

Jubiläum 25 Jahre Sächsische Landes- ärztekammer



Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze © SLÄK

Wende 1989

Am 12. Mai 1990 wurde in Dresden die Sächsische Landesärztekammer gegründet. Aus heutiger Sicht ein Datum zum Innehalten und zur Reflektion auf den dynamischen Entwicklungsweg, den die ärztliche Berufs- und Standespolitik innerhalb des deutschen Gesundheitssystems bis heute eingeschlagen hat.

Der Blick zurück

Lebendigen Anschauungsunterricht erhielten wir sächsischen Ärzte durch unsere Stammväter Hermann Eberhard Friedrich Richter, Dresden, und Hermann Hartmann, Leipzig, die durch enge Kooperation des Ärztevereinsbundes mit dem Leipziger Verband (dem späteren Hartmannbund) am Beginn des 20. Jahrhunderts eine einheitlich agierende kraftvolle Ärzteorganisation bildeten.

Diese regelte alle beruflichen, ethischen, standespolitischen als auch monetären Angelegenheiten.

Berufspolitisch konnte der Ärztevereinsbund bis 1932 unangefochten als Vorläufer der heutigen Ärztekammern mit hohem Organisationsgrad wirken, wobei der „Leipziger Verband“ (Hartmannbund) als wirtschaftliche Unterabteilung der Vorläufer der Kassenärztlichen Vereinigung war.

Diese erfreuliche Etappe einer geeinten Ärzteschaft mit hohem Wirkungsgrad fand ihr Ende mit der Machtergreifung der Nationalsozialisten 1933. Durch Gleichschaltung und Zentralisierung im Nationalsozialistischen Deutschen Ärztebund hatte der totalitäre Staat das zentralistische Führungsprinzip durchgesetzt und damit zugleich die Selbstverwaltung abgeschafft. Auf den Trümmern des sogenannten Dritten Reichs entwickelten sich nach 1945 zwei deutsche Staaten mit unterschiedlichen Gesellschaftsordnungen. Das Gesundheitswesen war in Ostdeutschland zentralistisch organisiert und von Mangel geprägt. In Westdeutschland dagegen war es marktwirtschaftlich pluralistisch organisiert und vom Wirtschaftswunder gekennzeichnet. In beiden Systemen gab es verantwortungsvolle und kompetente Ärzte und Wissenschaftler, die ihre Aufgaben unter den jeweiligen gesellschaftlichen Bedingungen sehr ernst nahmen und eine gesundheitliche Versorgung mit den verfügbaren Ressourcen sicherten.

Eine Vision wird Realität

Nach 40 Jahren quälendem Systemwettbewerb zwischen der BRD und der DDR folgten der wirtschaftliche und politische Zusammenbruch der DDR und die Implosion des gesamten Ostblocks. Mit der friedlichen Revolution 1989/90 brach sich der unbändige Wille der ostdeutschen Bevölkerung nach Freiheit, Gerechtigkeit und demokratischer Gesellschaftsveränderung Bahn. Diese friedliche Wende und der zielgerichtete Weg zur ersehnten deutschen Einheit erscheinen auch aus heutiger

Sicht immer noch wie ein Wunder, wenn auch der Traum von '89 und die Wirklichkeit nicht 100-prozentig übereinstimmen.

Damals wurden zunächst zwei Grundtendenzen durch Erwartungen und hoffnungsvolle Aktivitäten in der Bevölkerung sichtbar:

1. Kritik am bestehenden „real existierenden Sozialismus“ und Drängen zu einer reformierten DDR als gesellschaftliches Experiment.
 2. Drängen auf die deutsche Einheit in Freiheit und sozialer Marktwirtschaft.
- Schlussendlich mündeten beide Strömungen nach den „2 + 4-Gesprächen“ in den Beschluss der Volkskammer vom 23. August 1990, nachdem formal die DDR nicht der BRD, sondern der Ordnung des Grundgesetzes beitrug.

Wir alle kennen die danach folgende stürmische Entwicklung mit zum Teil heftigen politischen, wirtschaftlichen, ideologischen, auch medizinrelevanten Auseinandersetzungen der Auf- und Umbaujahre unseres „Neuen Deutschlands“, der Bundesrepublik! Wie vollzog sich die Neugestaltung des Gesundheitswesens im Übergang von staatlichen Strukturen mit Angestellten zu niedergelassenen, nunmehr wirtschaftlich eigenverantwortlichen Ärzten? Wie gelang die Umformung und Reorganisation der maroden Krankenhauslandschaft und der Aufbau des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im wiedergegründeten Freistaat Sachsen?

Diese geglückten Transformationen waren nur möglich durch das reibungslose Ineinandergreifen neuer staatlicher administrativer Strukturen mit den zügig im Aufbau befindlichen Verbänden und Körperschaften der freiwilligen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen. Der erste Gesundheitsminister im Kabinett Biedenkopf, Dr. rer. nat. Hans Geisler, bringt es mit den folgenden Worten auf den Punkt: „Die selbstverwalteten, den gesetzlichen Auftrag gewährleistenden Organisationen und das Gegenüber von Leistungserbrin-

Kennzahlen aus 25 Jahren Sächsische Landesärztekammer

1.388	Fortbildungsveranstaltungen
59.497	Teilnehmer an Fortbildungsveranstaltungen
11.402	Facharztprüfungen
8.593	Abschlussprüfungen Medizinische Fachangestellte
51	Kammerversammlungen einschließlich 24 Sächsische Ärztetage
4.975	Beschlüsse
300	Ausgaben des „Ärzteblatt Sachsen“
287	Vorstandssitzungen

gern und Kostenträgern lösten die zentralistischen – Mangel und Bilanzen verwaltenden – Strukturen der Planwirtschaft ab“ (Ärzteblatt Sachsen, Heft 5/2010, S. 205).

Aber wie kann man sich diese Ablösung konkret vorstellen? Grundsätzlich war es wohl das Ineinandergreifen von zwei Bewegungen, die zu einer Konstituierung der ärztlichen Selbstverwaltung führte. Zum einen trafen sich bereits im November 1989 Ärzte in verschiedenen sächsischen Städten, um eine ärztliche Berufsvertretung ins Leben zu rufen. Diese Bestrebungen um ein strukturiertes Vorgehen mündeten in Dresden in der Gründung des „Unabhängigen Verbands der Ärzte und Zahnärzte“ in Sachsen, einem Vorläufer der heutigen Sächsischen Landesärztekammer.

Zum anderen wurde der Aufbau einer eigenen Ärztekammer durch die bestehenden Ärzteverbände Sachsens vorangetrieben. Und so beschlossen die Vertreter dieser Verbände und der „Unabhängige Verband“ in einer Dresdner Initiativegruppe unter Moderation von Doz. Dr. med. habil. Heinz Diettrich noch vor der deutschen Wiedervereinigung in Dresden die Gründung der Sächsischen Landesärztekammer. Trotz schwierigster Bedingungen durch neue Strukturen und Systeme sowie neben einer beruflichen Neuorientierung gelang es, eine solche Körperschaft aus dem Nichts heraus aufzubauen. Nach intensiven Verhandlungen mit dem Gesundheitsminister der letzten DDR-Regierung in Berlin, wurde auf dessen Empfehlung der 12. Mai 1990 als Gründungstermin einer vorläufigen Sächsischen Landesärztekammer (e.V.) mit Sitz in Dresden bestimmt.

Konstituierung und Aufbau

Mit der Gründung des „Ärzteblatt Sachsen“ im Juni 1990 gelang es, ein offizielles Organ der Sächsischen Landesärztekammer ins Leben zu rufen. Unglaublich, dass Sie heute bereits das 300. Heft in der Hand halten. Damals waren die ersten Ausgaben das zentrale Medium, um

die Prinzipien der ärztlichen Selbstverwaltung darzustellen und Mitstreiter zu gewinnen. Gemäß Kammengesetz vom 30. Juni 1990 war die vorläufige Sächsische Landesärztekammer (e.V.) verpflichtet, bis zum 1. Sächsischen Ärztetag im Frühjahr 1991 eine geheime Briefwahl durchzuführen. Mit dieser Wahl waren die Bedingungen nach § 13 des Kammengesetzes erfüllt, die Tätigkeit als Körperschaft des öffentlichen Rechts legitimiert. 101 Mandatsträger wählten am 20. und 21. April 1991 im Kulturpalast Dresden den Präsidenten, den Vizepräsidenten und die übrigen neun Mitglieder des Vorstandes sowie 22 Ausschüsse. Prof. Dr. med. habil. Heinz Diettrich aus Dresden wurde der erste Präsident. Vizepräsident wurde Dr. med. Peter Schwenke aus Leipzig. Die Wahl erfolgte in freier und geheimer Abstimmung. Zur ersten und langjährigen Hauptgeschäftsführerin wurde Frau Dr. jur. Verena Diefenbach bestellt, welche dieses Amt mit Tatkraft und Umsicht bis zu ihrem Ausscheiden 2007 innehatte.

Auf dem 94. Deutschen Ärztetag 1991 in Hamburg vertrat zum ersten Mal im wiedervereinten Deutschland eine sächsische Delegation die Belange der sächsischen Ärzte. Der damalige Präsident der Ärztekammer Hamburg, Dr. med. Rolf Bialas, richtete sich in seiner Begrüßungsrede zum 94. Deutschen Ärztetag 1991 erstmals an die vertretenen ostdeutschen Ärzte: „Bringen Sie ihre Vorstellungen und Erfahrungen in



Deckblatt „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 1/1990

unsere Diskussionen ohne Hemmungen ein. Sie haben unter sehr schlechten Bedingungen in den letzten Jahrzehnten hervorragende Arbeit für ihre Patienten geleistet. Lassen Sie sich bitte nicht durch die besseren äußeren Bedingungen in den alten Ländern verunsichern. Sie haben keinen Grund, Minderwertigkeitsgefühle zu zeigen.“ Bei aller Dankbarkeit für das gemeinsam Erreichte: Manches wäre vonseiten der Politik unter Beachtung dieser Worte besser zu machen gewesen.

Noch eindrucksvoller war der 96. Deutsche Ärztetag 1993. Denn nach fast einhundertjähriger Pause fand wieder ein Deutscher Ärztetag, nun zum dritten Male, in Dresden statt. Dieser Ärztetag hat ganz ohne Zweifel einen wichtigen Schritt in die Zukunft getan, nämlich hin zur Wiedervereinigung in den Köpfen. Ein vierter Deutscher Ärztetag wurde im Jahr 2010 in Dresden durchgeführt.

Sächsische Ärzteversorgung

Der 1. Sächsische Ärztetag 1991 beschloss auch eine vorläufige Sächsische Weiterbildungsordnung und nahm den Bericht des Vorstandes zum Aufbau einer Sächsischen Ärzteversorgung entgegen. Das Anliegen des Vorstandes, ein geeignetes Rentenwerk in Sachsen zu gründen, verschlang eine Unzahl von Arbeitsstunden. Schon 1990 bemühten sich die Herren Dr. med. Manfred Halm und Doz. Dr. med. habil. Ulf Herrmann zusammen mit einer kleinen Gruppe Ehrenamtler mit tatkräftiger Unterstützung aus Bayern und Baden-Württemberg die technischen Voraussetzungen zur selbständigen Führung des Versorgungswerkes zu erarbeiten. Bis zur Gründung des ärztlichen Versorgungswerkes am 1. Januar 1992 wurde ein ungeheures Arbeitspensum geleistet, von dem auch in Zukunft viele Ärzte profitieren werden. In 25 Jahren erfolgrei-



Neues Gebäude der Sächsischen Ärzteversorgung

© SLÄK

cher Geschäftsführung ist die Akzeptanz der Mitglieder gegenüber dem Versorgungswerk enorm gestiegen.

Gegenwart und Zukunft

Nach 25 Jahren konsolidierter ärztlicher Selbstverwaltung in Sachsen ist es erneut sinnvoll, den „Status praesens“ zu beschreiben, Rechenschaft abzulegen, aber auch den Blick nach vorn zu richten. Ein weiterer Grund, um Bilanz zu Erfolgen und Problemen ärztlicher Berufs- und Standespolitik zu ziehen, sind die Wahlärzte tage der Bundesärztekammer in Frankfurt 2015 und der Sächsischen Landesärztekammer in Dresden 2015, wobei letzterer mit dem 25-jährigen

Kammerjubiläum in Sachsen zusammenfällt.

Nach dem kräftezehrenden Aufbau und der Konsolidierung der ärztlichen Selbstverwaltung folgten die „Mühen der Ebenen“, das heißt die weiteren Ausgestaltungen und die Profilierung kammer-spezifischer Aufgaben und Projekte, wie die ärztliche Weiter- und Fortbildung oder die sektorenübergreifende Qualitätssicherung sowie die beständige Verteidigung ärztlich-ethischer Positionen zu den Grenzen des „Machbaren“ am Beginn und Ende menschlichen Lebens.

Ein Vierteljahrhundert der Profilierung und Umsetzung dieser Kernauf-

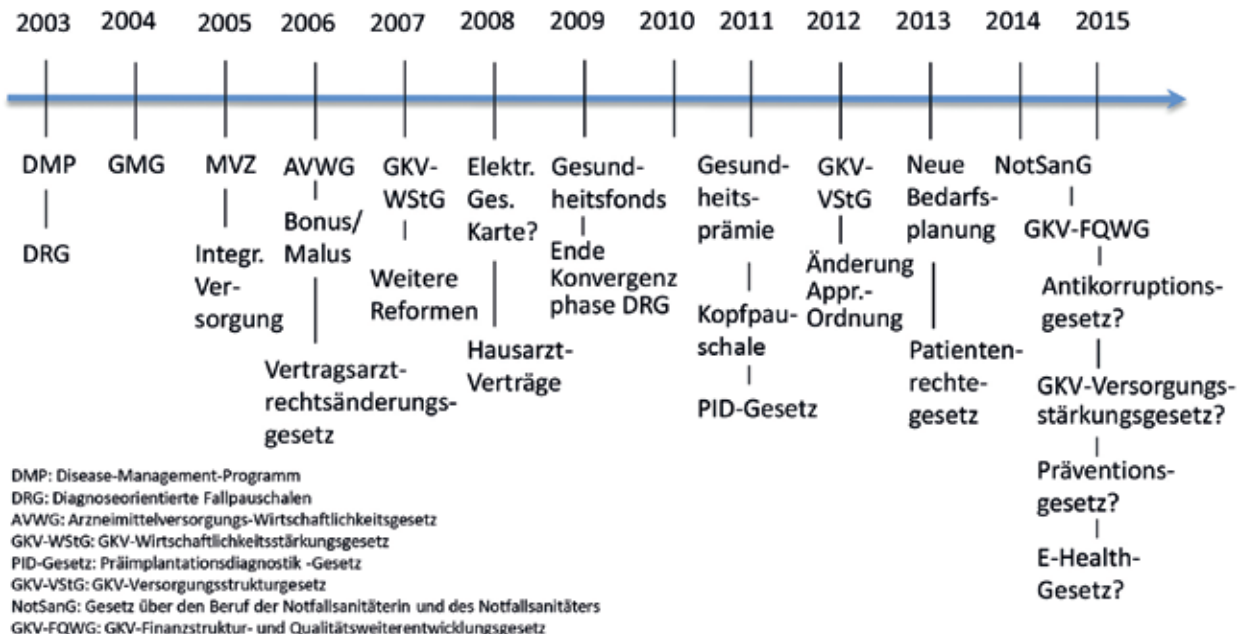


Abb.: Gesundheitspolitische Gesetze 2003 – 2015

gaben schlägt sich natürlich auch in Zahlen nieder. Gerade im Bereich der ärztlichen Weiter- und Fortbildung kommt ein beeindruckendes Kurs- und Prüfungsensemble zusammen, mit dem die Sächsische Landesärztekammer die theoretische wie praktische Qualität ärztlichen Tuns beständig absichert und erweitert.

Aber auch äußerlich ist der Sächsischen Landesärztekammer das gewachsene Aufgabenspektrum anzusehen. Nachdem diese am 25. Oktober 1996 nach nur 17-monatiger Bauzeit ihr heutiges Domizil auf der Schützenhöhe 16 in Dresden bezog, hat das Kammergebäude am 3. Mai 2012 Zuwachs erhalten. Mit der feierlichen Einweihung des Neubaus der Sächsischen Ärzteversorgung auf der Schützenhöhe 20 manifestiert sich zum einen auch baulich die Bedeutung unseres ärztlichen Versorgungswerks. Zum anderen eröffnet deren Umzug der Sächsischen Landesärztekammer in ihrem Gebäude einen deutlichen Zuwachs an Fortbildungsräumen, mit denen man der stets größer werdenden Nachfrage solcher Angebote Rechnung tragen kann.

Seit 1990 erleben wir mittlerweile den 6. Bundesgesundheitsminister, der die Quadratur des Kreises versucht, nämlich die unbegrenzten Leistungsmöglichkeiten der modernen Medizin mit begrenzten Budgets in Übereinstimmung zu bringen. In Verfolgung dieses Zieles wurden Gesundheitswesen und Ärzteschaft in unseliger Abfolge mit kurz greifenden Kostendämpfungsgesetzen, Reglementierungen, Kontrollzwängen und steigender Bürokratie überzogen.

Die unmittelbare Folge ist ein Auseinanderdriften von Sozialrecht und ärztlichem Berufsrecht mit der Gefährdung der ärztlichen Freiberuflichkeit sowie eine zunehmende Relativierung der ärztlichen Selbstverwaltung. Trotz dieser unabwiesbaren Tendenzen nützt ein Lamentieren über schlechte Rahmenbedingungen wenig, da den Ärzten auf der Grundlage eines umfassenden Heilberufekammergesetzes exzellente Regelungsmöglichkeiten der eigenen ärztlichen Angelegenheiten



Die frühere Sozialministerin Christine Clauß und Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze starteten am 30.11.2009 symbolisch das Netzwerk „Ärzte für Sachsen“. © SLÄK

gegeben sind. So sichern die Ärztekammern auf der Grundlage demokratischer Strukturen die fachliche Selbstkontrolle, die ärztliche Weiter- und Fortbildung, die Ausgestaltung und Einhaltung der Berufsordnung, das Qualitätsmanagement und damit den Ordnungsrahmen für professionelles Handeln der Ärzteschaft zum Wohle der Patienten.

Die Sächsische Landesärztekammer verbindet ihre fachliche Schlüsselkompetenz auch zur Werbung und Bindung des ärztlichen Nachwuchses an Sachsen, um so gezielt dem zunehmenden Ärztemangel entgegenzuwirken. Eine Vielzahl solcher Projekte und Maßnahmen wurden seit 2009 in dem durch die Sächsische Landesärztekammer initiierten Netzwerk „Ärzte für Sachsen“ umgesetzt. Ein Blick auf die Arztzahlen in Sachsen zeigt seitdem einen deutlichen Anstieg besonders bei den jungen Medizinerinnen. Auch die im letzten Jahr anlässlich des 5-jährigen Bestehens des Netzwerks durchgeführte Umfrage unter 3.000 Ärzten hat zum Ergebnis, dass sich der Ausbau und die gezielte Kommunikation von Fördermaßnahmen durch „Ärzte für Sachsen“ als probates Mittel erwiesen hat, um Ärzte für den Freistaat zu gewinnen.

An der Suche nach grundsätzlichen Lösungen beteiligt sich die Sächsische Landesärztekammer ebenfalls und berät die Politik. Denn die Politikberatung ist eine wesentliche Aufgabe der ärztlichen Selbstverwal-

tung. Hier ergeben sich neue konstruktive Interaktionen, nachdem die Koalition in Land und Bund einem zentralistischen Gesundheitssystem eine klare Absage erteilt, und anstatt bürokratischer Gängelung, eine Vertrauenskultur mit Therapiefreiheit angekündigt hat. Als ein wichtiges Beispiel sei hier der sächsische Gesundheitszieleprozess genannt, wo die Sächsische Landesärztekammer bis 2014 das Gesundheitsziel „Aktives Altern“ wissenschaftlich entwickelt und implementiert hat.

Aktuelle gesundheits- und berufspolitische Perspektiven

Zu den aktuellen Gesetzesvorhaben, die von der Sächsischen Landesärztekammer derzeit begleitet, kommentiert und auch kritisiert werden, gehören unter anderem das Versorgungsstärkungsgesetz, das Antikorruptionsgesetz, das E-Health-Gesetz, das Präventionsgesetz und die geplanten Regelungen zur ärztlichen Sterbebegleitung.

Die (Weiter-)Entwicklung der Sächsischen Landesärztekammer wäre ohne die engagierte Mitwirkung von zahlreichen Ärzten nicht möglich. Aus diesem Grund muss an dieser Stelle den vielen ehrenamtlichen Kollegen gedankt werden, die sich aktiv in die ärztliche Selbstverwaltung eingebracht haben und immer noch einbringen.

Ich persönlich wünsche mir, dass der Gedanke einer ärztlichen Selbstverwaltung auch weiterhin in den Köp-

fen junger Mediziner Früchte trägt und es als ein Privileg verstanden wird, dass Ärzte als freiberufliche Experten ihre eigenen beruflichen Belange im Interesse ihrer Patienten zu einem Großteil selbst gestalten können.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

Wir haben weitere Zeitzeugen und Gestalter eigenständiger Kammerstrukturen zu ihren Gedanken und Erwartungen an die ärztliche Selbstverwaltung befragt. Die Antworten geben wir im Folgenden wieder:

Dr. med. Günter Bartsch
Vorstandsmitglied 1991 bis 2006
und ehemaliger Vizepräsident



© SLÄK

Selbstverwaltung statt Fremdbestimmung

Die wichtigste Errungenschaft einer Ärztekammer ist, dass die Meinungsbildung auch andere Vorstellungen berücksichtigt.

Das führt mich zum ersten Gedanken, eher einem Gefühl, dem der Dankbarkeit. Nämlich dafür, dass nunmehr über unseren Berufsstand nicht mehr ausschließlich fremdbestimmt entschieden wird, sondern dass die den Beruf direkt berührenden Regelungen von Menschen mit entsprechendem Sachverstand, nämlich Ärzten, verantwortet werden.

Dankbar nehme ich auch immer wieder zur Kenntnis, dass in den ent-

scheidenden Gremien, wie beispielsweise der Kammerversammlung oder dem Vorstand, problemorientiert und nicht vorwiegend lobbyorientiert Entscheidungen gesucht werden.

Versorgungswerk

Weiterhin ist das Versorgungswerk ein wichtiger Baustein für die Alters- und Hinterbliebenen-Versorgung, unter Entscheidungsbefugnis von vierjahresabhängigen kurzatmigen politischen Instanzen undenkbar. Versorgungssicherheit ist ein unschätzbare Gut.

Dankbar bin ich auch dafür, dass wir in unserem Bundesland immer die richtigen Menschen für die notwendigen Aufgaben finden können.

Aber da wir nicht im Paradies leben, erzeugt Dankbarkeit immer auch Sorge.

Ökonomie

Mich beunruhigt mehr als alles Andere die zentrifugale Kraft des Geldes, die auch unseren Beruf nicht unberührt lässt, sondern im Gegenteil immer mehr an Eigendynamik gewinnt. Sollte eigentlich der caritative Gedanke nach unserem Berufsideal im Vordergrund stehen, so spielen im ambulanten wie im stationären Sektor Gewinnstreben und falsch verstandenes Gerechtigkeitsgefühl eine immer größere und entsolidarisierende Rolle. Als Beispiele unter vielen möchte ich das marketingbedingte Hochstilisieren unwissenschaftlicher Diagnose- und Behand-

lungsmethoden oder -verweigerungen (Impfungen) oder ein radikal angewandtes Arbeitszeitgesetz nennen. Auch Konsultationen oder Konsiliartätigkeit für den einzelnen Patienten werden durch die finanziellen Umstände erschwert, Autopsien werden zur Seltenheit.

Durch diese „Säkularisierung“, also Anpassung an den Zeitgeist, gehen meines Erachtens so wichtige Dinge wie Korpsgeist im guten Sinne (oder das englisch unmissverständlichere corporate identity) oder Leistungswille auch ohne Bezahlung verloren oder werden konterkariert.

Dies alles bewirkt natürlich, wenn wir uns auf die gleiche Weise einordnen in den Strom der Zeit wie jeder andere Mensch, dass wir auch wie jeder Andere beurteilt werden – der Arztberuf verliert ständig mehr an Ansehen, wir demontieren uns selbst. Die Sorgen überdecken jedoch nicht, dass wir unter den gegebenen Umständen durch die Anstrengungen der einzelnen Kollegen (zweigeschlechtlich) ein gut funktionierendes Gesundheitssystem, eines der besten und verlässlichsten der Welt, unser eigen nennen dürfen.

Dr. med. Rudolf Marx Vorstandsmitglied 1991 bis 2006

Nach 25 Jahren können wir mit Stolz auf das Geschaffene und Erreichte zurückschauen. Möglich wurde dies durch das hohe ehrenamtliche Engagement vieler Kollegen und einer leistungsstarken, eingespielten Verwaltung.



© SLÄK

Bei sinkendem Interesse an der Kammerarbeit erscheint es geboten, die Bedeutung der Selbstverwaltung immer und immer wieder herauszustreichen.

Vielleicht sollte man versuchen, sich unter den „gestandenen“ Kollegen mehr Akzeptanz durch „Werbung“ auf verschiedenen Sektoren und Bereichen zu verschaffen, das heißt Leistungen der Kammer als Ganzes und im Detail stärker zu präsentieren („Ärzteblatt Sachsen“, Schriftenreihe und ähnliches).

Der medizinische Nachwuchs muss noch stärker gewonnen, eingebunden und für Leistungsaufgaben befähigt werden (perspektivisches Heranführen).

Der primären bzw. begleitenden Aus-, Fort- und Weiterbildung ist weiterhin höchste Beachtung zu schenken.

Bevölkerungsmedizinische Aufgaben im Rahmen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes bedürfen kammerseitig größtmöglicher Unterstützung.

Gegenüber der Aufsichtsbehörde muss streng darauf geachtet werden, dass Selbstverwaltung und überfordernde Aufgabenzuteilung samt Kosten nicht verwechselt werden.

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



© SLÄK

1. Es sollten zukünftig noch mehr als bisher wissenschaftliche und vor allem ethische Aspekte unseres ärztlichen Handelns im Mittelpunkt der Kammerarbeit stehen, weil die Merkantilisierung unseres Berufsstandes fortschreitet und die Funktionalisierung verwaltender Abläufe immer mehr in den Mittelpunkt rückt.
2. Die Kammer sollte ihr akademisches Niveau in den Ausschüssen (zum Beispiel Akademie, Qualitätsmanagement) unbedingt halten (beispielsweise ist es meines Erachtens eine Fehlentscheidung der Bundesärztekammer, den Senat für Fort- und Weiterbildung und dessen Vorstand abzuschaffen). Das bedeutet auch, dass die Ehrenamtler und vor allem die Vorstände und Ausschussvorsitzenden eindeutig die inhaltliche Führung vor den Hauptamtlern behalten müssen und in ihrer Verantwortung für die Sache gestärkt werden sollten.
3. Eine weitere Stärkung von Fort- und Weiterbildung im Sinne der bisherigen Arbeit ist zu wünschen.
4. In der gesundheitspolitischen Debatte ist der Einfluss in die Landespolitik hinein unbedingt

auszubauen und zu halten. Dazu müssen bestimmte Themen in den Vordergrund gerückt werden, wie zum Beispiel:

- die Priorisierungsdebatte,
- die Verteilungsgerechtigkeit der ärztlichen Versorgung zwischen den Ballungszentren und dem flachen Land,
- die Beratung des Gesetzgebers in Bezug auf eine weitere Akademisierung medizinischer Berufe; ein Bachelor-Niveau mancher medizinischer Berufe außerhalb des Arztberufes darf nicht zu einer Medizin light führen,
- die Neugründung Medizinischer Fakultäten, von dessen zu befürchten ist, dass sie das traditionelle Niveau der Hochschulen nicht umfassend realisieren können und unter der Überschrift „Modellstudiengang“ die klassische deutsche medizinische Hochschulbildung eher unterlaufen,
- die konsequente und sorgfältigere Trennung von Pharmaindustrieinteressen und ärztliche Fortbildung. Am Ende muss jegliche Zuwendung (es geht nicht um Verträge mit Leistung und Gegenleistung, wie zum Beispiel in der Forschung) verboten werden.

Dr. med. Mathias Cebulla
Mandatsträger seit 1995



© SLÄK

1. Der Arztberuf darf nicht ausschließlich dem Geldverdienen unterworfen werden, sondern ethische und moralische Werte müssen im

Interesse unseres ureigenen humanen Anliegens erhalten bleiben. Dabei tragen akademische und klinische Lehrer eine besondere Verantwortung in ihrer Vorbildwirkung auf unseren ärztlichen Nachwuchs.

2. Die ärztliche Freiberuflichkeit hat nur Chancen auf Fortbestand bei Erhalt der ärztlichen Selbstverwaltung. Weder durch wirtschaftliche Zwänge noch durch materielle Verlockung darf die ärztliche Freiberuflichkeit in Frage gestellt werden. Ein konformes Zusammenwirken mit den anderen Heil- und Heilhilfsberufen dient dem gemeinsamen Anliegen.
3. Die sprechende Medizin, beginnend bei einer sorgfältigen und umfassenden Anamnese bis hin zur therapeutischen verbalen Intervention, muss wieder mehr Gewicht bekommen und darf nicht hinter der immer umfangreicher werdenden Gerätemedizin in den Hintergrund geraten.

Dr. med. Rainer Kobes
Vorstandsmitglied seit 2007



© SLÄK

1. Die Einigkeit der Ärzteschaft, die uns vor 25 Jahren verband, ist immer notwendiger und aktueller, je mehr wir durch äußere und innere Partikularinteressen drohen, zum Spielball der Mächte zu werden.
2. Trotz oder sogar wegen moderner Medien sollten wir uns wieder auf einfache Regeln innerärztlicher Kommunikation besinnen, die uns miteinander statt übereinander reden lassen.
3. Gehen wir wie damals auf die Politik zu, der wir unsere Expertise anbieten müssen, bevor Entscheidungen über und ohne uns fallen.