von fünf Jahren konzipiert sein, da davon auszugehen ist, dass dann die Plastikkarte physisch verschlissen ist.

Eine Aufgabe, die gesetzlich fixiert ist und wird ist die Herausgeberfunktion der Landesärztekammern. Die Landesärztekammern tragen die Verantwortung für die Herausgabe des eHBA und treffen im Einzelfall jede abschließende Entscheidung.

Sie müssen die Anträge registrieren und in jedem Fall als bestätigende Stelle für das Arztattribut tätig sein. Daraus folgt auch die Verpflichtung, bei Wegfall der Arzteeigenschaft durch Entzug, Ruhen und Widerruf der Approbation oder Berufserlaubnis die unverzügliche Sperrung des elektronischen Heilberufsausweises zu veranlassen. Dabei sind wir auf eine enge Zusammenarbeit mit den Approbationsbehörden angewiesen. Jede Landesärztekammer kann für sich entscheiden, ob sie Aufgaben der Identifizierung und der Auslieferung übernimmt oder auf Dritte überträgt.

Nach Vorliegen des endgültigen Fachfeinkonzeptes, welches durch die Bundesärztekammer in Zusammenarbeit mit den Landesärztekammern erarbeitet wird und sich derzeit in der Kommentierungsphase befindet, wird die Projektgruppe bei der Sächsischen Landesärztekammer dem Vorstand einen Vorschlag unterbreiten, wie die Prozesse bei der Sächsischen Landesärztekammer konkret ablaufen sollen. Detaillierte Informationen finden sie unter www.slaek.de.

15. Sächsischer Ärztetag

32. Kammerversammlung

Dresden
24./25. Juni 2005

Dr. rer. oec. Klaus Wolf
Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
ehemaliger stellvertretender
Hauptgeschäftsführer

Einführung der Elektronischen Gesundheitskarte im Bereich der niedergelassenen Ärzte
Mit der schrittweisen Einführung der Elektronischen Gesundheitskarte (eGK) steht vor jeder Arztpraxis eine Vielzahl von Aufgaben. Eine wichtige Voraussetzung für die Nutzung der eGK ist die Schaltung eines Internetanschlusses, wobei als Mindestanforderung eine freie – nicht durch Telefon oder Telefax belegte – ISDN-Nummer gesehen wird. Wenn territorial die technischen Voraussetzungen gegeben sind, sollte einer DSL-Verbindung der Vorzug eingeräumt werden. Weiterhin erfordert das System die Bereitstellung eines zusätzlichen Gerätes (Netzkonnetektor), welches der Praxissoftware die Basisanwendungen der eGK zur Verfügung stellt. Ein zu erwerbendes multifunktionelles Lesegerät dient zum Einlesen von eGK und Elektronischem Heilberufsausweis. Der Anschluss erfolgt über die Praxissoftwareanbieter. Die erweiterten Anforderungen durch die eGK ziehen eine Aufrüstung der Praxissoftware um mindestens die Pflichtenwendungen (Versichertencheck, elektronisches Rezept) nach sich.

Erste Schätzungen der KBV sprechen von einmaligen erstattungsfähigen Investitionskosten für diese Geräte in Höhe von 1.000 bis 2.000 EURO.



Dr. rer. oec. Klaus Wolf

Die Refinanzierung der Kosten ist über Zuschläge bei der Nutzung der neuen Technik angedacht.

Zur Vermeidung von Fehlinvestitionen sollte eine mögliche Erweiterung des Praxissystems und der Kauf der zusätzlichen Geräte erst nach einer offiziellen Information der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen erfolgen.

Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer

Prof. Dr. med. habil. Gunter Gruber
Vorsitzender des Ausschusses Weiterbildung
Nach einer Information zum Stand der Umsetzung der Musterweiterbildungsordnung in den 17 Landesärztekammern begründete Prof. Dr. Gunter Gruber, Vorsitzender des Ausschusses Weiterbildung, die Beschlussvorlage zur Ergänzung bzw. Änderung der Weiterbildungsordnung (WBO). In der neuen WBO wird unter Allgemeine Inhalte der Weiterbildung die „Durchführung von Schutzimpfungen“ ergänzt, die Bezeichnung der Plastischen Chirurgen als Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie neu gefasst, ohne inhaltliche Veränderungen.

Zusätzlich werden Übergangsbestimmungen zur Führbarkeit des „Facharztes für Plastische und Ästhetische Chirurgie“, der Zusatzweiterbildungen „Infektiologie“, „Intensivmedizin“ und „Spezielle Orthopädische Chirurgie“ in die WBO, die am 26.06.2004 von unserer Kammerversammlung beschlossen worden war, aufgenommen. Diese Änderungen und die neue WBO können erst nach Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde in Kraft treten. Aufgrund der aktuellen Rechtslage bei der Europäischen Union (EU) und von allen Landesärztekammern als Kompromisslösung akzeptiert ist bis zur Notifizierung des Facharztes für Innere und Allgemeinmedizin bei der EU als Äquivalent zur EU-Forderung nach „Spezifischer Ausbildung in der Allgemeinmedizin“ für Hausärzte in Deutschland der Facharzt für Allgemeinmedizin zu führen.

Die Notifizierung des neuen „Facharztes“ für Innere und Allgemeinmedizin als Hausarzt kann von der Bundesrepublik Deutschland erst bei der EU beantragt werden, wenn in allen Landesärztekammern die novellierte WBO mit dieser neue Facharztbezeichnung in Kraft getreten ist.

Satzung zur Änderung der Satzung zur Erteilung des Fachkundenachweises Leitender Notarzt

Dr. med. Michael Burgkhardt:

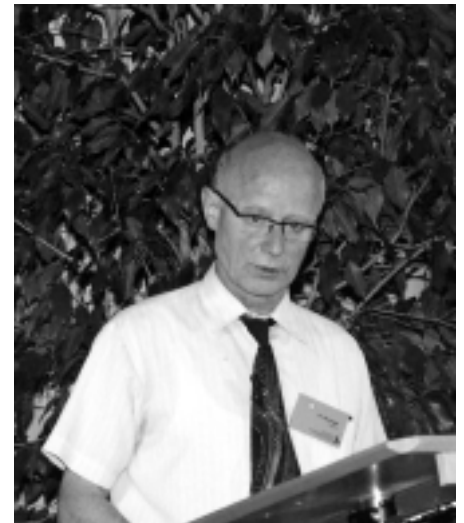
Das bis zum Vorjahr geltende Sächsische Rettungsdienstgesetz verlangte die Einführung eines Leitenden Notarztes als ärztliche Führungskraft für den Massenansturm von Verletzten (MANV). Auf dieses Gesetz bezog sich die derzeitige Fassung der Satzung zur Erteilung der Fachkunde Leitender Notarzt vom 08. März 1994. Seit dem 01. Januar 2005 ist eine neue gesetzliche Grundlage mit dem Gesetz über den Brandschutz, Rettungsdienst und Katastrophenschutz (SächsBRKG) wirksam, welches am 24. Juni 2004 vom Sächsischen Landtag beschlossen wurde (SächsGVBl. 2004, S. 245). Somit ist es erforderlich, die Satzung so zu korrigieren, dass der neue Gesetzesbezug aktuell ist.

Finanzen

Jahresabschlussbilanz 2004

Dr. med. Claus Vogel
Vorstandsmitglied und Vorsitzender des Ausschusses Finanzen

Wie auch in den vergangenen Jahren erhielt die Sächsische Landesärztekammer den uneingeschränkten Prüfungsvermerk von der Prüfungsgesellschaft Bausbach Schübel Brösztl & Partner. Diese bestätigt damit, dass die Jahresrechnung unter Beachtung der Grundsätze ordnungsmäßiger Buchführung ein den tatsächlichen Verhältnissen entsprechendes Bild der Vermögens-, Finanz- und



Dr. med. Claus Vogel

Ertragslage der Sächsischen Landesärztekammer vermittelt.

Herr Dr. Vogel, Vorstandsmitglied und Vorsitzender des Ausschusses Finanzen und Herr Frank, Wirtschaftsprüfer erläuterten ausführlich den Jahresabschluss 2004 der Sächsischen Landesärztekammer, welcher von der 32. Kammerversammlung bestätigt wurde.

Die Ergebnisse des Jahresabschlusses 2004 sind im „Ärzteblatt Sachsen“ Heft 6/2005, S. 298 veröffentlicht. Jedes beitragspflichtige Kammermitglied hat die Möglichkeit, in der Geschäftsstelle der Sächsischen Landesärztekammer in den Bericht des Wirtschaftsprüfers Einsicht zu nehmen.

Dem Vorstand und der Geschäftsführung wird für das Geschäftsjahr 2004 Entlastung erteilt. Die Kammerversammlung hat dem Finanzausschuss und dem Vorstand den Auftrag erteilt, eine Senkung des derzeitigen Beitragsatzes für den Kammerbeitrag unter Berücksichtigung der demographischen Entwicklung der Kammermitglieder und der möglichen Übertragung weiterer gesetzlicher Aufgaben zu prüfen. Die Satzungsänderung der Beitragsordnung soll der 33. Kammerversammlung am 12. November 2005 vorgelegt und ab 1. Januar 2006 wirksam werden.

Beschlüsse des 15. Sächsischen Ärztetages/der 32. Kammerversammlung

Die Mandatsträger der Sächsischen Landesärztekammer fassten zum 15. Sächsischen Ärztetag/32. Kammerversammlung am 24. und 25. Juni 2005 folgende Beschlüsse:

Beschlussvorlage Nr. 1

Tätigkeitsbericht 2004 der Sächsischen Landesärztekammer
(bestätigt)

Tischvorlage: Beschlussvorlage Nr. 2 (neu)

Satzung zur Änderung der am 26. Juni 2004 beschlossenen Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer
(bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 3

Satzung zur Änderung der Satzung zur Erteilung des Fachkundenachweises Leitender Notarzte
(bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 4

Jahresabschluss 2004
(bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 5

Bekanntgabe der Termine 33. Kammerversammlung (12. November 2005) und 16. Sächsischer Ärztetag/34. Kammerversammlung (23./24. Juni 2006)

Beschlussantrag Nr. 6

Entbürokratisierung: Grundregeln ärztlicher Dokumentation
(bestätigt)

Beschlussantrag Nr. 7

Ausbildung Allgemeinmedizin
(bestätigt)

Beschlussantrag Nr. 8

Ärztmangel in Sachsen
(bestätigt)

Beschlussantrag Nr. 9

Ärztmangel in Sachsen – Koordination von Maßnahmen
(bestätigt)

Beschlussantrag Nr. 10

Medizinische Versorgungsforschung
(bestätigt)

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug
Knut Köhler M.A.

Die 33. Kammerversammlung findet am Sonntag, dem **12. November 2005**, und der **16. Sächsische Ärztetag/34. Kammerversammlung** findet am **23. und 24. Juni 2006** im Kammergebäude der Sächsischen Landesärztekammer statt.