

19. Sächsischer Ärztetag 40. Kammer- versammlung 2009

Arbeitstagung am Freitag, 19. Juni 2009

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, begrüßte zu Beginn des 19. Sächsischen Ärztetages den Alterspräsidenten, Herrn Dr. med. Bernhard Ackermann, die Mandatsträger der sächsischen Ärzteschaft, die anwesenden Träger der „Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille“ und alle Gäste. Besonders willkommen hieß der Kammerpräsident den Vertreter des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Herrn Jürgen Hommel, Leiter des Referates Recht des Gesundheitswesens, Gesundheitsberufe, Bestattungswesen, Herrn Dr. Peter Niedermoser, Präsident der Ärztekammer Oberösterreich, Herrn Prof. Dr. med. habil. Thomas Herrmann als Vertreter des Lehrkörpers der Medizinischen Fakultät der TU Dresden und als Mandatsträger.

Rationierung und Wettbewerb – Gesundheitspolitische Eckpunkte 2009

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

In seinem Eröffnungsvortrag ging der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer auf die Eckpunkte der aktuellen Gesundheits- und Berufspolitik ein. Vier Wochen nach dem 112. Deutschen Ärztetag sei es wichtig, auch in Sachsen das Thema Rationierung anzusprechen und damit die unbegrenzten Leistungsversprechen der Politik in Frage zu stellen. In den Medien und in der Öffentlichkeit kam dieser Tabubruch unterschiedlich an. In einigen Fällen hieß es, die Ärzte fordern die Rationierung medizinischer Leistungen. „Dem ist natürlich nicht so. Im Gegenteil, wir Ärzte möchten weiterhin eine medizinische Versorgung nach dem aktuellen Stand der modernen Medizin und nicht zu Rationierungsexperten mit Qualitätsminderungsinteresse mutieren.“



Präsidium

Rationierung

Aber da alle Gesundheitsreformen der letzten Jahre nur darauf abzielten, Geld zu sparen und Ärzte nicht mehr die ausreichenden Mittel für die Versorgung der Patienten erhielten, besteht bereits eine politisch verursachte Rationierung. Doch die Verantwortung für diese Form der Rationierung hat die Politik nie ausdrücklich übernommen. Sie hat es immer den Ärzten überlassen, ihren Patienten die schlechten Botschaften zu überbringen. Und wenn der jetzige Mangel von der Politik zementiert würde, dann müssten die Ärzte die Politiker dazu zwingen, offen und ehrlich darüber zu reden, um zu einem gerechten Verteilungsmechanismus von Gesundheitsgütern für unsere Patienten zu kommen.

Prof. Dr. Schulze: „Wir Ärzte – um das noch einmal klar zu sagen – wollen keine Rationierung, keine Streichung von medizinischen Leistungen, aber wir wollen auch nicht weiter für

den staatlich verordneten Mangel in den Praxen und den Kliniken verantwortlich gemacht werden.“

Die bereits vorhandene unausgesprochene Rationierung verursacht bei Ärzten zunehmend ethische Bedenken. Die Verunsicherung von Ärzten ist so groß, dass vier von fünf Medizinern in einer Befragung meinen, dass die Rationierung ihre Arbeitszufriedenheit beeinträchtigt und das Vertrauensverhältnis zum Patienten negativ beeinflusst. Dennoch ist der Gesundheitszustand der (sächsischen) Ärzte gut, wie eine von der Sächsischen Landesärztekammer in Auftrag gegebene Studie ermittelt hat.

Patientenrechte

Die Ärzteschaft hat schon seit mehr als einem Vierteljahrhundert das Thema der Patientenrechte diskutiert und dazu Entschlüsse gefasst. Und wenn man über Patientenrechte spricht, dann wird zumeist die Patient-Arzt-Beziehung als ein therapeutisches Arbeitsbündnis betrachtet.



Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze

Dieses sogenannte Partnerschaftsmodell ist auch in der Berufsordnung der deutschen Ärzteschaft verankert. Denkt man das Partnerschaftsmodell zu Ende, so bestehen nicht nur Pflichten des Arztes und Rechte des Patienten. Sondern Arzt und Patient sollten den Behandlungserfolg zu ihrem gemeinsamen Anliegen machen. Es ist demnach auch vom Patienten zu erwarten, dass er Heilung nicht aus passiver Konsumhaltung heraus als vertraglich geschuldete Reparaturleistung des Arztes betrachtet, nach dem Motto: „Ich bin ein Kunde“, sondern dass er Selbstverantwortung für seine Gesundheit und für sein Vorgehen bei behandlungsbedürftiger Erkrankung übernimmt. Heute ergibt sich das Problem der angemessenen Patientenversorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund problematischer sozialrechtlicher Vorgaben und ökonomisch intendierter Gesundheitsreformen. „Deshalb sind die Patientenrechte nicht durch die Ärzteschaft, die sie mittelbar durch ihre

Pflichten realisiert, sondern durch die staatliche Gesundheitspolitik gefährdet“.

Es bestehen mittlerweile unzureichende Investitionen in moderne Medizintechnik, es gibt Personalabbau sowie überfordertes Personal, zunehmende Wartezeiten und durch Kosteneinsparungen auch reduzierte Hygienequalität, um nur einige Parameter zu erwähnen. Diese Form der Rationierung, die durch ein ärztliches „Frühwarnsystem“ aufgedeckt wird, wird aber politisch nicht zur Kenntnis genommen, wird verschwiegen oder verschleiert. Wo bleiben hier die Rechte des Patienten? Krankenkassen versuchen mit sogenannten „Ärzte-TÜV's“ vom eigentlichen Problem abzulenken und Werbung für sich zu machen. Doch wenn Mediziner in Internetportalen an den Pranger gestellt werden, dann schadet man dem Patienten noch mehr als das man ihm hilft.

Patientenverfügung

Eine Neufassung des Gesetzes zur Reichweite und Verbindlichkeit von Patientenverfügungen wurde am 18. Juni 2009 im Bundestag nach 6-jähriger Diskussion beschlossen. Danach werden Patientenverfügungen künftig verbindlich. Ein vorher schriftlich festgelegter Patientenwille gilt in jedem Fall, unabhängig davon, ob die spätere Krankheit tödlich verläuft oder nicht. Eine Beratungspflicht ist nicht vorgesehen. Gleichzeitig soll durch den Betreuer oder Bevollmächtigten immer überprüft werden, ob die Patientenverfügung dem aktuellen Willen des Kranken entspreche. Und nur im Konfliktfall zwischen behandelndem Arzt, Betreuer und nächsten Angehörigen soll das Vormundschaftsgericht eingeschaltet werden. Ob dieses Gesetz die Patientenrechte stärkt, bleibt abzuwarten. Viel Arbeit für die Sozialgerichte bringt es aber mit Sicherheit.

„Aus meiner Sicht wird die ärztliche Meinung durch dieses Gesetz verdrängt. Es könnte passieren, dass Ärzte gegen ihre ärztliche Entscheidung einen Patienten sterben lassen müssen. Das widerspricht dem ärztlichen Ethos“, so der Präsident. Sehr viel besser wäre es, wenn vor allem

die Palliativversorgung verbessert würde, um Menschen die Angst vor einem langen, einsamen Sterben mit unerträglichen Schmerzen zu nehmen. Dem Arzt müsse zwingend ein Freiraum zu einer gewissenhaften Entscheidung im Einzelfall bleiben. Das Sterben sei nicht normierbar. Sogenannte „Patientenrechts-“, oder „Patientenschutzgesetzgebung“ sind irreführend. Sozialrechtlich sei bereits vieles überreglementiert. Dies erzeuge seitens der Ärzteschaft Frustration und im schlimmsten Falle Flucht aus dem Beruf.

Gesundheitsfonds

Mit der Einführung des Gesundheitsfonds wurde auch der Übergang zur Morbiditätsorientierung im Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) vollzogen. Dafür wurde eine Differenzierung der Zuweisungen nach der Einschreibung/Nicht-Einschreibung in Disease-Management-Programme wieder abgeschafft.

Die pauschalierten Zuweisungen an die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds orientieren sich nunmehr an Alter, Geschlecht, Erwerbsminderung und der Morbidität der Versicherten, nicht aber am Wohnort. Die Behandlungskosten für verschiedene chronische Erkrankungen sind in Deutschland allerdings nicht überall gleich. Krankheit und Gesundheit müssten deshalb auch nach regionalen Besonderheiten gesteuert werden. Dieses Steuerungselement fehlt im Morbi-RSA aber gänzlich.

Kritiker des Risikostrukturausgleichs befürchten zu Recht, dass dieses Modell zu zahlreichen Manipulationen führen könne. So haben einige Krankenkassen Softwaremodule für Praxis-Softwaresysteme entwickelt, welche ein sogenanntes „right coding“ oder „up coding“ fördern sollen. Einige Krankenkassen haben zusätzlich Ärzte zu einem „korrekten“ Codieren von Diagnosen aufgefordert. Dies hat das Bundesversicherungsaufsichtsamt auf den Plan gerufen, weil Ärzte gegen geltendes Recht verstoßen würden, wenn sie dieser „Codierung“ folgen.

Der Fehlanreiz durch den Morbi-RSA, nur die Krankenkasse erhält hohe Zahlungen aus dem RSA, die viele

chronisch Kranke hat, dürfte statistisch in naher Zukunft eine plötzlich kränker werdende Gesellschaft mit steigenden Behandlungsausgaben zur Folge haben.

Ein weiteres Defizit in der Ausgestaltung des Gesundheitsfonds ist der Bereich der Prävention. Der Bundesregierung ist es bisher nicht gelungen, ein Präventionsgesetz auf den Weg zu bringen. Folgerichtig fanden die Vorschläge von Ärzten, Prävention und Eigenverantwortung in den Gesundheitsfonds einzuarbeiten, keine Berücksichtigung.

Der Gesundheitsfonds ist kein Zukunftsmodell, sondern ein weiterer Baustein für staatsmedizinischen Dirigismus und ein Unglück für die Strukturen der Gesetzlichen Krankenversicherung. Bereits wenige Monate nach seiner Einführung zeichnet sich ab, dass mit der aktuellen Reform die Akzeptanz für das Grundmodell einer solidarischen Krankenversicherung verloren geht. Bevölkerung wie Ärzteschaft verliert gleichermaßen den Glauben an die qualitativ hochwertigen Leistungen in der medizinischen Versorgung, die sich in Deutschland seit Jahrzehnten bewährt haben. „Der Gesundheitsfonds ist sowohl versorgungspolitisch als auch ökonomisch nicht geglückt. Abhilfe kann nur eine klare Aufgabentrennung der Entscheidungsebenen und die Wiederherstellung der Finanzautonomie der Krankenkassen

schaffen. Fehlanreize durch den Morbi-RSA müssen abgeschafft und die fehlende Komponente ‚Prävention‘ eingearbeitet werden“.

Bachelor/Master

Neben der Vielzahl an aktuellen Problemfeldern griff der Präsident den Bologna-Prozess heraus. Die beabsichtigte Einführung eines Bachelor oder Master in der Medizin bedroht die Zukunft der Hochschulmedizin. Der Deutsche Ärztetag und der Medizinische Fakultätentag lehnen einen Bachelor-/Masterstudiengang in der Mediziner Ausbildung zu Recht ab. Die Bundesärztekammer hält nach wie vor an ihrer Auffassung fest, dass die konsequente Umsetzung der neuen Approbationsordnung an den Medizinischen Fakultäten in Deutschland alle Möglichkeiten bietet, um im Rahmen eines einstufigen Studienganges die notwendigen Reformen in Bezug auf Mobilität, Flexibilität und Anrechnung von Studienabschnitten zu realisieren.

Prof. Dr. Schulze: „Es darf aus meiner Sicht keinen Bruch einer mehr als 800-jährigen Tradition mit einheitlichen und hochwertigen Studiengängen geben, die mit einem Staatsexamen und einer Berufsqualifikation abschließen“. Ärztevertreter und Hochschulmediziner können derzeit durch Bologna keinen Nutzen erkennen. Vielmehr befürchten sie für das Medizinstudium einen großen Scha-

den und bei den Patienten eine Konfusion, wenn diese Reform durchgesetzt würde.

Die Ergebnisse des 2008 vom Bundesministerium für Bildung und Forschung vorgelegten 10. Studierendensurveys belegen, dass es in den Studiengängen, welche Bachelor-/Masterstudiengänge bereits eingeführt haben, zur „Bologna-Ernüchterung“ gekommen ist. Studenten und Schüler haben deshalb am 17. Juni 2009 in ganz Deutschland für einen Kurswechsel im Bologna-Prozess demonstriert.

Aus den bisher vorliegenden Erfahrungen muss man das Scheitern des Bologna-Prozesses in den wesentlichen Zielstellungen konstatieren:

- hohe Abbruchquote,
- mangelnde wissenschaftliche Qualität,
- gesunkene Mobilität der Studierenden (nur 15 % der Bachelor-Studenten belegen ein Auslandssemester, dagegen 25 % der Diplomstudiengänge),
- geringe Vergleichbarkeit der Abschlüsse,
- geringe Berufsqualifikation für die Mehrzahl der Bachelor-Absolventen (3 Jahre reichen für Berufsqualifizierung nicht aus),
- dadurch geringe Chancen auf dem Arbeitsmarkt.

In diesem Zusammenhang fordern eine von der Bundesärztekammer initiierte Arbeitsgruppe Hochschul-

medizin und der Deutsche Hochschulverband ein sofortiges Bologna-Moratorium für noch nicht umgestellte Studiengänge, wie Jura und Medizin.

Reformen ja, aber kein „Bologna-Schematismus“!

Zum Abschluss seines Vortrages lud der Präsident alle Anwesenden zum 113. Deutschen Ärztetag 2010 nach Dresden ein.

Erweiterung der räumlichen Kapazitäten der Sächsischen Landesärztekammer

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

Am 27. Juni 2008 hatte der 18. Sächsische Ärztetag den Vorstand beauftragt, Möglichkeiten der Erweiterung der räumlichen Kapazitäten der Sächsischen Landesärztekammer zu prüfen. Diesen Prüfauftrag haben der Vorstand und der Ausschuss Finanzen wahrgenommen und dabei einen räumlichen Erweiterungsbedarf festgestellt. Somit konnte den Mandatsträgern des 19. Sächsischen Ärztetages nach intensiven Diskussionen ein konsentierter Beschlussentwurf zur räumlichen Erweiterung vorgelegt werden.

Notwendigkeit einer räumlichen Erweiterung

Die Notwendigkeit von mehr und besser ausgestatteten Arbeits- und Tagungsräumen ergibt sich aus den erheblich gewachsenen Aufgaben der Sächsischen Landesärztekammer. Ein Schwerpunkt liegt dabei im Bereich der Fort- und Weiterbildung. Die Sächsische Landesärztekammer bekennt sich zur Durchführung von Fortbildungsmaßnahmen als einer der Kernaufgaben der Kammer. Damit steigt die Zahl der kammereigenen Weiterbildungsveranstaltungen spürbar und wird weiter steigen. Wenn die Landesärztekammer ihren Mitgliedern weiterhin attraktive und zeitgemäße Weiterbildungsangebote unterbreiten will, so ist dies nicht ohne weitere räumliche Kapazitäten zu verwirklichen. Es sind neue Schwerpunkte zu setzen, indem verstärkt interdisziplinär ausgerichtete und fachspezifische Weiterbildungen

angeboten werden. Außerdem sind im Interesse der Kammermitglieder die durch die Bundesärztekammer empfohlenen Curricula und Themenbereiche zu berücksichtigen. Der Einsatz moderner Weiterbildungsmethoden erfordert eine adäquate räumliche und technische Ausstattung; man denke nur an die zunehmende Interaktivität der Veranstaltungen. Darüber hinaus soll öfter den Anfragen externer heilberuflicher Weiterbildungsveranstalter zur Nutzung des „Hauses der Ärzte“ entsprochen werden, denen heute häufig Absagen erteilt werden müssen.

Ein erheblicher Mehrbedarf an Räumen besteht seit längerem im Referat Weiterbildung/Prüfungswesen, welches zu den zentralen Aufgabebereichen der Kammer zählt. Für alle Gebiets-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen müssen mündliche Prüfungen durchgeführt werden. Zudem ist eine ständig steigende Zahl von Anträgen auf Zulassung zur Prüfung zu bearbeiten.

In den vergangenen Jahren hat der Gesetzgeber die Aufgaben der Kammer ständig erweitert. Als Beispiele für diesen Kompetenzzuwachs seien die Ethikkommission und die Qualitätssicherung genannt. Daneben erfordert die gesundheits- und berufspolitische Situation verstärkte Aktivitäten durch die Kammer. Dies spiegelt sich unter anderem in der gewachsenen Zahl der Ausschüsse, Kommissionen und Arbeitsgruppen wider. Die aufgrund größerer Komplexität der Beratungsthemen zunehmende Vernetzung bei der Tätigkeit dieser Gremien erfordert ein Mehr an Sitzungsräumen. So hat sich die Zahl der Gremiensitzungen allein in den Jahren 2006 bis 2008 mehr als verdoppelt.

Ein weiterer Teil des zusätzlichen Raumbedarfs ergibt sich aus erhöhten Anforderungen an Sicherheit, Haustechnik und Datenschutz. Dies betrifft vor allem das Berufsregister und die sich ständig weiter entwickelnde Hard- und Softwarelandschaft der Kammer. Nicht zuletzt erfordert die aufgrund zunehmender Kammeraufgaben und deutlich gestiegener Arzttzahlen eine wachsende Zahl von Mitarbeitern den arbeitsme-



Dr. med. Hans-Jürgen Schuster

dizinischen Erfordernissen entsprechende Ausstattung mit Arbeitsräumen.

Wie soll weiterer Raum geschaffen werden?

Die räumliche Erweiterung der Sächsischen Landesärztekammer soll durch die Nutzung weiterer Räume in unserem Kammergebäude erfolgen. Das erfordert den Kauf dieser Räume von der Sächsischen Ärzteversorgung. Dazu besteht dann die Möglichkeit, wenn der Plan der Sächsischen Ärzteversorgung Realität wird, auf dem benachbarten Grundstück einen Neubau zu errichten. Dieser Neubau soll auf Beschluss des Verwaltungsausschusses die Verwaltung der Sächsischen Ärzteversorgung und die Filiale Dresden der Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG aufnehmen. Das Freiwerden der Flächen im Kammergebäude, bisher im Eigentum der Sächsischen Ärzteversorgung, eröffnet erst die Möglichkeit zur räumlichen Erweiterung.

Nach eingehender Prüfung mehrerer Varianten befürworteten Vorstand und Finanzausschuss der Sächsischen Landesärztekammer einhellig ein ausgewogenes Konzept, nach dem die Kammer die Flächen der Apotheker- und Ärztebank sowie einen Teil der Flächen der Ärzteversorgung selbst nutzt und die übrigen heute von der Ärzteversorgung genutzten Räume an Dritte vermietet. Diese Lösung wird auf wirtschaftliche

Weise den beschriebenen zusätzlichen Raumbedarf der Kammer abdecken.

Die Verwirklichung dieses Konzepts setzt voraus, dass die Sächsische Landesärztekammer der Sächsischen Landesärzteversorgung das jetzt als Parkplatz genutzte Grundstück am Albert-Fromme-Weg verkauft und die Sächsische Landesärztekammer im Gegenzug den Eigentumsanteil der Ärzteversorgung von 36,67 Prozent am Kammergebäude erwirbt. Der 19. Sächsische Ärztetag hat am 19. Juni 2009 beschlossen, die gegenseitigen Besitzübertragungen zum 1. Juli 2009 vorzunehmen. Ärzteversorgung sowie Apotheker- und Ärztebank werden voraussichtlich Ende 2011 in das neue Gebäude umziehen. Bis dahin wird die Sächsische Landesärzteversorgung ihren bisherigen Eigentumsanteil von der Landesärztekammer zurückmieten.

Alternativen

Die räumliche Erweiterung der Kammer muss zugleich wirtschaftlich und praktikabel sein. Unter diesem Blickwinkel hatten Vorstand und Finanzausschuss der Sächsischen Landesärztekammer – auch mittels Vor-Ort-Begehungen – mehrere Alternativen zu dem beschriebenen Konzept geprüft. So ist zunächst daran zu denken, dass nur die Deutsche Apotheker- und Ärztebank sowie der Inter-Ärzte-Service das Kammergebäude verlassen und deren bisherigen Räume

künftig von der Kammer genutzt werden. Diese Alternative scheidet jedoch an den Mietverträgen mit den beiden Einrichtungen, die noch eine Restlaufzeit von zwölf beziehungsweise acht Jahren aufweisen.

Auch eine Fremdanmietung von Räumen durch die Landesärztekammer musste wegen mangelnder Wirtschaftlichkeit und Praktikabilität verworfen werden. Diese Alternative bedeutet eine Aufteilung der Geschäftsstelle auf mehrere Standorte, sodass den Mitgliedern nicht mehr alle Serviceeinrichtungen in einem Haus zur Verfügung stehen. Das bringt nicht nur erhebliche logistische Probleme und damit weitere zeitliche Belastungen für die Mitglieder mit sich, sondern birgt aufgrund der notwendigen EDV-Vernetzung auch datenschutzrechtliche Risiken. Zudem ist auf lange Sicht die Anmietung teurer als der Erwerb von Eigentum.

Finanzierung

Das Erweiterungsvorhaben lässt sich ohne Risiken finanzieren. Die Sächsische Landesärztekammer hat stets eine vorausschauende Haushaltspolitik betrieben und dabei für eine sich als notwendig abzeichnende räumliche Erweiterung vorgesorgt. So können die anfallenden Investitionskosten für Kauf, Umbau und Ausstattung der zu erwerbenden Räume überwiegend aus einer vorhandenen Rücklage finanziert werden. Diese



Abstimmung der Mandatsträger

Rücklage soll durch die Verwendung des Überschusses aus dem Jahr 2008 und die Einnahmen aus dem Verkauf des Parkplatzes aufgestockt werden. Da zusätzlich noch Mieteinnahmen zur Verfügung stehen, ist der überwiegende Teil der jährlichen Aufwendungen solide gegenfinanziert, und es erfolgt nur eine geringe Belastung zukünftiger Haushalte.

Fazit

Die vorgesehenen räumlichen Veränderungen bei Sächsischer Landesärztekammer, Sächsischer Landesärzteversorgung sowie Deutscher Apotheker- und Ärztebank führen gleichsam zu einer „win-win-win-Situation“. Denn alle drei Partner profitieren von dem Vorhaben.

Für die Landesärztekammer ergibt sich die einmalige Chance, Eigentümerin des gesamten Kammergebäudes zu werden. Die hinzugewonnenen Flächen stehen einerseits für die Erledigung der gewachsenen Kammeraufgaben zur Verfügung. Ande-

rerseits können bisher auf das Gebäude aufgeteilte Geschäftsbereiche wieder räumlich zusammengefasst werden. Ferner soll sich das Kammergebäude über verstärkte Aktivitäten im Fort- und Weiterbildungsbereich mehr noch als bisher als „Haus der Ärzte“ präsentieren.

Dabei kann das Projekt aus vorhandenen Mitteln finanziert werden, ohne dass eine Sonderumlage oder eine Beitragserhöhung notwendig wäre. Der Ankauf zusätzlicher Flächen von der Sächsischen Ärzteversorgung wirkt sich in zweifacher Hinsicht positiv aus: Zum einen bleiben die dafür aufgewendeten Mittel innerhalb der Körperschaft. Sie kommen somit weiterhin den Mitgliedern zugute und gehen nicht an fremde Vermieter verloren. Zum anderen stellt der Erwerb der Immobilie – nicht zuletzt angesichts der gegenwärtigen Lage auf den Finanzmärkten – eine sichere Anlage liquider Mittel der Landesärztekammer dar.

Für die Sächsische Ärzteversorgung ist das Erweiterungskonzept vorteilhaft, weil sie mit dem Neubau ihren Eigenbedarf an Büroflächen in geeigneter Weise decken kann und darüber hinaus gleichzeitig ein Renditeobjekt errichtet, für das in Gestalt der Deutschen Apotheker- und Ärztekbank eG bereits ein erstklassiger Mieter feststeht.

Die Deutsche Apotheker- und Ärztekbank schließlich kann ihren dringenden Raumbedarf befriedigen und bisher ausgelagerte Abteilungen wieder in den Hauptstandort der Filiale integrieren. Dabei kann die Standes-

bank der Ärzteschaft weiterhin an der Schützenhöhe präsent bleiben und damit von der Nähe zu Landesärzte- und Landeszahnärztekammer sowie zu Kassenärztlicher und Kassenzahnärztlicher Vereinigung profitieren.

Alles in allem liegt dem Erweiterungsvorhaben ein wohl durchdachtes und solide finanziertes Konzept zugrunde. Die dafür aufzuwendenden Mittel sind eine Investition in die Zukunft der Sächsischen Landesärztekammer.

Dr. Steffen Liebscher

Vorsitzender des Verwaltungsausschusses der Sächsischen Ärzteversorgung

Nach den Ausführungen des Präsidenten zur räumlichen Erweiterung nahm Herr Dr. med. Steffen Liebscher zu diesem Sachverhalt aus der Sicht der Sächsischen Ärzteversorgung Stellung. Um zu verdeutlichen, von welchen Grundsätzen sich der Verwaltungsausschuss bei der Auseinandersetzung mit diesem Thema leiten ließ, zitierte er den entsprechenden Passus aus der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung:

In § 7 Abs. 5 heißt es: „Für die Anlage der Mittel gelten die gesetzlichen Vorschriften, die danach erlassenen Anordnungen der Versicherungsaufsichtsbehörde und die Kapitalanlagerichtlinie“. Auf den Punkt gebracht bedeutet das, dass eine Kapitalanlage bestimmten Anforderungen an Sicherheit und Rentabilität unterliegt. Für die Sächsische Ärz-

teversorgung waren deshalb zwei Aspekte bei der Prüfung ihres Engagements im Zusammenhang mit der räumlichen Erweiterung besonders wichtig:

1. Ist die Indikation eindeutig gestellt, ist also der Raumbedarf der Kammer klar definiert? Diese Frage kann nach ausführlicher Befassung in den letzten Monaten und nach den Ausführungen des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer klar mit Ja beantwortet werden.

2. Wird der Eingriff lege artis stattfinden können? Befindet sich die Sächsische Ärzteversorgung bei der eventuellen Errichtung eines Verwaltungsgebäudes im Einklang mit der Satzung?

Um auch die zweite Frage beantworten zu können und sicherzustellen, dass eine Investition der Sächsischen Ärzteversorgung in einen Neubau auch nachhaltig wirtschaftlich sein wird, hat die Sächsische Ärzteversorgung in den letzten Monaten vom Architekturbüro Scharrer aus Radebeul eine Machbarkeitsstudie erstellen lassen. Diese Studie geht von den Prämissen aus, dass das geplante Gebäude bezogen wird von der Verwaltung der Sächsischen Ärzteversorgung, der Dresdner Filiale der Deutschen Apotheker- und Ärztekbank als Mieter und dass Reserveflächen momentan nicht in wesentlichem Umfang zu planen sind. Die Baukosten wurden bereits sehr detailliert kalkuliert, sodass nicht davon auszugehen ist, dass die Sächsische Ärzteversorgung, sollte es zur Errichtung des Neubaus kommen, unan-

genehme Überraschungen erleben muss.

Es wurden dabei sowohl die Kosten der Errichtung eines Gebäudes als auch die Betriebskosten in die Überlegung einbezogen. Es war der Sächsischen Ärzteversorgung wichtig, ein in erster Linie zweckmäßiges Gebäude zum Gegenstand der Betrachtung zu machen, welches aber in seinen Ausstattungsmerkmalen auch zukunftsfähig sein sollte. Fragen einer effektiven Nutzbarkeit wurden ebenso erörtert wie der Aspekt einer Änderung des Nutzungskonzepts. Damit ist die Möglichkeit einer Nutzung für den Fall gemeint, dass die Mieter sich ändern könnten. „Dieser letzte Aspekt allerdings ist eher theoretischer Natur, weil die Sächsische Ärzteversorgung davon ausgeht, in der Deutschen Apotheker- und Ärztebank einen Mieter zu haben, der sich nicht nur langfristig an uns binden will, sondern auch unsere Anforderungen an Zuverlässigkeit und Bonitätsstärke erfüllt“, so Herr Dr. Liebscher.

Zusammengefasst lässt sich auch in Auswertung der Machbarkeitsstudie feststellen: Das von der Sächsischen Ärzteversorgung geplante Gebäude wird den Ansprüchen der Ärzteversorgung und denen des potenziellen Mieters gerecht. Es ist möglich, unter Bezugnahme auf den Preis der Errichtung des Gebäudes, insbesondere des für die Deutsche Apotheker- und Ärztebank vorgesehenen Gebäudeteils sowie der dafür vorverhandelten Miete Wirtschaftlichkeit darzustellen. Der Verwaltungsausschuss hat deshalb im Einklang mit den satzungsmäßigen Bestimmungen den Beschluss gefasst, bei Zustimmung der Kammerversammlung zur räumlichen Erweiterung ein Verwaltungsgebäude auf dem Nachbargrundstück errichten zu lassen.

Aus Sicht der Sächsischen Ärzteversorgung wird damit umgekehrt proportional zur Zunahme der räumlichen Distanz zwischen Kammer und Versorgungswerk ein höheres Maß an innerer Verbundenheit dokumentiert. Dies lässt sich insbesondere auch ablesen an der konstruktiven Zusammenarbeit in den letzten Monaten sowohl aufseiten der bei-

den Verwaltungen als auch zwischen Vorstand und Verwaltungsausschuss.

Anmerkung der Redaktion:

Die Mandatsträger gaben am 19. Juni 2009 mit überwältigender Mehrheit ihre Zustimmung zur Erweiterung der räumlichen Kapazitäten der Sächsischen Landesärztekammer.

Satzungsänderungen im Zuge der Umstrukturierung der Kreisärztekammern, Änderung der Hauptsatzung, Änderung der Mustergeschäftordnung für die Kreisärztekammern der Sächsischen Landesärztekammer

Prof. Dr. Wolfgang Sauermann

Verantwortliches Vorstandsmitglied für Satzungsangelegenheiten

Die Kreisreform in Sachsen hat Konsequenzen für die ärztliche Selbstverwaltung: Wir werden die Kreisärztekammern auflösen und neue, größere Kreisärztekammern bilden. Auf der 40. Kammerversammlung wurden dazu Beschlüsse zur Änderung der Hauptsatzung und der Mustergeschäftordnung für die Kreisärztekammern der Sächsischen Landesärztekammer zur Abstimmung vorgelegt. In beiden Satzungen bildet sich ab, dass die ehrenamtlich tätigen Ärzten in den Vorständen der neuen Kreiskammern den Anforderungen an größere Strukturen der ärztlichen Selbstverwaltung flexibel gerecht werden können.

Der Vorstand einer Kreisärztekammer besteht danach aus höchstens 11 Mitgliedern einschließlich des Vorsitzenden. Die darin enthaltene Zahl der Stellvertreter kann je nach örtlichen Gegebenheiten auf 1 bis 3 Ehrenämter in den Kreisärztekammern selbst festgelegt werden.

Wir werden uns auch an die neue Bezeichnung „Direktionsbezirk“ anstelle von „Regierungsbezirk“ gewöhnen müssen; Zusammenschlüsse der neuen Kreisärztekammern sind nicht mehr möglich. Das persönliche Vorstellen neuer Mitglieder bei den Kreisärztekammern wird durch Verbesserung der Informationsflüsse von der Landesärztekammer zu den Kreisärztekammern nicht mehr notwendig sein. Damit sind die Auswirkungen der Kreisreform auf die

Regelungswerke der Sächsischen Landesärztekammer übersichtlich und gering.

Finanzen

Jahresabschlussbilanz 2008

Dr. med. Claus Vogel

Vorstandsmitglied und Vorsitzender des Ausschusses Finanzen
Herr Dipl.-Kaufm. Wulf Frank,
Wirtschaftsprüfer
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
Bansbach Schübel Brösztl & Partner
GmbH



Dr. med. Claus Vogel

Der Sächsischen Landesärztekammer wurde für das Geschäftsjahr 2008 der uneingeschränkte Bestätigungsvermerk von der Prüfungsgesellschaft Bansbach Schübel Brösztl & Partner erteilt. Diese 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.

Herr Dr. Vogel, Vorstandsmitglied und Vorsitzender des Ausschusses Finanzen, und Herr Frank, Wirtschaftsprüfer, erläuterten ausführlich den Jahresabschluss 2008. Die 40. Kammerversammlung hat diesen vollumfänglich bestätigt, der vorgesehenen Verwendung des Überschusses ihre Zustimmung gegeben sowie dem Vorstand und der Geschäftsführung Entlastung erteilt.

Die wirtschaftliche Situation der Sächsischen Landesärztekammer ist solide und die kontinuierliche Arbeit der Kammer auch für die Zukunft finanziell gesichert.

Die Ergebnisse des Jahresabschlusses 2008 sind im „Ärztblatt Sachsen“ Heft 6/2009, S. 326/327, veröffentlicht. Jedes beitragspflichtige Kammermitglied hat die Möglichkeit, in der Geschäftsstelle der Sächsischen Landesärztekammer in den Bericht des Wirtschaftsprüfers Einsicht zu nehmen.

Abendveranstaltung am 19.6.2009

Zu der festlichen Abendveranstaltung des Sächsischen Ärztetages begrüßte Herr Prof. Dr. Schulze herzlich die Sächsische Staatsministerin für Soziales, Frau Christine Clauß, die Damen und Herren Mandatsträger, die Träger der „Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille“ und alle Gäste. Ganz herzlich willkommen hieß der Präsident die Vertreter aus Politik, Gesundheitswesen und Gesellschaft, insbesondere die Abgeordneten des Deutschen Bundesta-

ges, des Sächsischen Landtages, die Vertreter der Landesdirektionen des Freistaates Sachsen, die Vertreter der Sächsischen Staatsministerien für Wirtschaft und Arbeit sowie für Umwelt und Landwirtschaft, den Präsidenten der Ärztekammer Oberösterreich, Herrn Dr. Peter Niedermoser, den Vertreter der polnischen Niederschlesischen Ärztekammer, Herrn Dr. med. Leszek Bystryk, Herrn Dr. med. habil. Christoph Josten vom Universitätsklinikum Leipzig, die Geschäftsführerin der Sächsischen Landestierärztekammer, Frau Kathrin Haselbach, den Vizepräsidenten der Landes Zahnärztekammer, Herrn Dr. Stephan Albani, die Geschäftsführerin der Landesapothekerkammer, Frau Dr. Roswitha Griebmann, den Vorsitzenden des Verwaltungsausschusses der Sächsischen Ärzteversorgung, Herrn Dr. med. Steffen Liebscher, die Vorsitzende des Marburger Bundes, Landesverband Sachsen, Frau Dipl.-Med. Sabine Ermer, die Vorsitzende des Landesverbandes Sachsen der Ärzte und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, Frau Dr. Regine Krause-Döring, den Vorsitzenden des Hartmannbundes, Landesverband Sachsen, Herrn Dr. med. Thomas Lipp, den Präsidenten der Sächsischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin, Herrn Dr. med. Johannes Dietrich, die Vertreter der sächsischen Krankenkassen und des Medizinischen Dienstes.

Totenehrung

Der Sächsische Ärztetag gedachte wie in jedem Jahr derjenigen sächsischen Ärztinnen und Ärzte, die seit dem Sächsischen Ärztetag 2008 verstorben sind. Die sächsische Ärzteschaft wird die Verstorbenen in guter Erinnerung behalten und ihnen ein ehrendes Andenken bewahren.

Auf der Seite 34, Heft 1/2009, des „Ärztblatt Sachsen“, und auf Seite 409 dieses Heftes sind die Namen der seit dem 3. Juni 2008 bis zum 22. Juni 2009 verstorbenen Kammermitglieder genannt.

Verleihung der „Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille“ 2009

Die großen Verdienste des in Leipzig geborenen und in Dresden tätig

gewesenen Professors Dr. Hermann Eberhard 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 vierzehnjährige Tradition des Sächsischen Ärztetages, Mitgliedern der Sächsischen Landesärztekammer, die sich um die Ärzteschaft Sachsens und um 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 am 19.6.2009 diese hohe Auszeichnung an:

Herrn Dr. med. Norbert Grosche, Facharzt für Radiologie, Dresden.

Herrn Prof. Dr. med. habil.

Peter Leonhardt, Facharzt für Innere Medizin, Leipzig.

Herrn Dr. med. Stefan Windau, Facharzt für Innere Medizin, Leipzig.

Laudationes (gekürzt)

Dr. med. Norbert Grosche

Dr. Grosche wurde am 30. April 1944 in Dresden geboren. Nach seinem Abitur im Jahr 1963 ablegte, begann er zunächst an der Charité der Humboldt-Universität Berlin Medizin zu studieren. 1967 kehrte er nach Dresden zurück und setzte sein Studium an der Medizinischen Akademie Carl Gustav Carus fort. 1970 erhielt er seine Approbation und promovierte kurz danach zum Dr.med. Nach den politischen Umwälzungen des Jahres 1989 gehörte Dr. Grosche zu den ärztlichen Kollegen, die die große Chance und die dringende Notwendigkeit berufspolitischen Engagements erkannten. 1990 wurde er zum Leiter der Regierungskommission für Gesundheit und Soziales in Sachsen ernannt. Er gehörte zu den Mitbegründern des Marburger Bundes in Sachsen und wurde zu dessen erstem Landesvorsitzenden gewählt. Über mehrere Wahlperioden war er Mitglied der Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer



Staatsministerin Christine Clauß, Dr. Peter Niedermoser, Präsident der Ärztekammer Oberösterreich

und mehrfach, stets mit großer Mehrheit gewählter Vorsitzender der Kreisärztekammer Dresden. Dr. Grosche konnte seine Erfahrungen als Angestellter in einem großen Klinikum sowie als Freiberufler in eigener Niederlassung einbringen und damit den diversen ärztlichen „Lagern“ eine besondere Glaubwürdigkeit vermitteln. Besonders zeichnet ihn dabei sein Mut zur Kontroverse aus, seine Streitbarkeit im positiven Sinne, seine unnachahmliche Schlagfertigkeit, ganz besonders aber sein Pragmatismus und seine unbürokratischen Problemlösungen im berufspolitischen Alltag.

Neben seinem Wirken im Interesse der sächsischen Ärzte machte er sich – besonders während der letzten Kreisärztekammer-Wahlperiode – auch um die Unterstützung und Integration ausländischer Kollegen in Deutschland verdient, beispielsweise durch die Förderung der Arbeit der Kulturakademie Sachsen.

Nach bewegten Jahren als Arzt, aktiver Mandatsträger und Berufspolitiker wünschen wir ihm im wahrsten Sinne des Wortes ruhigere Fahrwässer; uns allen jedoch, dass er weiterhin in der sächsischen Ärzteschaft in seinem konstruktiven und sachbezogenen Stil Akzente setzt.

**Prof. Dr. med. habil.
Peter Leonhardt**

Prof. Leonhardt wurde am 14. Juni 1935 in Leipzig geboren. Nach Abschluss des Abiturs in Borna studierte er an der damaligen Karl-Marx-Universität Leipzig Medizin. 1958 erhielt er die Approbation als Arzt. Seine Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin, in deren Rahmen er auch in der Infektionsklinik des Bezirkskrankenhauses St. Georg und in der Robert-Koch-Klinik Leipzig tätig war, absolvierte er am Evangelisch-lutherischen Diakonissenkrankenhaus Leipzig. Im Jahre 1959 promovierte er zum Dr. med.

1989 wurde Peter Leonhardt zum Honorarprofessor und 1990 zum Honorarprofessor der Universität Leipzig für das Fach Innere Medizin und Pneumologie berufen.



Dr. med. Norbert Grosche; Prof. Dr. med. habil. Peter Leonhardt;
Dr. med. Stefan Windau (v.l.)

Mit der politischen Wende 1989 erkannte auch Peter Leonhardt die Notwendigkeit, sich neben den fachlichen Aktivitäten auch aktiv für die Belange des Arztberufes, immer mit Blick auf das Wohl der Patienten, einzusetzen. So mündeten seine Aktivitäten zur Gründung eines Ärzterverbandes in Leipzig in der aktiven Mitgestaltung der Gründung eines Landesverbandes Sachsen des Hartmannbundes, zu dessen Vorsitzen-

den er mit überwältigender Mehrheit gewählt wurde. Diese Funktion erfüllte Prof. Dr. Leonhardt mit großem Enthusiasmus und enormer Energie bis 2005, als er aus Altersgründen nicht mehr kandidierte. In Würdigung seiner Leistungen wurde er zum Ehrenvorsitzenden ernannt und ihm die Hartmann-Thieding-Medaille verliehen.

Als aktives Mitglied der Kammerversammlung der Sächsischen Landes-

ärztekammer befasste sich Professor Dr. Leonhardt sehr intensiv mit den anstehenden Problemen, was in zahlreichen konstruktiven Diskussionsbeiträgen seinen Ausdruck fand. Er war auch immer bestrebt, jüngere Kollegen zur berufspolitischen Aktivität zu motivieren. Ebenso hoch geschätzt war seine langjährige aktive und konstruktive Mitwirkung im Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen.

Dr. med. Stefan Windau

Dr. Windau wurde am 28. März 1960 in Leipzig geboren. Nach Ablegung des Abiturs 1979 in Zeit und einer Tätigkeit als pflegende Hilfskraft am St. Elisabeth-Krankenhaus in Leipzig studierte er – nicht zuletzt geprägt durch das zahnärztliche Wirken seiner Mutter – von 1980 bis 1986 Humanmedizin an der Universität Leipzig. Nach erfolgreicher Verteidigung seiner Diplomarbeit zum Thema „Instabile Angina pectoris“ im Jahre 1985 erhielt er 1986 die ärztliche Approbation. 1987 promovierte Herr Dr. Windau zum Dr. med. unter dem Thema „Pathologische Befunde als Therapie- und Diagnostikfolge im Obduktionsgut“ bei Prof. Dr. med. habil. Rolf Haupt.

1999 wurde Kollege Windau sowohl in die Kammerversammlung als auch in den Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer gewählt. Seitdem ist er auch Delegierter zum Deutschen Ärztetag. Von 2003 bis 2007 war er Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer.

Seit 1999 übt er außerdem die Funktion des stellvertretenden Vorsitzenden der Kreisärztekammer Leipzig aus. Seit 2005 ist er Mitglied der Ständigen Koordinierungsgruppe Versorgungsforschung bei der Bundesärztekammer. Ebenfalls seit dem Jahr 2005 ist Dr. Windau gewähltes Mitglied der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (KVS) und Vorsitzender des Hauptausschusses der KVS. Er ist gewähltes Mitglied der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und arbeitet aktiv in verschiedenen Gremien der KBV mit.

Dr. Stefan Windau tritt entschieden dafür ein, dass der ärztliche Beruf als ein freier Beruf in ärztlicher Selbstverwaltung ausgeübt werden kann. Er streitet entschieden für eine geeinte Ärzteschaft gegen jegliches „divide et impera“ sowohl von außen als auch von innen.

In den Gremien der Selbstverwaltung wird Dr. Windau namentlich wegen seines kompetenten berufspolitischen Weitblickes sehr geschätzt.

Festvortrag:

„Die Kunst der Risikokommunikation“

Prof. Dr. phil. Gerd Gigerenzer

Direktor des Max-Planck-Institutes für Bildungsforschung, Berlin

Der Vater der modernen Science Fiction, H. G. Wells, hat in seinen politischen Schriften prophezeit: Wenn wir mündige Bürger in einer modernen technologischen Gesellschaft möchten, dann müssen wir ihnen drei Dinge beibringen: Lesen, Schreiben und – statistisches Denken. Etwa ein Jahrhundert später hat in unserem Land fast jeder lesen und schreiben gelernt – nicht aber statistisches Denken. Unsere Gesellschaft ist von einem rationalen Umgang mit Unsicherheiten und Risiken noch weit entfernt, ein Zustand, der jedes Jahr beträchtliche finanzielle Mittel, Ängste und das Leben von Bürgern kostet. In seinem Vortrag berichtete Herr Prof. Dr. Gigerenzer über die „Zahlenblindheit“ von Ärzten und Juristen. Er zeigte anhand seiner Forschung, wie man mit einfachen Methoden die scheinbar unüberwindliche Zahlenblindheit von Laien und Experten aufheben und in Einsicht verwandeln kann.



Es ging in diesem Vortrag um die Entlarvung von Denkfehlern bei der Beurteilung und Darstellung statistischer Daten. Das Ziel des Festredners



Prof. Dr. phil. Gerd Gigerenzer

war es, leicht verständliche Regeln zu vermitteln, mit deren Hilfe Ärzte, Patienten und Juristen die Aussagen statistischer Studien besser abschätzen können. An Beispielen von euphorischen Interpretationen von Studien der Pharmaindustrie, Brustkrebs-Screening und PSA-Werten, besprach er Ausgangszahlen und zeigte, wie leicht und häufig diese falsch interpretiert werden (zum Teil mit verheerenden Folgen), was Zahlen wirklich bedeuten und wie man vermeiden kann, einem Trugschluss zu erliegen.

Herr Prof. Dr. Gigerenzer gehört zu den renommiertesten deutschen Psychologen. Vielleicht konnte ihm deshalb das Gelingen, was den Mathematikern oft nicht möglich ist: Mathematisches verständlich darzustellen.

Musikalische Kostbarkeiten

Zum Ausklang der festlichen Abendveranstaltung spielten fünf Musiker aus Leidenschaft – Herr Prof. Dr. rer.

nat. habil. Wolfhard Möller (Violine), Herr Prof. Dr. med. habil. Tobias Back (Klavier), Frau Sabine Meng (Violine), Frau Dr. med. Petra Sahn (Viola),

Herr Dr. med. habil. Sebastian Schellong (Violoncello) – siehe Bild (v.l.) – exzellent das Klavierquintett Es-Dur, op 44 von Robert Schumann.

Arbeitstagung am 20. Juni 2009

Der Präsident begrüßte herzlich zur Fortsetzung des 19. Sächsischen Ärztetages den Alterspräsidenten, Herrn Dr. Bernhard Ackermann, die Mandatsträger, die Ausschuss- und Kommissionsvorsitzenden, den Vertreter des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Herrn Jürgen Hommel, die Referenten und Gäste dieser Arbeitstagung.

Höhepunkte am 20. Juni 2009 waren die Impulsreferate zu dem gewählten Arbeitsthema: „Beziehung zwischen Patient und Arzt“ unter der Moderation von Herrn Prof. Dr. med. Jan Schulze.

Wettbewerbsdruck, Globalisierung, Leistungsfähigkeit der Medizin, Selbstverständnis des Patienten, politische Vorgaben und Steuerung, Budgetierung, Bürokratisierung und Rationierung haben die Rahmenbedingungen für die ärztliche Tätigkeit nachhaltig gewandelt, betonte der Präsident im einleitenden Referat. Das Gesundheitswesen ist keine Gesundheitswirtschaft oder Industrie, Ärzte sind keine Kaufleute, Patienten keine Kunden. Gesundheit und Krankheit sind keine Ware und Wettbewerb sowie Marktwirtschaft sind keine Heilmittel zur Lösung der Probleme des Gesundheitswesens. Diagnose und Therapie dürfen nicht zum Geschäftsgegenstand werden.

Ärzte sind die Experten für die Prävention und Diagnose von Krankheiten, für die Beratung, Behandlung und Betreuung von kranken Menschen unter Berücksichtigung ihres Umfelds. Die Rolle des Arztes hat sich in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten verändert. Wir leben in einer säkularen Gesellschaft, in der viele Menschen den Sinn ihres Lebens nicht mehr in religiöser Grundüberzeugung finden. Für den Patienten ist der Arzt nicht nur ein Experte für Gesundheit und Krankheit, sondern eine unverzichtbare Vertrauensperson. Der Arzt muss heute neben den „klassischen“ Rollenerwartungen wie zum Beispiel

Können, Erfahrung, Einfühlungsvermögen, Verantwortungsbereitschaft und Fehlerlosigkeit noch viel mehr Ansprüche erfüllen. Diese finden sich im Genfer Gelöbnis oder in unserer Berufsordnung.

Die Qualitätssicherung ist originäre Aufgabe der Sächsischen Landesärztekammer. Bei der Wahrnehmung der Vielzahl der Aufgaben, wie zum Beispiel in der ärztlichen Fort- und Weiterbildung, im Berufsrecht, in der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen, in der Ethikkommission, trägt die ärztliche Selbstverwaltung tagtäglich mit konkreten Maßnahmen zur Verbesserung der medizinischen Versorgung und der Patientensicherheit bei.

Patient-Arzt-Verhältnis

Aus Sicht des Arztes

Erik Bodendieck

Vizepräsident

Herr Bodendieck arbeitete folgende Alleinstellungsmerkmale des Arztes heraus:

- Expertentum,
- Handlungskompetenz in komplexen Entscheidungssituationen,
- Übernahme persönlicher Verantwortung als Teil des Behandlungsauftrags,
- professionelle Autonomie im Sinne eines freien Berufs,
- spezifische Berufsethik.

Der Patient muss volles Vertrauen zu seinem Arzt sowohl im Krankenhaus als auch in der Praxis haben. Der Arzt ist Anwalt des Patienten. Der Patient will ärztliche Unterstützung bei gesundheitlichen Entscheidungen und



Erik Bodendieck, Vizepräsident

in der Auseinandersetzung mit zum Beispiel Krankenkassen, Rentenversicherung und Sozialämtern. Der Arzt übernimmt die Funktion des Koordinators der Gesundheitsleistungen. Nur der freie Beruf des Arztes befähigt zur freien Gewissensentscheidung für den Patienten. Der Arzt ist alleinverantwortlich gegenüber seinem Gewissen und dem Patienten. Die Arzt-Patient-Beziehung ist „eine besondere, wenn nicht extreme Form der zwischenmenschlichen Beziehung, in der nicht nur ein hohes Maß an Intimität und Ausgesetztsein existiert, sondern mit der auch Eingriffe und Veränderungen in die Existenz des Menschen verbunden sein können, bei denen es im Extremfall buchstäblich um Leben und Tod geht.“ [Peter Kampits]

Die Kommunikation ist die wichtigste Form der Interaktion zwischen Arzt und Patient. Sie muss verständlich,

entsprechend dem Bildungsstand des Kranken und klar, nicht ängstigend erfolgen. Die Kommunikation ist zeitintensiv. Sie solle zuwendungsintensiv erfolgen. Der Patient soll umfassend und in verständlicher Ausdrucksform informiert und beraten werden. Der informierte Patient entscheidet gemeinsam mit seinem Arzt. Eine wohnortnahe hausärztliche und fachärztliche Versorgung muss weiterhin bestehen. Der Patient darf nicht aus dem Blickfeld seines Arztes geraten.

Die fehlende Zeit des Behandlers führt zu Kommunikationsproblemen mit dem Patienten und zwischen den behandelnden Ärzten eines Patienten und die fehlende Zeit gefährdet die Behandlung eines Patienten.

Den wirksamsten Patientenschutz stellt das freiberufliche Selbstverständnis des Arztes, seine medizinisch-fachliche Weisungsgebundenheit, seine dem ärztlichen Berufsethos und im ärztlichen Berufsrecht verankerte Verpflichtung zur Übernahme persönlicher Verantwortung für das Wohl des Patienten, dar. Der Arzt dient der Gesundheit des Menschen und der Bevölkerung. Der Arzt übt seinen Beruf nach seinem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und Menschlichkeit aus.

Aus Sicht des Patienten

Dr. rer. nat. habil. Rainer König
Patientenvertreter

Die Beziehung eines Patienten zu seinem Arzt ist stets eine Konkretisierung



Dr. rer. nat. habil. Rainer König

des Bildes, das die Ärzteschaft in der Gesellschaft innehat. Anders herum lässt aber auch die Qualität dieses Bildes Rückschlüsse auf die Qualität der Gesellschaft und der Situation des Gesundheitswesens zu. Seit weitester Vergangenheit und in der reinsten Form war und ist das Bild des Arztes das eines Retters, Heilers, Erlösers und Helfers. Damit war und ist ein Patient wohl berechtigt, seinen Arzt in die Nähe von Göttlichkeiten zu stellen. Der Umgang mit den Erfahrungen seiner Vorgänger, seine Kenntnisse der medizinischen Gegenwart und seine dargestellte Souveränität erzeugen selbst heute noch die Bewunderung des Patienten, begründen Ehrfurcht, Achtung und Respekt. Dieses sind wesentliche Fundamente eines Patienten-Arzt-Verhältnisses (PAV), ohne das eine erfolgreiche Interaktion zwischen Arzt und Patient nicht denkbar ist. Leider aber wird dieses Bild des Arztes – ausgelöst durch die Politik und den anhaltenden Diskussionen in den Medien zum Beispiel zu Honorarfragen – stark verzerrt und belastet. Für das Verhältnis des Patienten zu seinem Arzt und damit für die Erfolgsaussichten seines medizinischen Handelns kann dies fatale Folgen haben. Objektive Änderungen des Arztbildes sind mit den Entwicklungen der Gesellschaft und der Medizin verbunden.

Kennzeichen der heutigen Medizin:

1. Die Medizin ist heute genau so diversifiziert wie anderen Wissenschaften. Es gibt heute nicht mehr den Arzt, sondern Hausärzte, Fachärzte in vielfältiger Subspezialisierung, niedergelassene Ärzte, Klinikärzte,
2. Die Medizin ist heute genau so interdisziplinär wie alle Bereiche der Gesellschaft. Das Team wird mehr und mehr zur tragenden Struktur.
3. Die Medizin erlebt heute genau so einen rasanten Zuwachs an Erkenntnissen und Möglichkeiten wie die anderen Wissenschaften. Neue Möglichkeiten zur Diagnose und Behandlung, aber auch zur Prävention von Krankheiten entstehen in immer kürzeren Zeitabständen.

4. Die Medizin genügt wohl heute weniger denn je einem ethischen Selbstzweck, sondern unterliegt strengen Regeln der Ökonomie.
5. Die Inanspruchnahme einer ärztlichen Leistung ist heute längst keine Bilateralität mehr. Sie bedingt und verursacht Ketten von Verwaltungs-, Planungs-, Bewilligungs-, Erstattungs-Aktivitäten.
6. So wie andere Bereiche der Gesellschaft unterliegt auch die Medizin zunehmend einer Standardisierung. DMPs, DRGs, Leitlinien und die Forderung nach Evidenz drängen die ärztliche Therapiefreiheit zurück.

Was bedeutet das für den Patienten?

1. Es ist ihm nicht mehr möglich, von „seinem“ Arzt zu reden. Immer ist ein spezifizierendes Präfix erforderlich. In konkreten Fällen wird er an Spezialisten überwiesen.
2. Seine Beziehung zu einem Arzt muss in aller Regel auf dessen Team ausgedehnt werden. Die Qualität des Teams leistet einen wesentlichen Beitrag dazu, dass in der Praxis eine Atmosphäre herrscht, die der Herausbildung eines produktiven PAV und damit dem Erreichen des Therapiezieles dienlich ist.
3. Seine Freude über neue Insuline, Systeme zur kontinuierlichen Messung der Blutglukose, neue Medikamente zur Behandlung und noch besser zur Vermeidung diabetischer Sekundärerkrankungen ist nicht ungetrübt. Der Fortschritt entwickelt sich zum Feind Nr. 1 der deutschen Gesundheitspolitik. Er heizt den ethischen Konflikt zwischen dem „unbegrenzten“ medizinischen Fortschritt und der begrenzenden Budgetierungs- und Zuweisungspolitik an. Die Sparmaßnahmen an sich belasten das Patient-Arzt-Verhältnis, am stärksten aber wird es durch Unehrllichkeit gestört, die von der Politik ausgeht. Aus meiner Sicht ist der jüngste Vorschlag von Herrn Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe zur Neugestaltung des Leistungskataloges ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung. Ich bedauere es, dass



Dr. med. Katrin Pollack



Prof. Dr. med. habil. Jens Oeken



Prof. Dr. med. habil. Thomas Herrmann

selbst Patientenverbände dieses verkennen.

4. Beim Geld hört bekanntlich die Freundschaft auf. Die Ökonomie drängt sich in das Patient-Arzt-Verhältnis. Auch die Arztbeziehung könnte durch monetäre Aspekte belastet werden. Das Budget des Arztes verursacht beim Patienten gelegentlich das Gefühl, Bittsteller zu sein. Die Rationierung lässt ihn als Verschwender erscheinen und er betrachtet umgekehrt den Arzt als geizig. IGEL führen zur Frage, ob die angebotene Leistung tatsächlich zugunsten des Patienten ist oder nur der Einnahmeaufbesserung des Arztes dient.
5. Sowohl Bürokratie als auch Gesetzeswerke können mein Verhältnis zum Arzt erheblich beeinflussen: Vernünftige Regelungen befördern und stabilisieren es, Regeln mit reduzierter oder nicht erkennbarer Sinnfälligkeit belasten es bis zur Deformation.
6. Meine Position zur Therapiefreiheit des Arztes ist gespalten. Einerseits plädiere ich in Standardfällen für Standardlösungen, andererseits erkenne ich auch allzu oft Standardisierungsmaßnahmen als getarnte Sparanordnungen. In der Diabetologie sind mir Empfehlungen wie zum Beispiel in den Sächsischen Leitlinien willkommen, um unverantwortbare Behandlungsversuche auszumerzen.

Politisierung des Patient-Arzt-Verhältnisses

In einem politisierten Gesundheitswesen muss auch das Verhältnis zwischen Patienten und Ärzten politisiert werden. Deshalb wünsche ich mir von der Ärzteschaft:

- Ärzte und Patienten sollten gemeinsam gegen die politisch inszenierte Kluft zwischen ihnen agieren! In klarer Sprache sollten Ärzte ihre Patienten über politische Prozesse und deren Auswirkungen und über ihre eigene Position in der realen Gesellschaft aufklären.
- Ärzte und Patienten gemeinsam gegen Machtüberschreitungen von Krankenkassen! Ärzte sollten ihre Patienten befähigen, sich gegen Fehlentscheidungen der Kassen mit allen verfügbaren Rechtsmitteln – auch mit innova-

tiven Ideen – zu wehren. Ärzte sind die besten Anwälte der Patienten.

- Ärzte und Patienten gemeinsam gegen überwuchernde Bürokratie! Ohne Hilfe durch ihre Ärzte verirren sich zu viele Patienten im Labyrinth des Deutschen Gesundheitswesens, ohne Mitwirken einer breiten Patientenschaft ist die Bürokratie nicht zurückzudrängen.
- Ärzte und Patienten gemeinsam für ein stabiles, konstruktives Arzt-Patient-Verhältnis! Die rechtlichen, wirtschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen dafür sind verbesserungswürdig. Dabei sollten die psychologischen Aspekte dieser zwischenmenschlichen Beziehung nicht „unter den Tisch“ fallen.



Prof. Dr. med. habil. Christoph Josten

Die reale deutsche Gesundheitspolitik führt zu Belastungen des Verhältnisses zwischen Patienten und Ärzten. Deshalb wünsche ich mir von der Politik:

- Die Politik sollte unverzüglich Schluss damit machen, das Ansehen des Arztes beim Patienten und in der Gesellschaft zu verzerren! Eine politisch ausgelöste Deformation des Arztbildes kann fatale Folgen für das Patienten-Arzt-Verhältnis haben.
- Die Politik sollte endlich den Mut zur Ehrlichkeit aufbringen. Alle Bemühungen, sich durch Taktieren und Unwahrheiten parteipolitische Vorteile zu verschaffen und sich über die nächste Legislaturperiode retten zu wollen, sind nur geeignet, die Kluft zwischen Politik und Bürgern zu vertiefen. Dies gilt insbesondere auch für die Gesundheitspolitik.

Nach einer langen und intensiven Diskussion hat der 19. Sächsische Ärztetag anschließend **„Thesen zum Patient-Arzt-Verhältnis“** beschlossen:

- I. Mit dem ethischen Gebot des „*primum nihil nocere*“ – zuallererst keinen Schaden anrichten – das so alt ist, wie die Medizin selbst – stellt der Hippokratische Eid das Wohl des Kranken in den Mittelpunkt der ärztlichen Tätigkeit.
- II. Expertentum, Handlungskompetenz in komplexen Entscheidungssituationen und die Übernahme persönlicher Verantwortung als Teil des

Behandlungsauftrags sind unverwechselbare Alleinstellungsmerkmale des Arztes. Das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt ist einzigartig, da der Arzt für den Patienten Experte und Vertrauensperson in einem ist.

III. Dem Arzt-Patienten-Gespräch kommt eine Schlüsselrolle zu. Es bildet die Grundlage für eine qualitativ hochwertige Arzt-Patienten-Beziehung und gewährleistet die Achtung der Selbstbestimmung des Patienten. Für die Tätigkeit des Arztes müssen Rahmenbedingungen geschaffen werden, die eine adäquate Zuwendung zum Patienten, eine ganzheitliche Betrachtung des Patienten und den Aufbau einer Arbeits- und Vertrauensbeziehung zum Patienten ermöglichen. Initiativen des Gesetzgebers, die die Schweigepflicht des Arztes aushöhlen und untergraben, werden abgelehnt.

IV. Politische Administrierung und Rationierung, Bürokratisierung, Sektoring und Spezialisierung, zunehmende Leistungsfähigkeit und Komplexität der Medizin, demographische Entwicklung, Änderungen der finanziellen Grundlagen und die zunehmende „Verrechtlichung“ des Systems haben mittelbar und unmittelbar erkennbaren, fühlbaren und nachhaltigen Einfluss auf das Patienten-Arzt-Verhältnis.

V. Das Prinzip der Fürsorge des Arztes „*salus aegroti suprema lex*“ wird zunehmend von einem Selbstbestimmungsrecht des Patienten „*voluntas aegroti suprema lex*“ abgelöst. Die sächsische Ärzteschaft begrüßt ausdrücklich partizipative Entscheidungen im Sinne eines „*shared decision making*“, soweit sie die Compliance des Patienten erhöhen. Eine Reduzierung der Arztrolle auf die des Dienstleiters wird abgelehnt.

VI. Die Sächsische Landesärztekammer vertritt alle Ärzte in Sachsen und nimmt ihre beruflichen Belange unter Beachtung des Wohls der Allgemeinheit nach dem Subsidiaritätsprinzip wahr. Auf Grundlage dieser im Sächsischen Heilberufskammergesetz verankerten Aufgaben sichert sie die Qualität der Berufsausübung und überwacht die berufsethischen und berufsrechtlichen Pflichten aller säch-



Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl

sischen Ärzte. Durch die Erfüllung ihrer vielfältigen Aufgaben auf dem Gebiet der ärztlichen Fort- und Weiterbildung garantiert sie eine hochwertige und berufsbegleitende Qualifikation aller sächsischen Ärzte, die die Voraussetzung für eine hochwertige Patientenversorgung im Freistaat Sachsen bildet.

VII. Die in der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer verankerten allgemeinen Pflichten des Arztes und insbesondere die formulierten Behandlungsgrundsätze und Verhaltensregeln sind verlässlicher Garant für Patientenrechte. Darüber hinausgehende Forderungen zum Beispiel nach einem Patientenrechtgesetz werden abgelehnt.

VIII. Die Rolle des Arztes ist keine omnipotente, sondern die des besten Anwalts des Patienten.

IX. Patientenschutz wird durch das freiberufliche Selbstverständnis des Arztes, seine medizinisch-fachliche Weisungsungebundenheit und seine im ärztlichen Berufsethos und im ärztlichen Berufsrecht verankerte Verpflichtung zur Übernahme persönlicher Verantwortung für das Wohl der Patienten garantiert. Dem ärztlichen Fehlermanagement und der Patientensicherheit wird eine bedeutende Rolle in der berufs- und gesundheitspolitischen Arbeit der Sächsischen Landesärztekammer zugemessen. Vor diesem Hintergrund unterstützt die Sächsische Landesärztekammer alle Maßnahmen und die Interaktion mit medizinischen Fach-, Berufs- und Wissenschaftsinstitutio-

nen, die der Stärkung der Kompetenz der sächsischen Ärzte dienen.

X. Aufgrund ihres Expertenwissens und ihrer berufsimmanenten Verantwortlichkeit für die Patienten stellt die Ärzteschaft einen unverzichtbaren Partner für den Strukturwandel des Gesundheitswesens dar. Die sächsische Ärzteschaft fordert deshalb eine angemessene Beteiligung in der Diskussion um die Neuorientierung des Gesundheitswesens.

Beschlüsse des 19. Sächsischen Ärztetages

Die Mandatsträger der Sächsischen Landesärztekammer fassten am 19. und 20. Juni 2009 folgende Beschlüsse:

BV 1

Tätigkeitsbericht 2008 der Sächsischen Landesärztekammer

Angenommen

BV 2

Erweiterung der räumlichen Kapazitäten der Sächsischen Landesärztekammer

Angenommen

BV 3

Satzung zur Änderung der Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer

Angenommen

BV 4

Beschluss zur Änderung der Muster-geschäftsordnung für die Kreisärztekammern der Sächsischen Landesärztekammer

Angenommen

BV 5

Änderung der Ordnung zur Zahlung von Aufwandsentschädigungen für ehrenamtliche Tätigkeit sowie von

Unterstützungen an die Kreisärztekammern

Angenommen

BV 6

Jahresabschluss 2008

Angenommen

BA 7

Beziehung zwischen Patient und Arzt

Angenommen

BV 8

Bekanntgabe von Terminen 41. Kammerversammlung, 20. SÄT/42. Kammerversammlung

Angenommen

BA 9

Krankenhausfinanzierung

Angenommen

BA 10

Verstärkung der praxisnahen ärztlichen Ausbildung

Angenommen

BA 11

Ambulante Palliativversorgung

Angenommen

BA 12

Überprüfung durch den MDK – Beauftragung durch die Gesetzlichen Krankenversicherungen

Angenommen (mit Änderung)

BA 13

Spaltung der Ärzteschaft verhindern
Vorstandsüberweisung

BA 14

Aktives Bekenntnis zu ärztlich-ethischem Bewusstsein im Sinne des „Hippokratischen Eides“

Angenommen

BA 15

Leistungsbegrenzung/Budgetierung in der GKV

Angenommen

BA 16

Qualitätssicherung der notärztlichen Versorgung

Angenommen

BA 17

Impfdatenmeldegesetz

Angenommen

BA 18

Bessere Ausstattung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

Angenommen (mit Änderung)

BA 19

Image des Öffentlichen Gesundheitsdienstes verbessern

Angenommen

BA 20

IQWiG: Kosten-Nutzen-Bewertung

Angenommen

(mit Änderung)

BA 21

Anonyme Arztbewertung im Internet

Vorstandsüberweisung

BA 22

Gegen Kommerzialisierung der Qualitätsberichte der Krankenhäuser

Angenommen

Alle angenommenen Beschlussanträge finden Sie im vollen Wortlaut im Internet unter www.slaek.de.

Bekanntgabe der Termine

Die 41. Kammerversammlung findet am Sonnabend, dem **14. November 2009**, statt, und der 20. Sächsische Ärztetag/die 42. Kammerversammlung wird am Freitag, dem **18. Juni 2010**, und Samstag, dem **19. Juni 2010**, durchgeführt.

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