

23. Kammerversammlung

Dresden
11. November 2000

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Professor Dr. Jan Schulze, eröffnete 9.00 Uhr im Plenarsaal des Kammergebäudes die turnusmäßig einberufene 23. Kammerversammlung und begrüßte herzlich die Mandatsträger, Ausschussvorsitzenden und Gäste. Willkommen hieß der Präsident vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie, Herrn Dr. Rainer Wedekind, Leiter des Referates Krankenhausfinanzierung, und Herrn Jürgen Hommel, Leiter des Referates Recht des Gesundheitswesens/Berufsrecht; von der Technischen Universität Dresden den Prodekan der Medizinischen Fakultät, Herrn Professor Dr. Richard Funk, und von der Philosophischen Fakultät den Geschäftsführender Direktor des Zentrums für Interdisziplinäre Technikforschung, Herrn Professor Dr. Dr. Bernhard Irrgang.

Mit großer Freude begrüßte Herr Professor Dr. Jan Schulze die Träger der Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille, Herrn Professor Dr. Heinz Dietrich, Ehrenpräsident der Sächsischen Landesärztekammer; Herrn Dr. Heinz Brandt, und Herrn Dr. Peter Schwenke.

Zum Zeitpunkt der Eröffnung der 23. Kammerversammlung waren 72 der 98 Mandatsträger anwesend. Damit war die Kammerversammlung beschlussfähig. Im Hauptreferat berichtete der Kammerpräsident über aktuelle gesundheits- und berufspolitische Schwerpunkte und Probleme.

Zur Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung im 21. Jahrhundert bedarf es Mut, Vertrauen und Kreativität

Von Christian Morgenstern stammt der treffende Zweizeiler

*„Wer den Weg nicht kennt,
kann das Ziel nicht haben.“*

Gerade weil die Reformbemühungen im deutschen Gesundheitswesen der letzten 20 Jahre in der Regel Fehlwege mit reiner Kostendämpfung waren, ist auch im



Prof. Dr. Jan Schulze

Hinblick auf Europa der Weg des tradierten GKV-Systems ein Pfad in die Sackgasse!

Diese Reformansätze haben bereits zum Abbau von Gesundheitsleistungen und Qualitätseinbußen geführt, weil sie sich auf kurzatmige, rein ökonomisch motivierte Maßnahmen, wie Ausgaben- und Leistungskürzungen, Budgets und Regressandrohungen, beschränken.

Jedem von uns ist mittlerweile klar geworden, dass ein rigide gedeckeltes Budget uns Ärztinnen und Ärzten in Praxis und Klinik vor nahezu unlösbare Probleme stellt. Der Zielkonflikt zwischen einem innovativen und prosperierenden Gesundheitsangebot von Pharmaindustrie und Medizintechnik einerseits und begrenzten Mitteln und Möglichkeiten andererseits wird auf den Köpfen von uns Ärzten ausgetragen. Dies führt zu unzumutbaren Belastungen der Ärzteschaft, die gewissermaßen „im letzten Glied“ Rationierungsentscheidungen zu treffen und dem Patienten gegenüber zu vertreten hat, vor denen sich Politik und Kassen noch immer herumogeln. Es nimmt nicht Wunder, dass dadurch eine gute und vertrauensvolle Patienten-Arzt-Beziehung unnötigen Belastungen ausgesetzt wird, wenn sich zum Beispiel unsere Patienten fragen: „Untersucht und behandelt mich mein Arzt richtig oder

lastet er nur seine Geräte aus oder enthält er mir einiges aus Budgetgründen vor?!“ Spätestens hier war und ist es wichtig, sich erneut auf unsere hippokratische Ethik des *Salus aegroti suprema lex* zu besinnen, die nicht zu einer „Kalkulations- und Finanzierungsgröße“ verkommen darf! Die Sorge um das Wohl und die Gesundheit unserer Patienten gilt unabhängig von Finanztöpfen, unabhängig von Klinik oder Praxis, von Universität oder Gesundheitsamt, von Rehaklinik oder dem Medizinischen Dienst. Aus dieser „Verantwortungsethik“ heraus hat die deutsche Ärzteschaft das 1999 konzipierte GKV-Reformgesetz abgelehnt und in kraftvollen „Bündnissen Gesundheit“ Alternativvorstellungen zu einer echten Gesundheitsreform entwickelt. Am 14. Oktober 2000 wurde ein Konsenspapier des Sächsischen Aktionsbündnisses Gesundheit nach einjähriger Arbeit von 30 Verbänden und Körperschaften zur „Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung“ der Presse, Politik und Öffentlichkeit übergeben. In der diesbezüglichen Podiumsdiskussion wurde deutlich gemacht, dass die Heilberufler konstruktiv an einer Gesundheitsreform an „Haupt und Gliedern“ mitwirken werden. Es gilt, unter weitgehender Beibehaltung des Solidarprinzips den Grundkonflikt zwischen globalen Versorgungsansprüchen der Versicherten und den derzeitigen begrenzten Finanzierungsgrundlagen der GKV/PKV zu lösen.

Die Aufgabe der Politik ist es, Entscheidungen herbeizuführen, was man künftig in einer Versichertengemeinschaft zu welchen Konditionen solidarisch finanzieren will und kann und welche Leistungen in die Eigenverantwortung und –vorsorge des mündigen Bürgers übergehen sollten. Bezüglich des vollständigen Positionspapiers und der hochinteressanten Statements der Bündnispartner, sowie der Presseerklärung vom 14. Oktober 2000 verweise ich auf unser nächstes „Ärzteblatt Sachsen“.

Unter der Devise „Handeln und Verhan-

deln“ sehe ich auch die in der letzten Septemberwoche 2000 erfolgreich durchgeführte Aktionswoche der niedergelassenen Ärzteschaft. Dem Aufruf der sächsischen Hausarzt-, Facharzt- und Psychotherapeutenverbände waren mehr als 90 % der genannten Praxen gefolgt. Es ist nach meiner Kenntnis – weder patienten- noch ärzteseitig - zu Stör- oder Zwischenfällen gekommen. Ziel der Aktion war und ist es, der Bundespolitik kräftig zu signalisieren, dass 100 % Leistungsanspruch nicht dauerhaft mit nur 75 % ambulanten Finanzanteilen zu bestreiten sind. Verschärft wurde die Situation besonders für die Gruppe der Fachärzte, die mit geringeren Budgetmitteln auch noch die Psychologen aus ihrem „Topf“ finanzieren müssen.

Kassenärztliche Vereinigung, Kammer und Landesgesundheitsministerium setzen sich für eine gezielte Ausgleichszahlung für bedrohte Facharztpraxen aus dem Risikostrukturausgleich ein.

Am runden Tisch des Bündnisses Gesundheit werden auch künftig die sogenannten Leistungserbringer geeint, im Willen zur kritischen Reflexion und dem Mut zu Veränderungen am notwendigen Umbau der gewachsenen und manchmal verkrusteten Strukturen unseres Gesundheits- und Sozialsystems mitzuwirken.

In einer schnelllebigen Zeit, die von Widersprüchen, Lobbyismen und Streit geprägt ist, wird die Bewahrung und der Ausbau innerärztlicher Solidarität immer wichtiger!

Dies gilt in allernächster Zeit für die Umgestaltung der Krankenhauslandschaft. Die Krankenhäuser sind in Europa seit über 200 Jahren „Erfolgsmodelle“ für Dienstleistungen aus dem Bereich der Medizin und der Pflege und durch staatliche Gesetzgebung in ihrem Bestand geschützt. Diese traditionelle Rolle von staatlich oder kommunal betriebenen „Rückzugs-, Behandlungs- und Versorgungsrefugien“ für den kranken Bürger ist nachhaltig erschüttert, und die Krankenhauslandschaft befindet sich in Deutschland und Europa in einem dra-

matischen Umbruch. Der Weg führt von den tradierten Krankenanstalten hin zu modernen Gesundheitsunternehmen. Neben der bisherigen institutionalisierten Krankenbehandlung müssen sich Krankenhäuser künftig als Orte der Vernetzung von Gesundheits-, Sozial- und Rehabilitationsangeboten verstehen.

Krankenhäuser können und müssen eine zentrale Rolle bei der Entwicklung einer vernetzten Versorgungslandschaft in den jeweiligen Territorien spielen. Wer diese intensive Kooperation als Unternehmen Krankenhaus nicht rechtzeitig komplex entwickelt, verpasst die Chance, zukünftig erfolgreich zu agieren. Wichtige Überlebensfaktoren, die bis zur Einführung des neuen DRG-Vergütungssystems beachtet und verstärkt vorangebracht werden müssen, sind:

- Patientenorientierung mit medizinischer, pflegerischer und organisatorischer 1a-Qualität

- Integration, Kooperation mit den Netzpartnern

- Effektives Kosten- und Qualitätsmanagement

- Flexibilität und Bereitschaft zur Veränderung

Ob es sich bei dem im Gesetz verankerten DRG-System um Chancen oder Risiken für die unter Druck geratenen Krankenhäuser handeln wird, bleibt abzuwarten. In jedem Falle handelt es sich um eine riesige Herausforderung, die, wenn sie wirklich – wie beabsichtigt – ab 2003 budgetneutral eingeführt werden sollte, zu gravierenden quantitativen und qualitativen Veränderungen in der deutschen Krankenhauslandschaft führen wird.

Die Krankenhausversorgung insgesamt wird sich mit der flächendeckenden Einführung pauschalierter Vergütungsformen grundlegend ändern. Dieses gilt auch für die Krankenhausplanung und die Definition des Versorgungsauftrages mit allen seinen prä- und poststationären Facetten. Zur Einführung dieses verkürzt ausgedrückten „EBM“ für Krankenhäuser laufen auf vielen Ebenen mündliche

und schriftliche Informationsveranstaltungen. Seitens der Landesärztekammer haben wir zusammen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft mehrere hochkarätige Vortrags- und Diskussionsveranstaltungen durchgeführt – weitere werden folgen.

Ein wichtiger, jedoch bis heute zu Unrecht vernachlässigter Aspekt beim beabsichtigten vollpauschalierten DRG-System, sind grundsätzliche medizinethische Erwägungen und Probleme in der Patient-Ärzt-Beziehung, die es zu lösen gilt. Diese zum Teil gravierenden medizinethischen und medizinrechtlichen Themen wurden zwar in Einführungskursen zum DRG diskutiert, jedoch nach Auskunft von Professor Leitis, Göttingen, bisher von der deutschen Medizinethik nicht professionell bearbeitet. Lassen Sie mich deshalb dazu einige wichtige Fragen aufwerfen, die sich in der Folge der DRG-Einführung ergeben:

- Bleibt der Arzt der Anwalt des Patienten oder muss er künftig vorrangig den Zielen des Krankenträgers beziehungsweise des Kostenträgers gerecht werden?

- Droht eine weitere Einschränkung ärztlicher Entscheidungsfreiheit durch ständige Kontrolle und Normierung der von ihm genutzten Ressourcen durch das Krankenhausmanagement?

- Besteht bei den umfassenden Dokumentationspflichten nicht die Gefahr einer Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht?

- Welche Bedeutung haben künftig traditionelle Werte der Krankenbehandlung, wie Aufrichtigkeit, Vertraulichkeit, Wohl-tätigkeit, Achtung, Verteilungsgerechtigkeit und andere?

Viele kritische Fragen, die recht bald einer Bearbeitung und Beantwortung bedürfen. Natürlich gilt auch, dass der unwirtschaftliche Einsatz von beschränkten Ressourcen in hohem Maße unethisch ist!! -

Patienteninformation – Patientenrechte

Es mutet schon diabolisch an, dass angesichts rigider Budgetierung diese Thematik durch die Bundesregierung auf die Tagesordnung gesetzt wurde, obwohl Patientenrechte in Deutschland, durch mehrere Rechtskreise so stark verankert sind, wie in keinem anderen Land in Europa. Dennoch hat sich die Bundesärztekammer an einer diesbezüglichen Gesprächsrunde im Bundesministerium für Gesundheit beteiligt und den Entwurf einer „Charta der Patientenrechte“ vorgelegt.

In Sachsen bedienen die Körperschaften gemeinsam das Informationsbedürfnis der Bevölkerung nach seriösen medizinischen Angaben zu Praxen, Kliniken, Rehaeinrichtungen, Apotheken und Gesundheitsämtern. Die Arbeitsgruppe Multimedia der Kammer hat viel Mühe in den Aufbau und die Koordinierung dieses Gesundheitsportals für das Internet gesteckt, welches künftig auch weiteren Nutzern für eigene Präsentationen zur Verfügung gestellt werden kann (zum Beispiel Physiotherapie, Pflegeberufe). Da etwa nur 20 % der Bevölkerung diese Internetangebote nutzen können, wird in einer weiteren Arbeitsgruppe bei der Kammer über eine Koordinationsstelle oder Hotline nachgedacht, die die vielfältigen Informationsangebote der Körperschaften und Verbände transparenter als bisher und direkter zugänglich machen sollen.

Ärztewachstum

Große Sorgen bereitet uns die Nachbesetzung bestimmter Facharztgruppen, die sich infolge Überalterung und Pensionierung in bestimmten Fachgebieten drastisch defizitär auswirken wird. Die sogenannte Ärzte-Schwemme wird konterkariert von einem Mangel wichtiger Arztgruppen in Klinik und Praxis.

Alarmierend ist die Nachwuchssituation in der Allgemeinmedizin, wo wir trotz des Förderprogramms zunehmende Besetzungsschwierigkeiten und Praxisaufgaben ohne Nachfolger zur Kenntnis be-

kommen. Aber auch Anästhesisten, Kinderärzte, Labor- und Augenärzte sowie Hygieneärzte, sind zunehmende „Mangelware“. Unsere Statistiker sind dabei, für alle Facharztgruppen eine prospektive Epidemiologie der sächsischen Ärzte zu erstellen, um möglichst valide Aussagen und gezielte Fördermaßnahmen für die Zukunft zu initiieren.

Bio- und Gentechnik

Die Gentechnologien gelten medizinisch wie wirtschaftlich als die wichtigsten Zukunftsfaktoren für den Standort Deutschland. Der ärztlich ethische Diskussionsprozess muss differenziert erfolgen und zu einem baldigen Ergebnis kommen, denn die Verabschiedung des Biopatentgesetzes im Bundestag steht nach positiver Kabinettsentscheidung bevor. Damit würde die EU-Patentrichtlinie umgesetzt und der Weg frei sein für Genpatentierungen, die die Herstellung von Impfstoffen und Medikamenten im gentechnischen Verfahren ermöglichen.

Auch hier ergibt sich ein Spannungsfeld zwischen ethischen Erwägungen und ökonomischen Zukunftskalkulationen und -perspektiven!

Im Hinblick auf unsere derzeitigen medizinischen Möglichkeiten am Anfang und Ende menschlichen Lebens stellt sich immer dringender die Frage:

„Müssen und dürfen wir alles das tun, was technisch möglich ist?“

Bei den Stichworten Gentechnik, Gentests, Präimplantationsdiagnostik der sogenannten Schwangerschaft auf Probe, bei Transplantationsproblemen stehen wir erst am Anfang dieser ethisch-rechtlichen Diskussionen. Auch können diese Konflikte nicht mehr allein von Medizinern, Philosophen oder Juristen gelöst werden, da diese Problemfelder den breiten gesellschaftlichen Diskurs erfordern.

Meine Damen und Herren, der Arztberuf steht auf der Sozialprestigeleiter nach wie vor auf Platz eins. Über 90 % der Bevölkerung sind mit den von ihnen gewählten Ärzten voll zufrieden.

Allerdings ist die Verbindung von Arzt und Geld nur allzu oft prägend für die Wahrnehmung der Ärzteschaft insgesamt. Hier nur die hässlichen Stichworte vom Herzklappenkomplex, vom verschärften Antikorruptionsgesetz wegen angeblicher Vorteilsnahme, der Drittmittelkriminalisierung und vom Abrechnungsbetrug einzelner „schwarzer Schafe“, den es natürlich konsequent zu bekämpfen gilt. Kein Verständnis hat die Ärzteschaft allerdings für medienwirksame Generalverdächtigungen und Pauschalverurteilungen wegen angeblichen Abrechnungsbetruges in Größenordnungen – wie das anlässlich einer BKA-Tagung in Wiesbaden seitens Polizei und Staatsanwaltschaft formuliert wurde. Wir Ärzte sind mit hohen moralischen Ansprüchen angetreten, eine gute qualitätsvolle Medizin zu betreiben. Dazu bedarf es auch und gerade eines fairen Umgangs mit der Jurisprudenz. Lassen Sie uns gemeinsam die ärztlichen Generaltugenden der Patientenzuwendung, der Wissenschaftlichkeit, des nihil nocere und der Verschwiegenheit hochhalten und auch in stürmischen Zeiten den nächsten Ärztegenerationen als kostbares Erbe weitergeben. Lassen Sie uns auch weiterhin für das Wohl und Wehe des Einzelnen und der Gesellschaft Verantwortung übernehmen. Lassen Sie uns nicht nur in diesen geschichtsträchtigen Novembertagen deutliche Zeichen setzen für mehr Toleranz und Integration, gegen Fremdenfeindlichkeit und Gewalt, denn

„der Schoß ist fruchtbar noch aus dem das kroch!“

Ethische Probleme der Budgetierung im Gesundheitswesen

Vortrag: Prof. Dr. Dr. Bernhard Irrgang
Geschäftsführender Direktor des Zentrums für Interdisziplinäre Technikforschung an der Technischen Universität Dresden, Philosophische Fakultät, Institut für Philosophie

Das Problemfeld Budgetierung ist ethisch nicht einfach zu strukturieren. Wenn

Ethik die Reflexion von Moral ist mit dem Ziel, eine vertretbare ethische Empfehlung zu erarbeiten, dann empfiehlt sich die Position einer Verantwortungsethik, die sowohl von ethischen Grundsätzen wie von konkreten Folgenabschätzungen ausgeht. Dabei stehen gewisse ethische Grundsätze untereinander in einem Spannungsverhältnis wie Patientenwohl und Patientenautonomie oder ausgleichende Gerechtigkeit und Solidarität mit Verteilungsgerechtigkeit („Jedem das Seine“). Das Versicherungsprinzip beruht auf der Umverteilung von Risiken im Sinne der ausgleichenden Gerechtigkeit (Gesunde – Kranke, Junge – Alte, Arme – Reiche). Die Organisation des Versicherungsprinzips kann je nach Prinzip unterschiedlich ausgerichtet sein. Eine Gemeinwohlorientierung realisiert sich am besten in einer nationalen Krankenversicherung, Eigenverantwortung korrespondiert private Krankenkassen oder Freistellung von der Versicherungspflicht, sowie das Prinzip Solidarität - gesetzliche Krankenkassen.

Kostenfaktoren für den wachsenden Finanzbedarf im Gesundheitswesen erwachsen der technologischen Herausforderung (eher Produkt-, weniger Prozess- und Organisationsinnovationen), die Alterung der Bevölkerung aufgrund des Erfolges der Medizin und die Veränderung der Familienstruktur (Singlehaushalte,



Prof. Dr. Dr. Bernhard Irrgang

alte Frauen). Eine Verschärfung des Kostendrucks entsteht durch Rückkopplungseffekte. Budgetierung ist jedoch wahrscheinlich dennoch ein falsches Mittel der Kostendämpfung. Zentral für ethische Empfehlungen ist das Arzt-Patienten-Verhältnis. Dabei ist von einem Konflikt zwischen Ärzten und Patienten über die Honorierung auszugehen. Eine erfolgsabhängige Komponente des Arzthonorars ist nicht einfach zu realisieren und vom Patienten schwer zu beurteilen. Daher dürfen ergänzende Sachwalter, wie Staat, Krankenversicherung oder Berufsverbände auftreten. Die Patienten-

autonomie erlaubt dem Patienten die eigene Entscheidung in Absprache mit dem Arzt. Außerdem sollten Anreizstrukturen für erfolgsorientiertes Handeln von Arzt und Patient (zum Beispiel Prävention) geschaffen werden.

Ethische Anforderungen an die Ausgestaltung des Gesundheitswesens

- Sicherung einer Basisversorgung nach dem Solidaritätsprinzip
- Stärkung der Patientenautonomie und der Eigenverantwortlichkeit des Patienten (auch durch Selbstbeteiligungen)
- Ausdifferenzierung der versicherten Leistungen nach Wunsch des Patienten
- Anreizsysteme für Prävention, aber keine Life-Style-Medizin (wegen Diskriminierung)
- Gesundheitserziehung ist Aufgabe der Gesundheitsdienste, aber auch des Staates
- Überdenken des Prinzips der privaten Krankenversicherung.

Inhalte des sich anschließenden einständigen produktiven und engagierten **Meinungs- und Gedankenaustausches** waren:

„ der Patient“

- Das Wort Kunde und das Wort Leistungserbringer sollte nicht bei der Positionierung eines kranken Menschen verwendet werden, da der Patient kein Gegenstand ist und sich auch nicht als Gegenstand selbst definieren würde. Der würde-

volle Name „Patient“ muss erhalten bleiben und auch der des „Arztes“ als Anwalt der Patientenautonomie. Je würdevoller man den anderen achtet, desto mehr ist der Patient bereit, auf den Rat des Arztes einzugehen.

- Patientenschulung, Patientenberatung und Patienteninformation muss in erster Linie in unseren Praxen stattfinden.

- In ein Beratungsgespräch mit dem Patienten über seine Krankheit gehört eine transparente Patienteninformation mit Grenzziehung in ethischer Richtung.

„Genforschung“

- Wir Mediziner sollten einen ethischen Ärztetag haben, der jedes Jahr aktuelle ethische Probleme bespricht und der in regelmäßigem Konsens mit den Genforschern berät und diskutiert, was an neuen Erkenntnissen angewendet werden darf.

Wir Ärzte sind für die genetische Erforschung des Menschen und für die behutsame Mitteilung an den Patienten. Wir sind auch für das Recht für Nichtwissen, aber es muss ethisch begleitet sein.

- Was die Gen-Beurteilung und die genetische Forschung betrifft, sollten wir Ärzte nichts verbieten, aber wir sollten die Genforschung ethisch streng begleiten.

- Die individuelle Lebensgestaltung ist auch geprägt vom genetischen Muster eines Menschen. Es erhebt sich die bedeutsame Frage, ob wir mit moralischen

Aussprachen Lebensgestaltung ändern können oder sie dadurch untermauern müssen, indem jeder Mensch weiß, wie seine genetische Struktur ist. Es wird vieles verständlicher auch in der Prävention, wenn ein Patient frühzeitig weiß, dass er zum Beispiel suchtgefährdet ist.

- Die genetischen Muster, die wir vielleicht selbst irgendeinmal bekommen könnten, zu wissen bis hin zu der Frage, für welche Krankheiten bin ich besonders gefährdet, und dann Konsequenzen für die Lebensführung zu ziehen, wäre ethisch gut. Die Begleitung und die Verwaltung dieses Wissens über das eigene genetische Muster, sind die großen Probleme.

„Gesundheitsökonomie“

- Die Budgetierung unter dem Gesichtspunkt – Aufbürdung von nicht lösbarer Verantwortung – ist als unethisch zu betrachten.

- Wir müssen auf die Folgen einer Budgetierung hinweisen, die in einer Zweiklassenmedizin enden kann.

- Wir Ärzte werden für Kosten verantwortlich gemacht, die durch die Pharmaindustrie und durch die Medizintechnik produziert werden.

Die Not der Krankheit wird benutzt, um das Prinzip der Marktwirtschaft - das Bessere müsste billiger sein - zu durchbrechen. Diese Problematik sollte an den „Runden Tischen“ so offen ausgesprochen werden.

- Müssen wir nicht von einer medizinischen Ethik und von einer Wirtschaftsethik sprechen?

- Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement müssen zur Ausbildung und zum Fachwissen eines Arztes zukünftig gehören.

- Wir müssen als Berufsorganisation einen größeren Kampf gegen die Irrationalität scheinbar medizinischen Handelns führen.

„Bündnis Gesundheit“

Die 30 Bündnispartner im „Bündnis Gesundheit 2000“ im Freistaat Sachsen haben in ihrem Positionspapier eindeutig Lösungswege und Ziele für eine künftige Gesundheitsreform dargestellt.

Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich – Übersicht aus ausgewählten Leistungsbereichen

Referat: Dr. habil. Hans-Jürgen Hommel
Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen

Berufspolitische Einleitung

Qualitätserbringung und Qualitätssicherung sind grundsätzliche originäre ärztliche Aufgaben, die von den ärztlichen Körperschaften zu fördern und kontrollieren sind. Die Problematik der Qualitätssicherung darf nicht nur innerärztlich

diskutiert werden, sondern muss in einem gewissen Maß an Aggressivität auch nach außen getragen werden, um zu vereiteln, dass andere diesen Aufgabenbereich wahrnehmen.

Auch der Gesetzgeber, insbesondere die rot-grüne Koalition, hat sich dem Thema Qualitätssicherung angenommen und man hat derzeit den Eindruck, die Qualitätssicherung sei zum Spielball der Politik geworden.

Die Gesundheitspolitiker verbinden diese, ihre neue „Qualitätssicherung“ aber mit den Schlagworten „Stärkung der Effizienz“, das heißt sinkenden Kosten bei konstantem Versorgungsumfang und konstanter Versorgungsqualität und dies



Dr. habil. Hans-Jürgen Hommel

alles unter dem Blickwinkel der Beitragsstabilität.

Neu ist im Gesundheitsreformgesetz 2000, alle Leistungserbringer für die Qualität und die Sicherung der Qualität ihrer Leistungen in die Verantwortung zu nehmen. Der Begründung zum GKV-Gesundheitsreformgesetz ist weiter zu entnehmen, dass die gesetzliche Verpflichtung zur Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements auf die stationären Einrichtungen beschränkt wird.

Der Gesetzgeber geht mit anderen Worten davon aus, dass die positiven Wirkungen des Qualitätsmanagements insbesondere in der vertragsärztlichen Versorgung an-

erkannt sind und auch ohne die gesetzliche Vorgabe Qualitätsmanagement durchgeführt wird.

Aktivitäten der Qualitätssicherung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen

Qualitätssicherungsmaßnahmen, zu denen die KV Sachsen auf Grund gesetzlicher und überregionaler vertraglicher Vorschriften verpflichtet ist und Verträgen und Maßnahmen, die selbst initiiert werden.

Das Gros der Maßnahmen betrifft die Prüfung der Gewährleistung der Strukturqualität im Rahmen der Erteilung sogenannter „Besonderer Genehmigungen“, als Voraussetzung für die Abrechnung bestimmter vertragsärztlicher Tätigkeiten.

Der Vorstand der KV Sachsen greift hierbei auf die Hilfe von Kommissionen zurück.

Insgesamt gibt es in der KV Sachsen 20 derartige Kommissionen, die in Tabelle 1 aufgelistet sind.

Die Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Möglichkeiten der Qualitätssicherung, wie sie in der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen zur Anwendung kommen.

Die Methoden der Qualitätsprüfungen können recht unterschiedlich sein.

In der *Sonographie* haben vierteljährlich fünf durch einen Zufallsgenerator ermittelte Ärzte je Bezirksstelle fünf konkret vorgegebene Leistungen und fünf selbst ausgewählte pathologische Befunde zur Prüfung einzureichen. Bisher wurden 146 Praxen geprüft. In immerhin 13 % der Fälle mussten Maßnahmen ergriffen werden, das heißt, es wurden Beratungsgespräche durchgeführt sowie Praxisbegehungen Vor-Ort, um die Mängel abzustellen. Vorwiegend handelte es sich hier um Probleme der Geräteeinstellungen, die jedoch einen Genehmigungsentzug nicht erforderlich machten.

In der *gynäkologischen Zytologie* prüft die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen jährlich Sammelstatistiken aller betei-

Kommissionen des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, die über die Erteilung von Besonderen Genehmigungen auf den genannten Gebieten entscheiden:

- Ambulantes Operieren + Fachberater Arthroskopie
- Computertomographie-Kommission
- Diabetologie-Kommission + Fachberater
- Dialysekommission + Fachberater LDL-Elimination
- Herzschrittmacher-Kommission
- Homöopathie-Kommission
- Invasive Kardiologie
- Labor-Kommission + Fachberater
- Langzeit-EKG-Kommission
- Lithotripsie
- Magnetresonanztomographie-Kommission
- Methadon-Kommission
- Nuklearmedizin-Kommission
- Onkologie-Kommission + Fachberater
- Psychotherapie-Kommission
- Radiologie-Kommission + Fachberater
- Schlafapnoe-Kommission
- Schmerztherapie-Kommission + Fachberater
- Sonographie-Kommission auf Landesebene + Fachberater
- Zytologie-Kommission

Tabelle 1

igten Ärzte; bei Auffälligkeiten dieser werden Einzelfallprüfungen nach § 6 136 Absatz 1 SGB V angeschlossen. Die hier durchgeführte Prüfungsform wurde durch die Zytologie-Kommission initiiert und durch den KV-Vorstand mit Wirkung vom 1. Januar 1996 beschlossen. Im Bereich des *ambulanten Operierens* gehören die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen zu einer der wenigen KVen, die hier aktiv war und bis zu 200.000 Operationen pro Jahr erfasst und ausgewertet hat. Selbst nach Wegfall der Dokumentationspflicht der Operationen unter der EBM-Ziffer 80, die ursprünglich einen Anteil von ca. 50 % hatten, sind noch immer ca. 120.000 zu dokumentierende Operationen pro Jahr ver-

Maßnahmen/Verfahrensweisen der Qualitätssicherung, die im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen zur Anwendung kommen

Qualitätssicherungs-Maßnahmen	Anwendungsgebiete
Durchführung von Kolloquien	<ul style="list-style-type: none"> • Radiologie/ Computertomographie • Kernspintomographie • Onkologie • Ultraschall-diagnostik usw.
Stichprobenprüfungen von Patientendokumentationen	<ul style="list-style-type: none"> • Ultraschall-diagnostik • Schmerztherapie
Prüfung Bild-dokumentationen	<ul style="list-style-type: none"> • Radiologie *) • Ultraschall-diagnostik
Dokumentationsbögen	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulantes Operieren • Diabetesbehandlung
Qualitätszirkel	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetesbehandlung
Fortbildungsveranstaltungen	<ul style="list-style-type: none"> • Schmerztherapie • Akupunktur/ Homöopathie • Onkologie usw.
Evaluierungen	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetesbehandlung usw.
Statistisches Verfahren	<ul style="list-style-type: none"> • Gynäkologische Zytologie
Erbringung Mindestanzahl von Untersuchungen	<ul style="list-style-type: none"> • Invasive Kardiologie
Vorgaben für Anzahl Ärzte bezogen auf Patientenanzahl	<ul style="list-style-type: none"> • Dialyse
Schulungen des Personals	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetesbehandlung • Onkologie
Praxisbegehungen/ Beratungsgespräch	<ul style="list-style-type: none"> • Radiologie • Ultraschall-diagnostik • Schmerztherapie usw.

Tabelle 2 *) Klärung im Rahmen der Kooperation mit Ärztlicher Stelle

blieben. Besonders bemerkenswert ist, dass 95 % der Bögen vom ambulanten Bereich erstellt wurden und ein signifikanter Vergleich zu den 5 % stationärer Ausfertigungen kaum möglich ist.

Auf dem Gebiet der *Labordiagnostik* sind interne und externe Qualitätskontrollen vorgeschrieben, für deren Durchführung der Leistungserbringer (Laborleiter) verantwortlich ist.

Die interne Qualitätskontrolle beinhaltet Präzision und Richtigkeit jeder Laboranalyse beziehungsweise Analysenserie und deren Dokumentation auf Qualitätskontrollbögen, die sich am jeweiligen Arbeitsplatz befinden.

Verantwortlich für die Kontrollen in den Laboratorien ist das „Sächsische Landesamt für Mess- und Eichwesen“. Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen erhält regelmäßig einen Jahresbericht über die Qualitätsentwicklung in den Laboratorien und aufgetretene Mängel. Die externe Qualitätskontrolle beinhaltet die Teilnahme an zentral durchgeführten Ringversuchen. Für die in den Richtlinien der Bundesärztekammer angegebenen Laborparameter besteht Teilnahmepflicht. Zu den positiven Seiten des Qualitätsmanagements zählen die Qualitätszirkel. Qualitätszirkel sind auch ein Ort der Fortbildung, jedoch primär der Ersatz für das Konsil im stationären Bereich. Die Fallbesprechung ist gerade für den „einsamen Frontkämpfer“, Vertragsarzt, eine Möglichkeit, Erfahrungen auszutauschen und neue wissenschaftliche Erkenntnisse mit seinen Fachkollegen auszuwerten.

Zusammenarbeit Sächsische Landesärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung und Krankenhausgesellschaft Sachsen

Die Zusammenarbeit von Sächsischer Landesärztekammer, Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenhausgesellschaft ist eine Notwendigkeit, um die Durchsetzung der Qualitätssicherung nach gleichen Standards und mit gleichen gesetzlichen Vorgaben in allen medizinischen Arbeitsbereichen durchzusetzen.

Qualitätsmanagement im stationären Bereich: Probleme, Schnittstellen, konkrete Beispiele der Einführung von Qualitätsmanagementsystemen

Referat: Dr. Thilo Lipkow
Mitglied des Ausschusses
Qualitätssicherung in Diagnostik
und Therapie

Das Gesundheitsstrukturreformgesetz 2000 verpflichtet die Krankenhäuser zur Einführung eines Qualitätsmanagements (QM). Der Aufbau eines Qualitätsmanagements im komplexen System Krankenhaus sollte von der Führungsebene initiiert und gefördert werden und dann von der Basis der Mitarbeiter aufgebaut und eingefordert werden. Zur Koordination der Aktivitäten sollte frühzeitig ein QM-Beauftragter bestellt werden. Dabei kann es sinnvoll sein, von außen einen QM-Manager mit entsprechender Vorbildung zu berufen.

Ein QM-Beauftragter ist dabei Mittler zwischen der Geschäftsführung, der Betriebsleitung und einer Qualitätsmanagement-Gruppe, die ihrerseits über Projektverantwortliche das Qualitätsmanagement in der Durchführung vor Ort auf den Weg bringt.



Dr. Thilo Lipkow

Dabei ist eine von Beginn an durchzuführende Fortbildung und Schulung möglichst aller Mitarbeiter bezüglich der gemeinsam erarbeiteten Standards und den zu etablierenden Projekten zu organisieren, wobei Mitarbeiter, die von einem speziellen (Schnittstellen)-Problem direkt betroffen sind, auch in vorderster Front an Lösungen mitarbeiten sollten.

Eine Alternative ist die Konsultation externer Berater zur Durchführung einer Selbstbewertung (zum Beispiel nach European Foundation for Quality Management (EFQM)). Hierdurch können relativ kurzfristig Schwachstellen, aber auch Verbesserungsmöglichkeiten, die als Ansatz für QM-Projekte dienen können, erkannt werden.

Eine weitere Möglichkeit ist die Entscheidung für eine Zertifizierung, in deren Primärphase ebenfalls zunächst eine Bewertung vorgenommen wird. Dabei erfolgt die Erstellung eines sogenannten Handbuchs (als Festlegung der Einrichtung zur Erfüllung von Standardvorgaben) und die Etablierung eines Qualitätsmanagement-Systems auf der Basis dieses Handbuchs.

Jede Organisation sollte sich daher zunächst über ihre Besonderheiten, Strategien und Zielstellungen selbst Klarheit verschaffen, bevor eine Entscheidung getroffen wird, da die Vorgehensweise wesentlich für die weitere Entwicklung des Krankenhauses sein wird und das Vorhaben aufgrund von oft vorhandenen Vorbehalten gut vorbereitet werden sollte.

Schwerpunkte der Diskussion über die Notwendigkeit der Qualitätssicherung im ambulanten und stationären medizinischen Bereich waren:

- Wir Ärzte müssen deutlich machen, dass Qualitätssicherung in den Ländern stattfinden muss. Die Umsetzung dessen, was Qualität und den Qualitätsbegriff umfasst, muss in den Ländern implementiert werden. Dazu braucht es entsprechende Strukturen und entsprechende Mittel.

- Auf alle Krankenhäuser kommt eine Analyse mit der kritischen Unterfragung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu.

- Eine echte und gute Zusammenführung der ambulanten Qualitätssicherungsmaßnahmen und der Strukturen der stationären Qualitätssicherung ist notwendig.

- Wir brauchen eine enge Verzahnung der Qualitätssicherung zwischen stationär und ambulant.

- Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen hat die Qualitätssicherungsmaßnahmen beeindruckend vorangebracht.

- Die Sächsische Landesärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung Sachsen müssen auch in Zukunft noch enger in der Qualitätssicherung zusammenarbeiten. Ein Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen sollte im Ausschuss Qualitätssicherung und im Lenkungsausschuss der Landesärztekammer aktiv mitarbeiten.

In der Arbeitstagung wurden am Sonnabendnachmittag zunächst erforderliche Satzungsänderungen behandelt. Herr Privatdozent Dr. Wolfgang Saueremann, Vorsitzender des Ausschusses Satzungen, trug die Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer vor. In Anlehnung an die Beschlüsse des 103. Deutschen Ärztetages erfolgten Änderungen der Vorschriften zur beruflichen Kommunikation sowie Novellierung zum Praxisverbund.

Herr Dr. Michael Burgkhardt, Vorsitzender des Ausschusses Notfall- und Katastrophenmedizin, interpretierte den Mandatsträgern die Satzung zur Änderung der Satzung zur Erteilung des Fachkundenachweises Rettungsdienst und die Satzung zur Änderung der Satzung zur Erteilung des Fachkundenachweises Leitender Notarzt. Im Mittelhefter dieser Ausgabe „Ärzteblatt Sachsen“ sind alle beschlossenen Satzungsänderungen im vollen Inhalt amtlich bekannt gemacht. Die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer hat Herrn



Dr. Michael Burgkhardt

Privatdozent Dr. Eduard Bertram, Herrn Dr. Manfred Ramminger und Herrn Dr. Wolfgang Krahwinkel für die Bestellung als stellvertretende ehrenamtliche Richter des Berufsgerichts für die Heilberufe am Oberlandesgericht Dresden einstimmig gewählt.

Mit 41 Stimmen wurde Herr Dipl.-Med. Ingolf Schmidt als neues Mitglied für den Ausschuss Finanzen gewählt, der 2. Kandidat, Herr Dr. Thomas Benusch, erhielt 20 Stimmen. Die Nachwahl eines Mitgliedes für den Ausschuss Finanzen war notwendig, da Herr Dr. Helmut Schmidt an den Kammerpräsidenten den Antrag gestellt hat, von seiner bisherigen Funktion als Vorsitzender des Finanzausschusses entbunden zu werden.

Herr Dr. Helmut Schmidt hat im August 2000 die Funktion des Vorsitzenden des Verwaltungsausschusses der Sächsischen Ärzteversorgung übernommen. Die damit verbundene zeitliche Beanspruchung zwang ihn seine bisherige Tätigkeit und Mitgliedschaft im Ausschuss Finanzen aufzugeben. Herr Professor Dr. Schulze bedankte sich im Namen des Vorstandes bei Herrn Dr. Helmut Schmidt für die seit 1995 geleistete umfangreiche und intensive ehrenamtliche Tätigkeit.

Die am Nachmittag noch anwesenden 61 Mandatsträger wählten Frau Dr. Marina Selbig einstimmig als neues Mitglied für den Ausschuss Arbeitsmedizin. Die Nachwahl war notwendig, da Herr Dr. Bodo von Schmude den Kammerpräsidenten gebeten hat, zum 31. Dezember 2000 von seinen Aufgaben als Mitglied des Ausschusses Arbeitsmedizin entbunden zu werden. Mit Eintritt in den Ruhestand beendet Herr Dr. von Schmude seine berufliche Tätigkeit. Herr Professor Dr. Schulze würdigte die von Herrn Dr. von Schmude geleistete Arbeit als langjähriges Mitglied des Ausschusses Arbeitsmedizin und bedankte sich dafür herzlich.

In der Arbeitstagung stellte Herr Dr. Helmut Schmidt den Haushaltsplan für



Während der Abstimmung



Der Präsident verabschiedet Herrn Dr. Bodo von Schmude

das Jahr 2001 vor und erläuterte umfassend die Satzung zur Änderung der Beitragsordnung und Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer. Auch diese Beschlussvorlagen wurden durch die Mandatsträger ohne Gegenstimme angenommen.

Haushaltplan für das Jahr 2001

Vortrag: Dr. med. Helmut Schmidt
Vorsitzender des Ausschusses Finanzen

Nach intensiven Diskussionen sowohl im Finanzausschuss wie auch im Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer und mehrfacher Überarbeitung der Entwürfe kann der Kammerversammlung nunmehr ein ausgeglichener Haushaltplan für das Jahr 2001 vorgelegt werden.

Als Vergleichsmaßstab wurde der Jahresabschluss 1999 gewählt. Aus dem Bezug zu den Ist-Zahlen aus 1999 ergibt sich eine enge Kalkulation; die Einhaltung der Vorgaben wird nur mit einem konsequenten Kostenmanagement möglich sein. Insgesamt steigen die Aufwendungen 2001 gegenüber dem Ist 1999 um 4,5 %. Dies bedeutet eine jährliche Steigerungsrate von 2,25 %, die als sehr moderat bezeichnet werden kann. Gegenüber dem Bezugszeitraum steigen die Personalkosten um 8,2 %, wovon 6,1 % auf die Anpassung der Gehälter und Löhne auf der Grundlage des Tarifvertrages für den

Öffentlichen Dienst (BAT-Ost) entfallen. Für den juristischen Geschäftsbereich ist folgende Erhöhung des Stellenplanes vorgesehen:

1. Volljurist/in
2. Juristischer Sachbearbeiter/in mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 30 Stunden

Die Begründung für diese Stellenplanerweiterung liegt unter anderem in folgenden Tatsachen:

■ Die Anzahl von zu bearbeitenden Vorgängen im juristischen Bereich nimmt stetig zu. Außerdem wächst die Bereitschaft von Ärzten und Patienten, weitergehende Entscheidungskontrolle zu suchen, was eine umfassendere gerichtssichere Bearbeitung der Vorgänge zwingend notwendig macht.

■ Die Betreuung verschiedener Ausschüsse ist durch die Juristische Geschäftsführerin allein aufgrund des zeitlichen Aufwandes, die Vorbereitung, Teilnahme und Nachbereitung erfordern, nicht mehr zu leisten.

■ Neu hinzukommende Aufgaben wie Patienteninformationssystem, Nutzung Internet und Ähnliches führen zu einem erhöhten Aufwand in der juristischen Bewertung.

Diese erhöhten Anforderungen lassen sich mit der derzeitigen Stellenbesetzung ohne Abstriche an Qualität, Quantität und der Einhaltung vertretbarer Bearbeitungsfris-



Dr. med. Helmut Schmidt

ten nicht mehr erfüllen.

Die Sachaufwendungen steigen gegenüber dem Ist 1999 um 4 %. In dieser Kostenart sind auch die Beiträge an die Bundesärztekammer (880 TDM) und die Rückflussgelder an die Kreisärztekammern (398 TDM) erfasst. Werden beide Positionen addiert, ergibt sich ein „durchlaufender Posten“ von 10,4 % des Gesamthaushaltes der Sächsischen Landesärztekammer.

Auf der Einnahmenseite sinken die Einnahmen durch Kammerbeiträge gegenüber 1999 um 411,5 TDM. Der Anteil der Kammerbeiträge an den Gesamteinnahmen des Haushaltes vermindert sich gegenüber dem Vergleichszeitraum damit um 0,7 % auf nunmehr 72,5 %. Dieser Minderung der Einnahmen durch Kammerbeiträge steht eine Erhöhung derselben durch Gebühren gegenüber (siehe Satzung zur Änderung der Gebührenordnung). Der durchschnittliche Kammerbeitrag pro Kammermitglied verringert sich um 30,24 DM auf 532,10 DM.

Satzung zur Änderung der Beitragsordnung

Hauptziel der vorgelegten Änderung der Beitragsordnung war die Vereinfachung des Regelwerkes durch Konkretisierung der Sachverhalte. Dadurch soll eine bessere Handhabung für jedes Kammermitglied möglich werden. Der Hebesatz für den Kammerbeitrag bleibt unverändert bestehen.

Folgende Änderungen wurden eingearbeitet:

■ Das Datum für die Übersendung der Unterlagen zur Selbsteinstufung an die Landesärztekammer verschiebt sich vom 01. Februar auf den 01. März.

■ Nachweispflicht und erforderliche vorzulegende Unterlagen wurden konkretisiert.

■ Für eine freiwillige Mitgliedschaft in der Sächsischen Landesärztekammer wurde ein Kammerbeitrag von 340 DM pro Jahr festgesetzt.

■ Ärzte, die keine ärztliche Tätigkeit ausüben, sich im Mutterschafts- beziehungsweise Erziehungsurlaub befinden oder arbeitslos sind, werden zum Mindestkammerbeitrag von 30 DM pro Jahr veranlagt.

■ Rentnerinnen und Rentner werden bis zum 70. Lebensjahr veranlagt, falls sie nicht mehr ärztlich tätig sind, zum Mindestbeitrag.

Eine bundesweite Umfrage bei den anderen Ärztekammern hat ergeben, dass acht Ärztekammern ein Ende der Beitragspflicht überhaupt nicht kennen und weitere vier über das 70. Lebensjahr hinaus veranlagten.

■ Die Berechnung von Verzugszinsen wurde gestrichen, da sie zu einem unverhältnismäßig hohen Verwaltungsaufwand führt.

■ In der Beitragstabelle findet sich der nachrichtliche Ausweis der Eurowerte.

Satzung zur Änderung der Gebührenordnung

Die bisherige Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer galt seit acht Jahren unverändert. Eine Novellierung ist damit zeitgemäß. Es ist auch berufspolitisch gewollt, bei der Finanzierung des Gesamthaushaltes den Anteil der Einnahmen durch Gebühren zu erhöhen. Ärzte, die eine spezielle Dienstleistung der Sächsischen Landesärztekammer in Anspruch nehmen, sollen im Vergleich zu den übrigen Kammermitgliedern stärker belastet werden. Neu ist die Weiterberechnung von Auslagen, zum Beispiel Entschädigungen für Zeugen und Sachverständige oder Beiträge, die anderen Behörden oder anderen Personen für ihre Tätigkeit zustehen. Zu den einzelnen Veränderungen in der Gebührenhöhe wird auf das Gebührenverzeichnis verwiesen. Für die zweite Mahnung erfolgt aus Kostengründen keine Zusendung mehr mit Postzustellungsurkunde.

Die arbeitsreiche diskussionsaktive und sehr konstruktive 23. Kammerversamm-

lung wurde gegen 16.30 Uhr mit folgenden Sätzen des Präsidenten, Herrn Professor Dr. Jan Schulze, beendet. „Ich danke Ihnen für Ihr Kommen, Ihr Ausharren, Ihre heftigen und kräftigen Diskussionen, die auch vieles noch wieder in die richtige Richtung gebracht haben. Der Souverän unserer Kammer hat wichtige Dinge diskutiert und befördert. Ich wünsche Ihnen ein gutes ersprießliches Restwochenende und einen guten Heimweg.“ klug

Beschlüsse der 23. Kammerversammlung

Die Mandatsträger der Sächsischen Landesärztekammer fassten zur 23. Kammerversammlung am 11. November 2000 folgende Beschlüsse:

Beschlussvorlage Nr. 1:

Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (mit redaktionellen Änderungen bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 2:

Satzung zur Änderung der Satzung zur Erteilung des Fachkundenachweises Rettungsdienst (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 3:

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

Beschlussvorlage Nr. 4:

Nachbenennung von ehrenamtlichen Richtern für die Besetzung des Landesberufsgerichts (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 5:

Nachwahl eines Mitgliedes für den Ausschuss Finanzen

Beschlussvorlage Nr. 6:

Nachwahl eines Mitgliedes für den Ausschuss Arbeitsmedizin

Beschlussvorlage Nr. 7:

Haushaltsplan für das Jahr 2001 (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 8:

Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 9:

Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 10:

Termine 2001 – 11. Sächsischer Ärztetag (24. Kammerversammlung) und 25. Kammerversammlung

Beschlussantrag Nr. 11

Zur Beschlussvorlage Nr. 1 Berufsordnung (bestätigt)

Die Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer, die Satzung zur Änderung der Satzung zur Erteilung des Fachkundenachweises Rettungsdienst, die Satzung zur Änderung der Satzung des Fachkundenachweises Leitender Notarzt, die Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer und die Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer werden im vollen Wortlaut im Mittelhefter unter „Amtliche Bekanntmachungen“, Heft 12/2000, Seiten 545 bis 560, amtlich bekannt gemacht.

Bekanntgabe von Terminen

11. Sächsischer Ärztetag
(24. Kammerversammlung)
Freitag/Sonnabend,
den 15. und 16. Juni 2001

25. Kammerversammlung
Sonnabend, den 10. November 2001.

Tagungsort:
Sächsische Landesärztekammer,
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden,
Plenarsaal.