

## 30. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern

An der Tagung am 8. März 2008 nahmen die Vorsitzenden der Kreisärztekammern, Mitglieder des Vorstandes sowie Mitarbeiter und Gäste teil.

### Berichte der Kreisärztekammern

Auf der Tagung ging der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, zuerst auf die Berichte aus den Kreisärztekammern ein. Aus den Übersichten aus dem Jahr 2007 wird die Vielfalt der Vorstandsarbeit deutlich. In den Regionen haben sich aktive Ärzte mit aktuellen berufs- und gesundheitspolitischen Problemen sowie Fragen der kommunalen Ebene beschäftigt. Dazu gehörten die ärztlichen Kooperationsformen, die integrierte Versorgung, der Stand der elektronischen Heilberufe- und Gesundheitskarte sowie der Ärztemangel und die Ärzteabwanderung.

Als durchgehend problematisch wird die Gewinnung von berufspolitisch interessierten Ärzten für die Arbeit in den Kreisärztekammern gesehen. Bezüglich der Kreisreform lässt sich feststellen, dass die meisten Kreisärztekammern das Thema nicht erwähnen, bei den anderen, wo man sich mit einer Neugliederung der Kreisärztekammern befasst hat, wird diese mit Blick auf den Erhalt der regionalen Kontakte meist abgelehnt.

Im Bereich der regional organisierten Fortbildungen lässt sich erfreulicherweise eine Kooperation zwischen Kreisärztekammern und Ärztevereinen oder Ärztestammtischen sowie Qualitätszirkeln feststellen.

Die Fälle ärztlichen Fehlverhaltens waren 2007 in einigen Kreisärztekammern rückläufig. Oftmals haben die Vorsitzenden zuerst immer den Versuch der Vermittlung unternommen. In Görlitz gibt es für diese Probleme sogar eine Ombudsstelle. In den meisten Fällen war fachliches Fehlverhalten nicht Grund der Beschwerde, sondern zumeist Kommunikationsprobleme und Missverständnisse im Rahmen der ärztlichen Versorgung.

In vielen Kreisärztekammern kam es 2007 zu einer Neuorganisation des KV-Bereitschaftsdienstes. In die Umsetzung wurden die Kreisärztekammern meist einbezogen. Allerdings werden Probleme bei der Akutversorgung erwartet.

Prof. Dr. Schulze machte deutlich, wie wichtig die Arbeit der Kreisärztekammern vor Ort ist. Sie sind Teile der Sächsischen Landesärztekammer und ihre Tätigkeit prägt das Bild der Selbstverwaltung maßgeblich mit. Er bot ausdrücklich die Unterstützung der Sächsischen Landesärztekammer bei der Suche nach Referenten und Themen an und wies auf die Paten seitens des Vorstandes hin, die jederzeit Unterstützung geben können.

### Gesundheits- und Berufspolitik

Der Präsident ging auf die „scheinbare Ruhe“ in der Gesundheits- und Berufspolitik wegen des Vorwahljahrs in Berlin ein. Dieser Eindruck

täuscht, so Prof. Dr. Schulze, denn es herrscht großer Reformdruck wegen zahlreicher gesundheitspolitischer Baustellen. Dazu gehört die Umsetzung des Gesundheitsfonds, den die Sächsische Landesärztekammer ablehnt, die Krankenhausfinanzierung im Hinblick auf Budget oder (regionale vs. einheitliche) Fallpauschalen mit Fallzahlen sowie der Morbi-RSA (mit indirekten Auswirkungen auf Honorare), der Euro-EBM und die offenen Fragen zur Stammzellforschung, zur Sterbehilfe und zur Patientenverfügung.

### Elektronische Gesundheitskarte/elektronischer Arztausweis

Besonders kritisch ging Prof. Dr. Schulze auf die Tests der elektronischen Karten ein. Bisher werden mit erheblicher Zeitverzögerung nur Basistests in Löbau-Zittau durchgeführt (Versichertenstammdaten). Selbst dabei gibt es immer noch technische Probleme. Dennoch wurde im Januar

2008 Sachsen als Bundesland für einen vorgezogenen Basis-Rollout der elektronischen Karten ab Oktober 2008 angefragt. Aufgrund des maßgeblichen Protestes der Sächsischen Landesärztekammer wegen zu befürchtender Umsetzungsschwierigkeiten mit negativen Folgen für Ärzte und Patienten wurde diese Anfrage abgelehnt. Hier zeigt sich einmal mehr, wie wichtig es ist, sich aktiv an neuen Vorhaben zu beteiligen. Nur so ist es möglich, im Interesse der Ärzte Einfluss auf Entscheidungen zu nehmen.

### Ärztlemangel in Sachsen

Der Ärztemangel in Sachsen hat sich inzwischen trotz steigender Arztzahlen zu einem Flächenproblem entwickelt. Viele der Maßnahmen der Selbstverwaltung greifen nicht effektiv genug. Deshalb sollen alle Maßnahmen zur Gewinnung von Ärzten für eine Tätigkeit in Sachsen koordiniert werden. Eine entsprechende Koordinierungsstelle wird bei der Sächsischen Landesärztekammer errichtet und von den Selbstverwaltungspartnern finanziert. Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen wird zusätzlich eine Kommunikationsplattform „Neue Ärzte braucht das Land“ demnächst ins Netz stellen, um interessierten Mediziner eine erste Übersicht über eine Tätigkeit in der ambulanten und stationären Versorgung zu ermöglichen. Dabei wird es sich aber überwiegend um eine Linksammlung handeln. Zudem wird sich die Sächsische Landesärztekammer im März 2008 wieder an Informationsveranstaltungen in Österreich beteiligen, um Kollegen von dort für Sachsen zu gewinnen.

Inwieweit das Projekt Gemeindefschwester (AGNES) zu einer Entspannung der Lage in den von Unterversorgung bedrohten Gebieten beitragen kann, lässt sich nach den Worten des Vizepräsidenten, Erik Boden-dieck, noch nicht sagen. Immerhin ist die Finanzierung des Projektes bis zum Jahresende verlängert worden und die Fallzahlen lassen dann eine wissenschaftliche Evaluation zu. Ein erstes wesentliches Ergebnis des Projektes AGNES ist aber die erhöhte Feststellung eines individuellen Pfe-

gebedarfs, weil die eingesetzten Schwestern und Arzthelferinnen in ihren durchschnittlich 24 Minuten Kontakt pro Patient einen solchen zusätzlichen Bedarf erkennen. Ein Arzt kann das in seinen drei Minuten nicht immer. Das dürfte vor allem die Pflegeberufe freuen.

### Stationäre Vergütung

In der Vergangenheit haben mehrere Schreiben des Wissenschaftsministeriums und des Sozialministeriums die Sächsische Landesärztekammer bezüglich der stationären Vergütung und Einstufung erreicht. Einheitlicher Tenor der Schreiben: die Vergütung kann wegen geltenden Tarifverträgen nicht angehoben werden und die Einstufung der Ärzte erfolgt nach geltendem Recht.

Positiv muss dagegen ein Brief der Sächsischen Staatsministerin für Soziales, Frau Helma Orosz, an das Bundesgesundheitsministerium gewertet werden. Darin wird Berlin aufgefordert, bei der Umsetzung der Gesundheitsreform keine weiteren Fehler zu machen. Zugleich wird ein direkter Zusammenhang zwischen Versorgungsmangel in Sachsen und der ärztlichen Vergütung hergestellt. Selbst der sächsische Ministerpräsident hat mittlerweile ein Problembewusstsein für die ärztliche Vergütung entwickelt, was sein Besuch in der Region Torgau-Oschatz im Februar 2008 beweist.

### Kammerbeitrag

Von besonderem Interesse waren die Ausführungen des Präsidenten zur Senkung des Kammerbeitrages ab 1. 1. 2008: von 0,58 Prozent auf 0,56 Prozent der ärztlichen Einkünfte. Zudem besteht Beitragsfreiheit für Mitglieder im Ruhestand, sofern die Einkünfte aus gelegentlicher ärztlicher Tätigkeit 5.000 EUR im Beitragsjahr nicht überschreiten.

### Deutsch-polnisches Symposium

Am Schluss seines Statements wies der Präsident auf das 4. Deutsch-polnische Symposium hin. Dieses wird vom 12. bis 14. September 2008 in Dresden stattfinden. Nach Kreisau, Meißen und Breslau ist das Symposium damit am Ort seiner Entste-

hungsgeschichte angekommen. Zu den Referenten gehören Egon Bahr, Prof. Dr. Scriba, der ehemalige polnische Gesundheitsminister Dr. Wojtyła und Dr. Kloiber vom Weltärztebund sowie deutsche und polnische Fachreferenten zu den Themen Versorgungsforschung, ärztliche Kompetenz, Delegation ärztlicher Leistungen und grenzüberschreitender Rettungsdienst.

### Diskussion

#### Ärztliche Sterbebegleitung

Die deutsche Ärzteschaft hält weiterhin an ihrem strikten „Nein“ zur aktiven Sterbehilfe fest und wertet diese als unärztlich. Aktive Sterbehilfe ist auch deshalb für Ärzte inakzeptabel, weil durch Zulassung gezielter Tötung auf Verlangen Gefahren für Schwerkranke, Behinderte oder alte Menschen entstehen. Ärzte wollen und sollen die Patienten behandeln oder bis zum Tod begleiten. Bei unheilbaren Krankheiten gilt es, Leid zu lindern.

#### Delegation von ärztlichen Aufgaben auf nichtärztliches Personal.

Die Übertragung originärer ärztlicher Aufgaben an nichtärztliches Personal führt zu unkalkulierten Sicherheitsrisiken für die Patienten und zur wesentlichen Reduzierung der fachärztlichen Leistungsstandards. Diese Form der „Leistungssteigerung im Gesundheitswesen“ führt zu Koordinations-, Kommunikations-, Organisations- und Kontrollfehlern. Vor dem Hintergrund des ökonomischen Drucks auf die Einrichtungen des Gesundheitswesens und des ärztlichen Aufgabengebietes ist eine generelle Festlegung des Umfanges der ärztlichen und nichtärztlichen Tätigkeitsbereiche zur Erlangung der Rechtssicherheit detailliert erforderlich.

Grundsätzlich sind für eine Delegation von ärztlichen Aufgaben an nichtärztliches Personal folgende Voraussetzungen unbedingt notwendig:

- Einwilligung des Patienten.
- Anordnung des Arztes: Dabei muss die zu übertragende Aufgabe inhaltlich genau bestimmt sein und das nichtärztliche Perso-

nal muss zweifelsfrei wissen, welche Maßnahmen es im Einzelfall durchführen soll und darf.

- **Kenntnisse und Fähigkeiten:** Das nichtärztliche Personal und die Pflegekraft müssen die notwendigen Fähigkeiten und Kenntnisse für die durchzuführende Maßnahme besitzen. Dabei genügt nicht der entsprechende Ausbildungsabschluss, sondern vielmehr muss das tatsächliche Wissen und Können vorhanden sein.

#### **Förderung der Versorgungsforschung durch die Bundesärztekammer und den Landesärztekammern**

Fundierte Aussagen über die Qualität des deutschen Gesundheitswesens lassen sich nur auf der Basis wissenschaftlicher Untersuchungen des Versorgungsgeschehens unter Alltagsbedingungen treffen. Belastbare Daten, die eine seriöse Beurteilung der Versorgungssituation in Deutschland erlauben, gibt es zu wenig. Die Ärzteschaft fördert deshalb mit einer eigenen Initiative die Versorgungsforschung. Insbesondere die Rahmenbedingung steigender Kosten, stagnierender oder sinkender Einnahmen in einer alternden Gesellschaft mit zunehmendem Anstieg von Multimorbidität und chronischen Krankheiten verursacht dringenden und dauerhaften Handlungsbedarf. Dabei behält die Forderung in Deutschland gesundheitspolitische Priorität, Zugang zu qualitativ hochwertiger Versorgung für die gesamte Bevölkerung zu gewährleisten.

#### **Patienten müssen ihrem Arzt vertrauen können**

Die Ärztekammern wehren sich gegen weitere Aushöhlung ärztlicher Schweigepflicht. Grund für die wiederholte Kritik der Landesärztekammern ist die in dem Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vorgesehene Pflicht von Ärzten, den Krankenkassen selbst verschuldete Krankheiten ihrer Patienten zu melden. Auch die Sächsische Landesärztekammer lehnt diesen Gesetzentwurf und das neue Gesetz zur Neuregelung der Telekommunikationsüberwachung, das ebenfalls in das Vertrauensver-

hältnis zwischen Arzt und Patient eingreift, ab. Die Ärzteschaft fordert die Gleichstellung der Ärztinnen und Ärzte mit den privilegierten Berufsgeheimnisträgern, also den Abgeordneten, Strafverteidigern und Seelsorgern auf der höchsten Stufe der Schweigepflicht: Das Arzt-Patientenverhältnis verdient uneingeschränkter Schutz.

#### **Ärzteschaft fordert GOÄ – Reform auf der Grundlage des Konzepts der Bundesärztekammer**

Der Deutsche Ärztetag 2007 bekräftigte erneut, dass eine eigenständige „Amtliche Gebührenordnung für Ärzte“ (GOÄ) als Vergütungsgrundlage für ärztliche Leistungen in Praxis und Krankenhaus unverzichtbar ist. Die GOÄ sichert den fairen Interessensausgleich zwischen Arzt und Patient – nämlich eine leistungsgerechte, angemessene Honorierung des Arztes und den Schutz des Patienten vor finanzieller Überforderung (Verbraucherschutz). Die Ärzteschaft fordert die Politik auf, die GOÄ entsprechend ihrem Stellenwert für die Qualität und Finanzierung des Gesundheitswesens sowie die Sicherung und Fortentwicklung des Gesundheitsstandorts Deutschland zügig zu novellieren.

#### **Auswirkung der Kreisgebietsreform auf die Kreisärztekammern aus Sicht der Kreisärztekammern**

PD Dr. jur. Dietmar Boerner, Hauptgeschäftsführer der Sächsischen Landesärztekammer

Bereits im Rahmen der 29. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern am 22. September 2007 hatte der Hauptgeschäftsführer über die Kreisgebietsreform und ihre Auswirkungen auf die Kreisärztekammern der Sächsischen Landesärztekammer referiert („Ärzteblatt Sachsen“, Heft 11/2007). Auf der 30. Tagung informierte er nun zunächst über den Stand des Gesetzgebungsverfahrens zur Verwaltungsreform in Sachsen. So hat der Sächsische Landtag am 22. Januar 2008 zunächst die Funktionalreform und damit die Übertragung umfangreicher Aufgaben des Staates auf die Landkreise und kreisfreien Städte sowie die Bündelung

der verbleibenden staatlichen Aufgaben in weniger Behörden beschlossen. Am 23. Januar 2008 wurde die Kreisgebietsreform vom Landtag abschließend beraten und verabschiedet. Diese soll nunmehr am 1. August 2008 in Kraft treten. Mit dieser Reform werden die bisherigen Kreisgebiete neu gegliedert. Die Anzahl der Landkreise wird von 22 auf zehn, die Anzahl der kreisfreien Städte von sieben auf drei reduziert (vgl. Abbildung 1). Gegen die Kreisreform haben einige Städte und Landkreise Rechtsmittel eingelegt. Der Ausgang bleibt abzuwarten.

Vor diesem Hintergrund stellte Dr. Boerner die möglichen Handlungsoptionen der Sächsischen Landesärztekammer im Hinblick auf die künftige Struktur der Kreisärztekammern vor: „Dabei kommt insbesondere eine Übertragung der Gebietsreform auf die Kreisärztekammern und damit eine Neugliederung in 13 Kreisärztekammern in Betracht. Alternativ könnten die derzeit bestehenden 29 Kreisärztekammern beibehalten werden.“ Bislang knüpfte die Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer an die staatliche Kreisgliederung an: Für jeden politischen Kreis und jede kreisfreie Stadt sei eine Kreisärztekammer zu bilden. Auch die Wahlordnung der Sächsischen Landesärztekammer und die Mustergeschäftsordnung für die Kreisärztekammern nähmen auf die politische Gebietsstruktur Bezug.

„Blieben diese Regelungen so bestehen, hätte dies eine Reduzierung der Zahl der Kreisärztekammern von bislang 29 auf künftig 13 zur Folge“, so Dr. Boerner. Keine Auswirkungen hätte dies auf die Kreisärztekammern in Chemnitz, Dresden und Leipzig.



Abbildung 1: Neugliederung der Kreisgebiete ab 1. August 2008

Da diese Städte auch nach der Kreisgebietsreform kreisfrei sein würden, müsste dort weiterhin jeweils eine Kreisärztekammer gebildet werden. Die übrigen Kreisärztekammern würden aufgelöst und zu größeren Gebieten mit größerer Mitgliederstärke zusammengefasst. Hierin können sowohl Vor- als auch Nachteile liegen. So könnte sich eine Erweiterung der Gebietsgrenzen einerseits nachteilig auf die gewachsenen Bindungen unter den Mitgliedern sowie zwischen den Mitgliedern und den Vorständen der Kreiskammern auswirken. Andererseits würden die neuen Kreisärztekammern sowohl über eine gewachsene Finanzkraft verfügen als auch über eine höhere Durchsetzungskraft als regionale ärztliche Interessenvertreter. „Die vergrößerten Kreisärztekammern könnten den neuen Kreisbehörden ‚auf Augenhöhe‘ gegenüber treten“, betonte Dr. Boerner. Wollte man dagegen die bisherigen 29 Kreisärztekammern beibehalten, so müssten Hauptsatzung, Wahlordnung und Mustergeschäftsordnung für die Kreisärztekammern geändert werden. Für diese kleinteilige Gliederung spreche die größere Basisnähe mit der Möglichkeit der effektiveren Betreuung einer überschaubareren Zahl von Mitgliedern. Zudem wären Veranstaltungen der Fort- und Weiterbildung auf Kreisebene in der Regel

auf kürzerem Wege zu erreichen. Als Nachteil dieser Option nannte Dr. Boerner unter anderem die mitunter schwierige Gewinnung von Interessenten für die Vorstandsarbeit. In einzelnen Kreisgebieten sei die Tätigkeit der Kreisärztekammer aus diesem Grund bereits nahezu zum Erliegen gekommen. Nicht zu vernachlässigen sei ferner, dass kleinere Kreisärztekammern im politischen Zusammenwirken mit den neuen Kreisbehörden über eine geringere „Schlagkraft“ verfügten.

Die anschließende Diskussion ergab ein geteiltes Meinungsbild: Ein Teil der Kreisärztekammervorsitzenden sprach sich gegen eine Übertragung der Kreisgebietsreform auf die Kreisärztekammern aus und begründete dies vor allem mit der größeren Anonymität und Basisferne vergrößerter Kreisärztekammern. Überdies würden längere Wege zu den Kreisveranstaltungen zurückzulegen und von den Vorständen erhebliche Mehrarbeit zu leisten sein. Die Befürworter einer Neugliederung der Kreisärztekammern hoben dagegen hervor, dass größere Kreisärztekammern zu einer wirksameren Interessenvertretung gegenüber den neuen Kreisbehörden in der Lage seien. Zudem würden mehr Mitglieder für ehrenamtliche Tätigkeiten zur Verfügung

stehen. Der größere Arbeitsanfall könne durch eine angemessene Verteilung auf mehrere Vorstandsmitglieder und durch die Beschäftigung von Hilfskräften aufgefangen werden.

In einem nächsten Schritt wird sich nun der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer mit der Kreisreform, namentlich mit den verschiedenen Handlungsoptionen und den Stellungnahmen der Kreiskammervorsitzenden befassen. Eine Entscheidung über die künftige Struktur der Kreisärztekammern wird im Rahmen des 18. Sächsischen Ärztetages/der 38. Kammerversammlung am 27./28. Juni 2008 getroffen.

### Berufspolitische Zusammenarbeit zwischen Vorstand und Kreisärztekammern

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
Die Sächsische Landesärztekammer ist die öffentliche Berufsvertretung für Ärzte. Auf der Grundlage des Heilberufekammergesetzes ist sie legitimiert, ihre berufsständischen, berufspolitischen und berufsrechtlichen Angelegenheiten selbst zu regeln. Die Kreisärztekammern wurden bisher in allen politischen Kreisen und kreisfreien Städten Sachsens als nicht selbstständige Untergliederungen der Sächsischen Landesärztekammer gebildet. Sie unterstehen der Aufsicht der Landesärztekammer. Den Kreisärztekammern sind innerhalb ihres örtlichen Bereiches Aufgaben im Rahmen des Sächsischen Heilberufekammergesetzes zugewiesen. Dazu gehört die Wahrnehmung der beruflichen Belange aller Mitglieder, die Überwachung der Erfüllung der berufsrechtlichen und berufsethischen Pflichten, die Unterstützung der Fort- und Weiterbildung sowie die Vermittlung bei Streitigkeiten unter den Mitgliedern sowie gegenüber Dritten.

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer unterbreitete den Vorsitzenden der Kreisärztekammern konstruktive Vorschläge für eine noch engere Zusammenarbeit zwischen Vorstand und Kreisärztekammern:

- Einbeziehung des Vorstandes – der Vorstandspaten – in die Arbeit der Kreisärztekammern,
- Darstellung von Ergebnissen der Ausschüsse und Arbeitsgruppen der Landesärztekammer,
- Kopplung der aktuellen berufspolitischen mit medizinisch-wissenschaftlichen Themen bei den Vorstandssitzungen und Veranstaltungen der Kreisärztekammern,
- basisnahes Engagement der Mitglieder des Vorstandes und der Geschäftsführer der Sächsischen Landesärztekammer bei den Kreisärztekammern,
- Stärkung der Interaktionen zwischen den Vorständen der Kreisärztekammern und der Landesärztekammer,
- Einbeziehung osteuropäischer ärztlicher Kollegen mit Unterstützung der Sächsischen Landesärztekammer in die Arbeit der Kreisärztekammern,
- Intensivierung der persönlichen Kontakte zu den jüngeren Ärzten und den Ärzten im praktischen Jahr in den einzelnen Kreisärztekammern,
- Einstellung und Verbreitung von Informationen von und über die Kreisärztekammern mittels elektronischer Medien.

### Neuorganisation der Sächsischen Seniorentreffen

Dr. med. Michael Nitschke-Bertaud, Vorstandsmitglied

Seit vielen Jahren organisiert der Landesseniorenausschuss für alle Senioren der Sächsischen Landesärztekammer gemeinsame Veranstaltungen. Aus dem Gedanken einer „Rückkehr“ in den Kammerbereich wurden Vorträge im Kammergebäude gehalten und Ziele in der Umgebung (Frauenkirche Dresden 1997, Schloss Moritzburg 1998, Schloss und Park Pillnitz 1999, Schloss und Museum Schleinitz 2000, Schloss Weesenstein 2001, Städtische Sammlungen Freital-Burgk



Dr. med. Rainer Kobes, Dipl.-Med. Petra Albrecht, PD Dr. jur. Dietmar Boerner  
Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze (v. l.)

2002, Tharandt mit Forstbotanischen Garten 2005, Grünes Gewölbe 2006) besucht. In bemerkenswerter Organisationsarbeit erfolgten auch Fahrten zu weiter entfernten Sehenswürdigkeiten wie Schloss Augustusburg 2003, nach Torgau 2004 oder nach Görlitz 2007. Die organisatorische Hauptarbeit lag bei den Bezirksstellen, die den Versand der Einladungen sowie den Eingang und Registrierung der Interessenten bewerkstelligten.

Bereits seit Herbst 2007 existieren umfangreiche Diskussionen im Landesseniorenausschuss durch Einbindung geeigneter und in der bisherigen Zusammenarbeit auf Kreisärztekammerebene positiv aufgefallener Reisebüros zurückzugreifen, und die Bezirksstellen administrativ zu entlasten. Erste Kontakte und Planungen für 2009 laufen bereits.

Genau so spannend verhält sich aber die Frage nach der künftigen Zahl ausfahrtsinteressierter Senioren. Die Sächsische Landesärztekammer zeichnet hierbei von 2002 bis 2005 steigende Ärztezahlen (3601 vs. 6259) im Bereich der Senioren. Neben dem geplanten Rückzug aus dem ärztlichen Berufsleben spielt aber auch Zuzug aus dem gesamten Bundesgebiet (!) eine Rolle.

Momentan reisen ca. 800 interessierte Senioren pro Jahr an vier verschiedenen Terminen mit großer

Resonanz zum ausgewählten Ziel. Ist dieser organisatorische Kraftakt auch in den nächsten Jahren noch zu stemmen?

Vor diesem Hintergrund möchte der Landesseniorenausschuss die künftige Seniorenarbeit neu positionieren. Ziel ist dabei der Erhalt mindestens eines Angebotes an alle Senioren im Freistaat Sachsen. An dieser Stelle sei jedoch auch besonders den vielfältigen parallelen Aktivitäten verschiedener Kreisärztekammern erinnert und gedankt.

Der Landesseniorenausschuss erbitet Hinweise zu Erfahrungen in den Kreisärztekammern und möchten hierzu eine Arbeitsgruppe gründen. Auf der 30. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern wurde hierzu ein Fragebogen in die Kreisärztekammern gegeben. Darin wird gefragt, welche interessierte Kollegen mit persönlicher Erfahrung in der Seniorenarbeit sich an der Diskussion beteiligen möchten? Der Landesseniorenausschuss stellt sich zunächst eine schriftliche Gedankensammlung vor und wird zum späteren Zeitpunkt die Ansätze in persönlichen Treffen vertiefen.

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug  
Vorsitzender des Redaktionskollegiums  
Ärzteblatt Sachsen