

## 41. Kammer- versammlung 14. November 2009

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, begrüßte zu Beginn der Kammerversammlung den Ehrenpräsidenten, Herrn Prof. Dr. med. habil. Heinz Diettrich, die Mandatsträger der sächsischen Ärzteschaft, die anwesenden Träger der „Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille“ und alle Gäste. Besonders willkommen hieß der Kammerpräsident Herrn Prof. Dr. med. habil. Christoph Fuchs, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, den Vertreter des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz, Herrn Dr. Jörn Lorenz, Referent im Referat Recht des Gesundheitswesens, Gesundheitsberufe, Bestattungswesen, Frau PD Dr. med. habil. Maria Eberlein-Gonska, Vertreterin des Lehrkörpers der Medizinischen Fakultät der TU Dresden, und Frau Dr. jur. Verena Diefenbach, ehemalige Hauptgeschäftsführerin der Sächsischen Landesärztekammer. Zum Zeitpunkt der Eröffnung der Kammerversammlung waren 68 der gewählten 101 ärztlichen Mandats-träger anwesend.

### Aktuelle Probleme der Gesundheits- und Berufspolitik

#### Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze Ein Koalitionsvertrag – drei Meinungen

In seinem gesundheitspolitischen Lagebericht ging der Präsident auf das (Superwahl-)Jahr 2009 und dessen Ergebnisse ein. Er stellte die wesentlichen richtungweisenden Koalitions- und Regierungsentscheidungen auf Bundes- und Landesebene vor. Der Koalitionsvertrag betont die Freiberuflichkeit der ärztlichen Tätigkeit als tragendes Prinzip der Gesundheitsversorgung. Therapiefreiheit, Beibehaltung der ambulanten fachärztlichen Versorgung, Stärkung der Selbstverwaltung, Vereinfachung der Vergütungsreform und Leitung von Medizinischen Versorgungszentren nur von zugelassenen Ärzten und Krankenhäusern kommen eben-

falls darin vor. Gefordert wird auch eine Kosten-Nutzen-Bewertung nach eindeutigen Kriterien. Damit kommt die Arbeit des IQWiG auf den Prüfstand. Genau das hatte der Sächsische Ärztetag im Juni 2009 ange-mahnt.

### Kopfpauschale

Kritisch sieht der Präsident die geplante und umstrittene Einführung einer Kopfpauschale. „Was sich gut anhört, könnte im Detail zu einem finanziellen, bürokratischen und politischen Albtraum geraten.“ Die steuerlichen Entlastungen von 24 Milliarden Euro hält der Präsident für eine völlig irrationale Versprechung, von der heute niemand sagen könne, wie sie eigentlich bewerkstelligt werden soll. Eben genau an diesem Punkt würden die, die die Menschen entlasten wollen und zugleich leistungsfähige Sozialsysteme aufrechterhalten wollen, unglaublich, da das Vertrauen in ein Wirtschaftswachstum zwar vorhanden sei, aber nicht grenzenlos ist. „Wie sollen die Gesetzlichen Krankenkassen in Zukunft finanziert werden, wenn sie jetzt schon ein Defizit von 630 Mio. Euro aufweisen und beim Gesundheitsfonds mit einem Defizit von über 7 Mrd. Euro gerechnet wird? Diese Fragen werden wohl die ganze Legislaturperiode beherrschen, im Arbeitsprogramm der Koalition aber finden sich keine eindeutigen Antworten dazu.“

Ob der recht junge engagierte Bundesgesundheitsminister der FDP, Philipp Rösler, das schwierige Feld der



Das Ärzteparlament bei der Abstimmung

Gesundheitspolitik richtig beackern kann, müsse sich erst noch zeigen. „Wir sollten ihm als Arzt mit Vertrauen begegnen und dennoch sehr genau darauf achten, wie die nächsten Schritte in der Gesundheitspolitik aussehen werden“, so der Präsident. Eine Entsolidarisierung zugunsten einer Ökonomisierung wird grundsätzlich abgelehnt, weil es bei der Behandlung und Betreuung kranker Menschen gerade auf Solidarität ankomme.



Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Präsident

### Politisches Engagement der Sächsischen Landesärztekammer

Welches Fazit können die Wähler aus den Ereignissen der letzten Tage ziehen? Eigentlich nur dieses: Es wird viel versprochen, es wird viel gestritten, doch alles ist offen. Und: die nächste Gesundheitsreform kommt bestimmt. „Wie diese genau aussehen wird, bleibt abzuwarten, aber wir haben bereits mehrere Gelegenheiten genutzt, um im politischen Prozess mitzuwirken. Ich erinnere an unsere Wahlprüfsteine der Kammern der Freien Berufe in Sachsen, an einen Maßnahmenkatalog für die CDU-Fraktion des Sächsischen Landtags sowie einen mehrseitigen Forderungskatalog des „Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen“ an die politischen Entscheidungsträger“ so der Präsident.

20 Jahre nach der in der Menschheitsgeschichte einzigartigen, friedlichen Revolution von 1989 sind die Fragen der ärztlichen Selbstverwaltung aktueller denn je. Prof. Dr. Jan Schulze: „Als ich zusammen mit Kollegen den Unabhängigen Verband der Ärzte und Zahnärzte am 10. März 1990 in Sachsen gründete, war es mir ein zentrales Anliegen, uns Ärzte stärker für die Aus-, Weiter- und Fortbildung in die Verantwortung zu nehmen und uns soweit wie möglich von staatlichen Eingriffen unabhängig zu machen.“

### Maßnahmen gegen den Ärztemangel

Die Probleme der flächendeckenden wohnortnahen Versorgung könne aus Sicht des Präsidenten nur durch eine konzertierte Aktion von Ländern, Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen, Krankenhäusern und Ärztekammern bewältigt werden, denn der demografische Wandel macht nicht vor Landesgrenzen halt. Dazu gehört auch die gesellschaftliche Diskussion über eine Änderung des Leistungskataloges der GKV in eine prioritär bereitzustellende, solidarisch finanzierte medizinisch notwendige Grundversorgung. Zur Unterstützung und Politikberatung biete sich die Einrichtung eines Gesundheitsrates an, damit die bereits vor-

handene politisch verursachte Rationierung in der Medizin ein Ende hat. Zu den zentralen Anliegen der sächsischen Koalition aus CDU und FDP bezüglich der Vorsorge für den künftigen Bedarf von Ärzten und Fachkräften gehören:

- die Qualität der universitären Ausbildung mit dem Ziel der Steigerung der Absolventenzahlen zu verbessern,
- die zentrale Vergabe von Studienplätzen in der Medizin abschaffen und die Universitäten bei der Auswahl der Medizinstudenten zu unterstützen,
- das Stipendienprogramm für Medizinstudenten für eine Arzt-tätigkeit in unterversorgten Regionen fortzusetzen, zu evaluieren, weiterzuentwickeln und ggf. auszuweiten,
- die Allgemeinmedizin stärker in den Fokus der medizinischen Ausbildung zu rücken,
- Programme zur Neugründung und Übernahme von Arztpraxen in Gebieten mit besonderem Arztbedarf fortzuführen und zu verbessern,
- weiterhin Ärzte aus dem Ausland anzuwerben,
- die Fort- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen so zu strukturieren, dass die Durchlässigkeit der einzelnen Bildungsstufen bis zum Hochschulbereich über gestufte Weiterbildungsmodul gewährleistet ist.

Um jungen Medizinerinnen eine Chance für den Berufseinstieg zu geben, will sich die neue sächsische CDU-FDP-Regierung für den Erhalt und Ausbau von Lehrkrankenhäusern einsetzen und die Ausweitung der Weiterbildungsmöglichkeiten für Fachärzte in besonders benötigten Bereichen anstreben. Es soll auch geprüft werden, ob eine stärkere Delegation von geeigneten Aufgaben in medizinischen Berufen mit dem Ziel, Bürokratie zu senken und neue Beschäftigungsmöglichkeiten zu schaffen, möglich ist.

Die mit verschiedenen Partnern erarbeiteten Gesundheitsziele sollen weiter kontinuierlich umgesetzt und evaluiert werden. Explizit genannt

wurde in der sächsischen Koalitionsvereinbarung das Gesundheitsziel „Gesund Aufwachsen“ und das von der Sächsischen Landesärztekammer initiierte Gesundheitsziel „Aktives Altern“.

Ein notwendiges Anliegen, nämlich die Vernetzung der Partner, wird nirgendwo explizit erwähnt, ist aber für die Effektivität von Maßnahmen gegen den Ärztemangel unerlässlich. Aus diesem Grund hat die Sächsische Landesärztekammer eine Koordinierungsstelle „Ärzte für Sachsen“ eingerichtet, welche die Vernetzung von Maßnahmen gegen den Ärztemangel vorantreiben soll, um so bessere Ergebnisse zu erzielen (Bericht dazu in diesem Heft auf Seite 619).

### Weiterbildung

Der Präsident berichtete auch über die aktuellen Aufgaben und Schwerpunkte in der Weiterbildung. Dazu gehören unter anderem Vorbereitungen für die Überarbeitung der (Muster-)Weiterbildungsordnung durch die Bundesärztekammer. Die Änderungsbeschlüsse sollen bereits 2010 dem 113. Deutschen Ärztetag in Dresden zur Beschlussfassung vorgelegt werden.

Wesentliche Punkte:

- Die Einführung der Zusatz-Weiterbildung Sozialpädiatrie wird vorbereitet.
- Abgelehnt wird die Einführung einer Zusatz-Weiterbildung Spezielle Viszeralchirurgie, da bereits der Facharzt für Viszeralchirurgie in der Weiterbildungsordnung verankert ist, der auch in der bisherigen Form unverändert bestehen bleiben soll.
- Abgelehnt wird auch, dass die in der Weiterbildungsordnung verankerte Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie als integraler Bestandteil des Facharztes für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie betrachtet wird. Die Hämostaseologie wurde als Zusatz-Weiterbildung in die Weiterbildungsordnung aufgenommen, um deren interdisziplinären Charakter gerecht zu werden. Ihre Inhalte werden durch eine

Weiterbildung zum Hämatologen nicht vollumfänglich abgedeckt.

- Am Prinzip der Möglichkeit des Erwerbs einer Zusatzweiterbildung erst nach der Facharztanerkennung muss festgehalten werden.

Durch den Vorstand der Bundesärztekammer wird zudem beantragt, den Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin/Allgemeinmedizin aus dem Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin auszugliedern. Damit soll es wieder zwei getrennte Gebiete geben, das Gebiet Allgemeinmedizin und das Gebiet Innere Medizin. Beide Gebiete wurden erst 2006 zusammengeführt. Der Weiterbildungsausschuss steht einer Trennung des Gebietes Innere Medizin und Allgemeinmedizin in die zuvor bereits bestehenden Gebiete nicht grundlegend ablehnend gegenüber. Jedoch sollte dieser Schritt nicht vorschnell gegangen werden, da eine Vielzahl von Anpassungen erforderlich sind, wie zum Beispiel Änderungen der Weiterbildungszeiten. Die Sächsische Landesärztekammer fordert daher, dass hierfür eine intensive Diskussion in allen zuständigen Gremien erfolgen muss. Neben der inhaltlichen Abstimmung muss zugleich die Systematik der gesamten Weiterbildungsordnung (unter anderem Anrechenbarkeit, Übergangsregelungen) bereinigt werden.

### Fortbildung

Im Gebiet der Fortbildung gab es 2009 ein wichtiges Datum, der 30.

Juni 2009. An diesem Stichtag mussten die niedergelassenen Vertragsärzte nachweisen, dass sie ihrer Fortbildungsverpflichtung nachgekommen sind. Dieser Stichtag bedeutete einen enormen logistischen und personellen Aufwand, um auch die kurzfristig eingereichten Fortbildungsnachweise und Punkte (Schuhkartons) zeitnah in die Onlinekonten einzupflegen und an die Kassenzärztliche Vereinigung Sachsen zu übermitteln. Bisher wurden 4.370 Fortbildungszertifikate für Kammermitglieder erteilt (2008: 2.251). Hinzu kamen 16.000 zur Anerkennung eingereichte Veranstaltungen (2008: 14.603).

An dieser Stelle dankte der Präsident den Mitarbeitern und Helfern im Bereich Fortbildung für ihre Arbeit.

### 113. Deutscher Ärztetag

Die Vorbereitungen für den 113. Deutschen Ärztetag 2010 in Dresden laufen zurzeit auf Hochtouren. Die Bundesärztekammer befindet sich mit den Landesärztekammern gerade in der Themenauswahl. Die organisatorischen Vorbereitungen vor Ort, wie die Eröffnung in der Semperoper, das Orgelkonzert in der Frauenkirche und der Sarrasani-Festabend, welche durch die Sächsische Landesärztekammer zu erbringen sind, liegen im Zeitplan. Der sächsische Ministerpräsident sowie die Oberbürgermeisterin von Dresden haben ihr Kommen und ein Grußwort, aber leider keine finanzielle Unterstützung zugesagt.

### Stellungnahme (Ambulante) Notfallversorgung im Krankenhaus

Erik Bodendieck, Vizepräsident



Erik Bodendieck, Vizepräsident

Bei dem Beschlussantrag Nr. 9 des 19. Sächsischen Ärztetages/40. Kammerversammlung am 19./20. Juni 2009 zur Krankenhausfinanzierung kam es hinsichtlich der Passage zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus zu einer umfassenden Diskussion. Darin heißt es: „Die Eingriffe in den ambulanten Bereich haben zu einer immer stärkeren Inanspruchnahme der Krankenhaus-Notaufnahmen für ambulant zu versorgende Patienten – vor allem nachts, an Wochenenden und Feiertagen – geführt. Die personelle Sicherstellung dieser Zusatzaufgaben der Krankenhäuser ist – unbeschadet des Primats der vertragsärztlichen Versorgung – durch eine angemess-

sene Vergütung dieser Leistungen zu gewährleisten“.

Im Ergebnis wurde vereinbart, dass die Vorsitzenden der Ausschüsse Krankenhaus, Notfall- und Katastrophenmedizin und Ambulante Versorgung das Problem umfassend erörtern werden. Der Vizepräsident berichtete im Auftrag von Dr. med. Eberhard Huschke und Dr. med. Michael Burgkhardt über den Zwischenstand der Diskussion.

Vertragsärztlicher Bereitschaftsdienst, Rettungsdienst (Notarzt) und Rettungsstellen am Krankenhaus sichern jedem Patienten eine hochwertige Versorgung im Notfall. Durch unterschiedliche Trägerschaft (begründet im unterschiedlichen Sicherstellungsauftrag) ergeben sich Schnittstellen, die eine ständige Abstimmung erfordern und bei fehlender Abstimmung zu Fehlentwicklungen führen.

Wir sind uns darüber einig, dass die Inanspruchnahme der Notfallaufnahme am Krankenhaus in den letzten Jahren in Sachsen deutlich zugenommen hat. Hierfür werden verschiedene Ursachen benannt, die sich im Wesentlichen auf strukturelle Defizite und falsche Patientenreize stützen.

Zu den strukturellen Defiziten gehören unter anderem:

- Definition Notfall und Dringlichkeit,
- der Ärztemangel vor allem in ländlichen Regionen,
- die schwieriger werdende Organisation des Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes, zum Teil auch durch Erweiterung des Einsatzgebietes,
- die Unmöglichkeit, vor allem in der Großstadt, Hausbesuche durchzuführen (Infrastruktur!),
- die Organisation und Zuständigkeit des Leitstellensystems,
- die personelle Ausstattung der Rettungsstellen an den Krankenhäusern und
- allgemeine Organisationsdefizite und Zuständigkeiten (zum Beispiel darf der Rettungswagen keine Arztpraxis anfahren, sondern muss den Patienten in das Krankenhaus befördern).

Zu den Fehlanreizen gehören unter anderem:

- Einsparung der Praxisgebühr bei Inanspruchnahme des Rettungsdienstes,
- Unkenntnis der Patienten und erhöhtes Anspruchsverhalten,
- (scheinbar) erheblich längere Wartezeiten in der Arztpraxis („Bequemlichkeit“),
- höhere (Qualitäts)Erwartung an die medizinische Versorgung im Krankenhaus sowie
- umfassende, aber auch unnütze zeitnahe Diagnostik („mit einem Besuch können alle Untersuchungen durchgeführt werden“).

Bemerkenswert sind die unterschiedlichen Regelungen für die einzelnen Bereiche. Im Krankenhausplan Sachsen ist die ambulante Notfallversorgung im Krankenhaus festgelegt. Hier heißt es (Krankenhausplan Stand 1. Januar 2009, Fortschreibung ist vorgesehen): „Das Krankenhaus ist zur ambulanten Notfallbehandlung verpflichtet. Neben einer seiner Aufgabenstellung entsprechenden Aufnahmebereitschaft hat das Krankenhaus Notfallpatienten zum Zwecke einer qualifizierten ärztlichen Erstversorgung zu behandeln und gegebenenfalls die anschließende Weiterleitung zu veranlassen“.

Die notärztliche Versorgung ist im Sächsischen Gesetz über Brandschutz, Rettungsdienst und Katastrophenschutz und in der Sächsischen Rettungsdienstplanverordnung geregelt. Hier ist die Sächsische Landesärztekammer insofern beteiligt, dass sie Qualifikationsvoraussetzungen für den Ärztlichen Leiter Rettungsdienst und den Leitenden Notarzt definiert. Die Sicherstellung der notärztlichen Versorgung im Rettungsdienst obliegt in Sachsen den Gesetzlichen Krankenversicherungen (Aufgaben werden in deren Auftrag von der ARGE NÄV wahrgenommen).

Der Kassenärztliche Bereitschaftsdienst obliegt der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen. Gemäß § 75b SGB V sind niedergelassene Vertragsärzte zur Teilnahme verpflichtet. Diese Verpflichtung ist auch in § 26 der Berufsordnung enthalten: „Der niedergelassene Arzt ist verpflichtet, am Notfalldienst teilzunehmen...“.

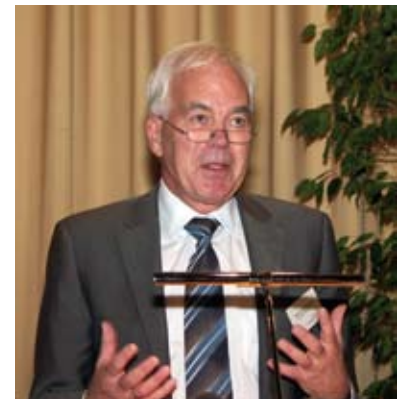
Nähere Bestimmungen sind in der Bereitschaftsdienstordnung der KVS (ehemals Notfalldienstordnung) festgelegt.

Wir müssen uns also fragen, wie die verschiedenen Bereiche ihre sektorübergreifende Zusammenarbeit verbessern können, kommen alle Bereiche ihrem Sicherstellungsauftrag nach? Es gibt Notdienstbereiche, in denen anstelle niedergelassener Ärzte im Notdienst ein privater Rettungsdienst unter anderem per Rufumleitung die Notrufe entgegennimmt, um Patienten mit Sondersignal in die Notaufnahme des Krankenhauses zu bringen. Dieses Vorgehen verursacht erhebliche, volkswirtschaftlich nicht zu vertretende Kosten und ist logistisch falsch.

Wir sehen eine Verbesserung dieser Situation nur in Fortsetzung der gemeinsamen Analyse weiterer Ursachen für diese Entwicklung und in der Etablierung gemeinsamer Maßnahmen.

### Priorisierung in der medizinischen Versorgung – was bedeutet das?

Prof. Dr. med. Christoph Fuchs,  
Hauptgeschäftsführer der  
Bundesärztekammer



Prof. Dr. med. Christoph Fuchs

Die Begrenztheit von Ressourcen ist allen Lebensbereichen immanent und der Umgang mit diesen Grenzen gehört zu den Herausforderungen des Alltags. Für das Gesundheitswesen ist davon auszugehen, dass zukünftig Gesundheitsleistungen nicht allen Patienten im bisher gewohnten Maße zur Verfügung gestellt werden können.

Mit dem zunehmenden Kostendruck und der Einführung von Budgets und Fallpauschalen wird der Entschei-



Dr. med. Kathrin Uhlig spricht zur Bepunktung und Anerkennung von „Fortbildungsveranstaltungen“.



Privatdozentin Dr. med. habil. Maria Eberlein-Gonska „Der Koalitionsvertrag muss sehr kritisch beurteilt werden“.



Dr. med. Gisela Trübsbach „Der Arztberuf soll wieder als freier Beruf anerkannt werden“.

dingungsspielraum für Ärztinnen und Ärzte zunehmend eingengt. Bereits heute ist Rationierung von Leistungen bei vielen Ärzten an der Tagesordnung. Es kommt zunehmend zu einer Belastung des Patienten-Arzt-Verhältnisses. Insgesamt kann von Ärztinnen und Ärzten der Versorgungsanspruch nicht weiter gedeckt werden. Dies hat Auswirkungen auch auf deren Arbeitszufriedenheit. Der Reformbedarf wird besonders bei der Betrachtung der sich in Zukunft abzeichnenden demografischen Herausforderungen deutlich. Aufgrund der Verschiebungen in der Bevölkerungsstruktur in Deutschland und nicht zuletzt bedingt durch den medizinisch-technischen Fortschritt wird es zukünftig zu Morbiditätsverschiebungen kommen. Aktuelle Hochrechnungen verdeutlichen, dass zahlreiche Krankheitsbilder überproportional zunehmen werden. In der öffentlichen Auseinandersetzung mit der Mittelknappheit im Gesundheitswesen werden verschiedene Lösungsvorschläge wie Mittelerrhöhung, Rationalisierung sowie Priorisierung und Rationierung erörtert. Wenn für etwa 92 Prozent der Bevölkerung in Deutschland nur 6,4 Prozent des Bruttoinlandsprodukts zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung stehen, ist die Forderung, zusätzliche Mittel bereitzustellen, angesichts des medizinischen Fortschritts und der demografischen Herausforderungen berechtigt. Diese Forderung steht

aber in Konkurrenz zu anderen sozialstaatlichen Aufgaben (zum Beispiel Bildung), die mittelbar auch Einfluss auf den Gesundheitsstatus der Bevölkerung haben. Auch ist eine finanzielle Belastung der Versicherten nicht unbegrenzt möglich.

Neben Mittelerrhöhung wird im Rahmen der Diskussion um Mittelknappheit regelmäßig auf Rationalisierungsreserven hingewiesen. Es wird jedoch immer Effizienz- und Produktivitätssteigerungen in der Gesundheitsversorgung geben. Die Schwierigkeit wird darin bestehen, die Wirtschaftlichkeitsreserven zu identifizieren, zu quantifizieren und sie zu erschließen.

Wenn Mittelerrhöhung und Rationalisierung nur noch begrenzt das Problem der Mittelknappheit im Gesundheitswesen lösen können, stellt sich die Frage, nach welchen Kriterien kann aus ethischer und aus rechtlicher Sicht eine Zuteilung der begrenzten Ressourcen erfolgen.

Die Ärzteschaft schlägt vor, Gesundheitsleistungen zu priorisieren. Hierunter wird die ausdrückliche Feststellung einer Vorrangigkeit bestimmter Indikationen, Patientengruppen und Verfahren in Form von mehrstufigen Rangreihen verstanden.

Priorisierung bietet einen Ordnungsrahmen im Hinblick auf hohe und niedrige Prioritäten in der medizinischen Versorgung. Sie kann dazu beitragen, die knappen Mittel nach gesellschaftlich konsentierten Kriterien gerechter zu verteilen.

Priorisierung ist abzugrenzen von Rationierung, bei der notwendige medizinische Maßnahmen bewusst vorenthalten werden. Unter den verschiedenen Formen der Rationierung ist insbesondere die heimliche Rationierung von besonderer gesellschaftlicher Tragweite. Eine solche Begrenzung von Leistungen mag zwar aus politischer Sicht effektiv und einfach in der Umsetzung sein, sie ist aber aus ethischen Gründen fragwürdig, da keine transparenten Verteilungskriterien vorliegen und somit eine Ungleichverteilung nicht ausgeschlossen werden kann.

Auf die Diskrepanz zwischen Mittelknappheit und steigender Leistungsanspruchnahme im Gesundheitswesen weist die Ärzteschaft schon seit Jahren in aller Deutlichkeit hin. So hat die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) bereits im Jahr 2000 eine Stellungnahme zur Priorisierung medizinischer Leistungen im System der gesetzlichen Krankenversicherung veröffentlicht, die im Jahr 2007 weiterentwickelt wurde. Der aus Sicht der Ärzteschaft notwendige öffentliche Diskurs um den Umgang mit knappen Ressourcen im Gesundheitswesen wurde nochmals aktiv vor dem 112. Deutschen Ärztetag im Mai 2009 gesucht. Eine entsprechende Medienöffentlichkeit und Reaktion von Politikern zeigt, dass dieses Thema insbesondere in einem Wahljahr einen empfindlichen Nerv getroffen hat.



Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl  
„Ich halte die Schutzimpfung gegen die Neue Grippe für sinnvoll“.

Themenschwerpunkte der Diskussionen des umfassenden und beeindruckenden Referates „Priorisierung in der medizinische Versorgung“ waren:

- Die Ärzteschaft muss durch gute Leitlinien die Priorisierung vorantreiben.
- Überschneidung der Priorisierung mit der Rationalisierung.
- Priorisierung kann zu einer Rationalisierung führen.
- Rationalisierung ist für jedes Gesundheitswesen bedeutsam.
- Wichtig ist, dass die Debatte der Priorisierung der Bevölkerung vermittelt wird.
- Eine heimliche Rationierung haben wir in Deutschland seit Jahren.
- Der Gesundheitsrat soll durch kluge Öffentlichkeitsarbeit das Thema Priorisierung in die Gesellschaft tragen und moderieren.

### Satzung zur Änderung der Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer

Prof. Dr. sc. med.

Wolfgang Saueremann,

Verantwortliches Vorstandsmitglied für Satzungsangelegenheiten

Die von der Kammerversammlung beschlossenen Änderungen in der Hauptsatzung enthalten neben redaktionellen Korrekturen und klarstellenden Ergänzungen Erleichterungen bei der Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft und der Wahl der Vorstandsmitglieder.

### Satzung zur Änderung der Wahlordnung der Sächsischen Landesärztekammer

Prof. Dr. sc. med.

Wolfgang Saueremann,

Verantwortliches Vorstandsmitglied für Satzungsangelegenheiten

Auch bei der Wahlordnung erfolgten Änderungen, die das Verfahren der Wahl zur Kammerversammlung für alle Beteiligten erleichtern sollen. So werden zukünftig die Kosten für die Freimachung der Stimmbriefe von der Sächsischen Landesärztekammer übernommen. Konkretisiert wurden die Regelungen zur Gültigkeit bzw. Ungültigkeit von abgegebenen Stimmen. Schließlich wurde in Anpassung an eine Änderung des Stasi-Unterlagen-Gesetzes der Passus zur Nichtwählbarkeit von Mitgliedern aufgrund einer früheren Tätigkeit für das Ministerium für Staatssicherheit bzw. das Amt für nationale Sicherheit gestrichen.

### Satzung zur Änderung der Meldeordnung der Sächsischen Landesärztekammer

Prof. Dr. sc. med.

Wolfgang Saueremann,

Verantwortliches Vorstandsmitglied für Satzungsangelegenheiten

Die Kammerversammlung beschloss auf ihrer 41. Tagung ferner Änderungen in der Meldeordnung. So wurde unter anderem der Katalog der meldepflichtigen Daten um wichtige Angaben erweitert. Abgeschafft wurde die parallel zur Meldepflicht bei der Sächsischen Landesärztekammer bestehende Meldepflicht bei der jeweiligen Kreisärztekammer. In Anpassung an europäisches Recht erfolgte zudem die Streichung der Verpflichtung der Dienstleistungserbringer zur Anzeige der Berufsausübung bei der Kammer. Diese haben sich bei den Landesdirektionen zu melden, welche diese Meldung dann an die Kammer übermittelt.

### Satzung zur Änderung der Satzung Fortbildung und Fortbildungszertifizierung der Sächsischen Landesärztekammer

Prof. Dr. med. habil. Otto Bach

Vorsitzender der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung

Auf der Grundlage der Dienstleistungsrichtlinie der EU erfolgt formale



Prof. Dr. med. habil. Michael Laniado  
„Das Arbeitszeitgesetz stellt ein gravierendes Problem für die ärztliche Versorgung in den Kliniken dar“.

Anpassung der Satzung der Sächsischen Landesärztekammer an Europäisches Recht.

### Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer

Dr. med. Claus Vogel

Vorsitzender des Ausschusses Finanzen

Die Änderung der Beitragsordnung sieht eine Senkung des Kammerbeitragsatzes auf nunmehr 0,54 Prozent vor. Das ist damit die dritte Senkung des Kammerbeitragsatzes innerhalb weniger Jahre.

Die Beitragstabelle wird entsprechend verändert. Somit ergibt sich durchschnittlich je Beitragsstufe ein um ca. 25,00 bis 30,00 EUR geringerer Kammerbeitrag. Der Mindestbeitrag in Höhe von 15,00 EUR und der Höchstbeitrag in Höhe von 2.500,00 EUR bleiben unverändert.

Die Möglichkeit einer solchen Änderung der Beitragsordnung mit einer nachhaltigen Senkung des Beitragsatzes zum Kammerbeitrag ist in Zeiten von immenser Neuverschuldung und ständigen Abgabenerhöhungen nicht selbstverständlich. Sie ist durch eine vorausschauende und sparsame Haushaltsführung erarbeitet worden. Im Zuge dieser Beitragsatzsenkung sind noch einige eher redaktionelle Änderungen vorgeschlagen worden. So sind aufgrund der veränderten Möglichkeiten der Ausübung der ärztlichen Tätigkeit die steuerlichen Einkunfts-kategorien für die Bemessung des Kammerbeitrages zu erwei-

tern. Die Formulierung „Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit aus mehreren Einkunftsarten sind zusammen zu zählen“, trägt dem Rechnung. Die Kammerversammlung hat der Änderungssatzung zugestimmt.

### Haushaltsplan 2010

Dr. med. Claus Vogel,  
Vorstandsmitglied und  
Vorsitzender Finanzausschuss  
Herr Dr. Claus Vogel, Vorstandsmitglied und Vorsitzender des Ausschusses Finanzen referierte ausführlich über den Haushaltsplan des Jahres 2010. Der Haushalt hat einen Gesamtumfang von 9.685.000 EUR.

Insgesamt sieht der Haushaltsplan 2010 eine Steigerung der Ausgaben gegenüber dem Ist des Jahres 2008 um 25 Prozent und gegenüber dem Haushaltsplan 2009 um 11 Prozent vor. Dabei ist die Durchführung des 113. Deutschen Ärztetages 2010 in Dresden mit 263.000 EUR in den Ausgaben berücksichtigt, die vollständig aus der Rücklage „Deutscher Ärztetag“ gegenfinanziert wird.

Bei den Einnahmen ist gegenüber dem Ist 2008 eine Senkung von 2 Prozent und gegenüber dem Haushaltsplan 2009 eine Erhöhung von 8 Prozent vorgesehen.

Die Auswirkungen der räumlichen Erweiterung der Sächsischen Landesärztekammer sind sowohl auf der Einnahmen- wie auf der Ausgaben-seite berücksichtigt. Die räumliche Erweiterung führt im Jahr 2010 aufgrund der Vermietung der Flächen an die Sächsische Ärzteversorgung zu keinem Mehraufwand.

Der Haushalt für das Jahr 2010 berücksichtigt folgende Sachverhalte:

- Die Anzahl der zu bearbeitenden Vorgänge nimmt weiter zu, insbesondere im Bereich der Fort- und Weiterbildung sowie bei den abgegebenen Voten der Ethikkommission.
- Die Wahrnehmung der Interessen der Kammermitglieder und die berufs- und gesundheitspolitische Situation erfordern die Organisation weiterer Aktivitäten.

- Zunehmende Anforderungen an elektronische Kommunikationsmöglichkeiten der Kammermitglieder mit der Sächsischen Landesärztekammer erfordern Investitionen im Bereich der Soft- und Hardwarelandschaft.
- Die Anzahl der Kammermitglieder wird vom Jahr 2000 bis zum Jahr 2010 voraussichtlich um 23 Prozent zunehmen. Aufgrund der demographischen Entwicklung der Ärzteschaft wird sich allerdings der Anteil der im Ruhestand befindlichen Ärzte weiter erhöhen.
- Ab dem Jahr 2010 wird die Sächsische Landesärztekammer Fortbildungsveranstaltungen für Medizinische Fachangestellte durchführen. Die erforderlichen Aufwendungen, denen Erträge aus Teilnehmergebühren gegenüberstehen, sind berücksichtigt.
- Bei den Beiträgen für die Bundesärztekammer ist die schrittweise Abschmelzung des sogenannten Ostabschlages für die neuen Bundesländer sowie die zusätzliche jährliche Erhöhung zu beachten.
- Es ist zu berücksichtigen, dass der Beitragssatz zum Kammerbeitrag ab 1. Januar 2010 von 0,56 Prozent auf 0,54 Prozent der Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit sinken wird.

Der ausgeglichene Haushaltsplan 2010 wurde durch die 41. Kammerversammlung bestätigt.

### Beschlüsse der

#### 41. Kammerversammlung

Die Mandatsträger der Sächsischen Landesärztekammer fassten am 14. November 2009 folgende Beschlüsse:

#### Beschlussvorlage Nr. 1:

Satzung zur Änderung der Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer

#### Beschlussvorlage Nr. 2:

Satzung zur Änderung der Wahlordnung der Sächsischen Landesärztekammer

#### Beschlussvorlage Nr. 3:

Satzung zur Änderung der Meldeordnung der Sächsischen Landesärztekammer

#### Beschlussvorlage Nr. 4:

Satzung zur Änderung der Satzung Fortbildung und Fortbildungszertifikat der Sächsischen Landesärztekammer

#### Beschlussvorlage Nr. 5:

Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer

#### Beschlussvorlage Nr. 6:

Haushaltsplan 2010

#### Beschlussvorlage Nr. 7:

Bekanntgabe der Termine

#### Beschlussantrag Nr. 8:

Priorisierung

#### Beschlussantrag Nr. 9:

Sektorenübergreifende Zusammenarbeit in der Patientenversorgung

#### Beschlussantrag Nr. 10:

Ambulante Behandlung im Krankenhaus

#### Beschlussantrag Nr. 11:

Ambulantes Operieren, Konsiliarärztliche Tätigkeit sowie prä- und poststationäre Leistungen

#### Beschlussantrag Nr. 12:

Patientenentschädigung – Gründung einer Initiativegruppe

#### Beschlussantrag Nr. 13:

Sozialmedizinische Begutachtung durch den MDK

Alle Satzungen werden im vollen Wortlaut im Mittelhefter unter „Amtliche Bekanntmachungen“ in diesem Heft, Seiten 629 bis 636, amtlich bekannt gemacht.

Alle angenommenen Beschlussanträge finden Sie im vollen Wortlaut im Internet unter [www.slaek.de](http://www.slaek.de).

### Bekanntmachung der Termine

Der **20. Sächsische Ärztetag** und die **42. Tagung der Kammerversammlung** werden am Freitag, dem **18. Juni 2010**, und am Sonnabend, dem **19. Juni 2010**, im Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer durchgeführt.

Die **43. Tagung der Kammerversammlung** findet am Sonnabend, dem **13. November 2010**, im Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer statt.

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

Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit