

39. Kammer- versammlung 8. November 2008

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, begrüßte bei der Eröffnung der 39. Kammerversammlung die Mandatsträger, den Ehrenpräsidenten, Herrn Prof. Dr. med. habil. Heinz Diettrich, den Alterspräsidenten, Herrn Dr. med. Bernhard Ackermann sowie alle Gäste. Besonders willkommen hieß er den Vertreter des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Herrn Jürgen Hommel, Leiter des Referates Recht

ärztlichen Mandatsträgern anwesend. Die Kammerversammlung war somit beschlussfähig.

Aktuelle Probleme der Gesundheits- und Berufspolitik

Herr Prof. Dr. Jan Schulze ging in seiner berufspolitischen Analyse auf die Turbulenzen in Deutschland ein. Der Sozialstaat hat sich aus seiner Sicht übernommen. Ärzte sehen sich einer straffen politischen ,top down'-Verwaltung und Rationierung ausgesetzt sowie mit einer gnadenlosen Durch-Ökonomisierung konfrontiert. Der ärztliche Behandlungsauftrag, der bisher aus der individuellen Pati-

de Investitionsbeteiligung der Länder wirft noch viele Fragen im Hinblick auf die Sicherstellung einer wohnortnahen stationären Versorgung und die fortschreitende Privatisierung von Krankenhäusern auf.

Die Forderungen nach einer ausreichenden Finanzierung der Personal-, Neben- und Weiterbildungskosten wurden zwar gehört, sind aber noch nicht umgesetzt.

Honorarreform

2008 ist auch das Jahr mit der ersten Honoraranhebung nach über 20 Jahren für die niedergelassenen Ärzte,



Präsidium

des Gesundheitswesens, Gesundheitsberufe, Bestattungswesen, die Vertreterin der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden, Frau PD Dr. med. habil. Maria Eberlein-Gonska, und die anwesenden Träger der Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille. Zum Zeitpunkt der Eröffnung der Kammerversammlung waren 66 der gewählten 101

ent-Arzt-Beziehung abgeleitet wurde, erfährt einen mehrstufigen administrativen Überbau nach dem SGB V.

Trotz der größten Demonstration der Angestellten der Krankenhäuser, darunter viele Ärzte, zur Rettung der Krankenhäuser sei das Problem der Krankenhausfinanzierung nicht gelöst. Insbesondere die zurückhalten-

wobei noch unklar ist, wie viel davon netto tatsächlich ankommt. Gleichzeitig ist die Altersgrenze von 68 Jahren gefallen, sodass die niedergelassenen Kollegen künftig noch länger arbeiten dürfen. Ob sie das auch wollen, bliebe fraglich, so der Präsident, denn viele Ärzte möchten sogar schon vor dem 65. Lebensjahr in Rente gehen.



Dr. med. Christian Thomeczek, Erik Bodendieck,
Prof. Dr. med. Jan Schulze (v.l.)

Ärztmangel

Das Problem des fortschreitenden Ärztemangels löse man damit jedenfalls nicht. Auch nicht mit einer viel zitierten Schwester AGNES. Sie könne den Arzt zwar bei Hausbesuchen entlasten, wenn es sich um delegierbare Leistungen handelte. Doch die letzte Verantwortung bei der Behandlung bleibt beim Arzt. Die Sächsische Landesärztekammer lehnt grundsätzlich eine Substitution ärztlicher Leistungen durch Leistungen nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe ab.

Die Sächsische Landesärztekammer setzt beim Thema Ärztemangel dagegen auf eine Verbesserung der Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit und den frühzeitigen Kontakt mit Studenten. Dazu führt sie Veranstaltungen in Dresden und Leipzig durch und plant Veranstaltungen für sächsische Weiterbildungsassistenten im Januar 2009. Die Gewinnung von Ärzten aus Österreich ist daneben nur ein kleiner Baustein zur Linderung eines hausgemachten Problems. Die bekannten finanziellen Förderprogramme für die Niederlassung und für Studenten haben bisher teilweise positive Er-

gebnisse erzielt. So gehört Torgau-Oschatz inzwischen nicht mehr zu den von Unterversorgung betroffenen Regionen in Sachsen.

Demografische Entwicklung

Der Sächsische Landtag hat vor drei Jahren eine Enquete-Kommission zur wissenschaftlichen Untersuchung der demografischen Entwicklung in Sachsen eingesetzt. Der 400 Seiten umfassende Bericht beleuchtet alle Politikfelder: von Arbeit über Bildung, Soziales und Gesundheit sowie Forschung und Entwicklung bis hin zu Verkehr und Verwaltung.

Fazit 1: Der demografische Wandel ist durch keine Maßnahme aufzuhalten. Er kann nur abgebremst werden.

Fazit 2: Sachsen befindet sich bereits auf dem Weg in eine überalterte Gesellschaft. Im Jahr 2020 wird ein erster Höhepunkt erwartet, weil dann eine große Zahl an Menschen aus der Berufstätigkeit ausscheidet, ohne dass eine adäquate Zahl an Menschen in das Erwerbsalter hineinwächst. Die Folgen sind Fachkräftemangel und eine extreme Belastung der Sozialsysteme.

Bedingt wird der demografische Wandel vor allem durch einen seit Jahren anhaltenden Geburtenrückgang und eine Abwanderung, vor allem junger, gut ausgebildeter Frauen, die ihre Kinder dann nicht mehr in Sachsen bekommen.

Für den Gesundheitsbereich wurde festgestellt, dass es zwar eine höhere Lebenserwartung und stärkere ältere Jahrgänge gebe, die Kosten aber dadurch nicht anstiegen. Einzig die Zunahme der Multimorbidität führe zu Mehrkosten, so der Bericht. Vor allem die Fragen rund um ein Altern in Gesundheit sind wesentliche Punkte bei der Entwicklung von Konzepten zur Demografie.

Für die Sächsische Landesärztekammer sind diese Erkenntnisse nicht neu. Bereits vor zwei Jahren hat sie ein Gesundheitsziel „Aktives Altern – Altern in Gesundheit, Autonomie und Selbstbestimmung“ initiiert, maßgeblich entwickelt und 2008 in

den Gesundheitszielektatalog von Sachsen aufnehmen lassen.

Für die Gesundheitsziele in Deutschland konnte die Sächsische Landesärztekammer den entscheidenden Impuls auf dem 111. Deutschen Ärztetag in Ulm setzen. Die demografische Entwicklung wird an den sächsischen Grenzen nicht halt machen. Es ist inzwischen gelungen, dieses Ziel auch bundesweit zu verankern, womit nun auch der Prozess einer länderübergreifenden Realisierung dieses Zieles in Gang kommen kann.

Es gibt nur drei Wege, um den demografischen Wandel sowie dessen Folgen zu bremsen:

- mehr Kinder,
- mehr Zuwanderung (von Fachkräften) und
- eine längere Lebensarbeitszeit.

Andere Maßnahmen greifen zu kurz, weil sie nicht die Ursachen beseitigen, sondern nur die Symptome behandeln. Dies gilt vor allem für Korrekturen auf der Einnahmen- und Ausgabenseite der Sozialsysteme.

Das Beschreiten dieser drei Wege erfordert vollkommen neuartige Konzepte

- zur Familienplanung,
- zur Bildung,
- zur Integration,
- zu den Karrierewegen und
- zur gesundheitlichen Versorgung von Kindern, Frauen und Männern vor, im und nach dem Berufsleben.

Gerade die Möglichkeiten einer Vereinbarung von Familie und Beruf (Karriere) würden auch bei der Gewinnung von jungen Ärzten eine immer größere Rolle spielen, so der Präsident.

Änderungen 2009

Gegen alle Bedenken der Fachleute hat der Gesetzgeber die Einführung eines Gesundheitsfonds beschlossen. Der einheitliche Beitragssatz wurde gegen das Votum der Krankenkassen auf 15,5 Prozent festgelegt und ein rechtlicher Rahmen zur Insolvenz von Krankenkassen geschaffen. Damit ist

ab kommendem Jahr mit einem Wettbewerb unter den Krankenkassen, vor allem um Preise und (Mindest-)Leistungen zu rechnen. Die Anzahl der Krankenkassen wird sich weiter reduzieren und, so das unausgesprochene Ziel von Ulla Schmidt, vermutlich eine Einheitskrankenkasse herausbilden.

Die Bundesärztekammer hat der Bundesregierung in diesem Zusammenhang vorgeworfen, bei der Festlegung des einheitlichen Beitragssatzes der Krankenkassen den tatsächlichen Versorgungsbedarf der Patienten weitgehend außer Acht zu lassen. Denn die Regierung legt nur nach wirtschaftlicher Opportunität und haushaltspolitischer Machbarkeit fest, wie viel Geld für die Versorgung der Patienten ausgegeben werden darf.

Wenn dem so ist, dann hinge die Versorgung der Patienten künftig vom Spardiktat der Finanzpolitiker ab und der tatsächliche Versorgungsbedarf gerät völlig aus dem Blick, argumentierte Prof. Dr. Schulze. „Sollte es schon im nächsten Jahr eine Erosion bei den Einnahmen der Krankenkassen geben, wird das zwangsläufig den Rationierungsdruck im Gesundheitswesen weiter erhöhen“.

Finanzierung der Krankenhäuser

Die Umstellung der Krankenhäuser auf Fallpauschalen wird die finanzielle Belastung der Kliniken nicht nur in Sachsen weiter erhöhen. Es ist davon auszugehen, dass nicht alle öffentlichen Einrichtungen dem Druck standhalten könnten und privatisiert oder insolvent werden. Derzeit erwirtschaften 30 Prozent der Kliniken in Deutschland Verluste. Prof. Dr. Schulze: „Das ist in der jetzigen Finanzkrise besonders prekär, denn die Krise führt zu Engpässen bei der Bereitstellung von Krediten“. Es gilt die Maxime einer Drittelung der Trägerschaften in Sachsen, um Monopolbildungen im Kliniksektor zu vermeiden. Denn Krankenhausmonopole führen zwangsläufig zu Preisdumping und Preisdiktaten mit entsprechenden Auswirkungen auf die ärztliche Tätigkeit und die Qualität der Versorgung.

Elektronische Gesundheitskarte

Für 2009, Insider sprechen von 2012, ist auch die flächendeckende Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und des elektronischen Arztausweises in Deutschland vorgesehen. Dieses Prestigeprojekt der Bundesregierung ist mittlerweile um mindestens drei Jahre hinter dem ursprünglichen Zeitplan zurück.

Sachsen hat sich von Anfang an konstruktiv an den Tests der neuen Kartengeneration beteiligt, um so frühzeitig auf Fehler hinweisen zu können. Diese Strategie hat sich bewährt. Allerdings werden die Ärzte auf den tatsächlichen Nutzen der elektronischen Systeme noch eine Weile warten müssen, denn Sachsen wird als eines der letzten Bundesländer mit den Karten und der Technik ausgestattet. Die elektronische Gesundheitskarte bietet neben dem Passbild keine neuen Einsatzmöglichkeiten. Von dieser Neuerung profitieren in erster Linie die Krankenkassen und nicht die Ärzte. Die Zurückhaltung

der Versicherten bei der Speicherung des Notfalldatensatzes auf der Karte besteht immer noch. Auch die Fragen zum Datenschutz sind noch nicht endgültig geklärt. Besonders wichtig für Ärzte sind kürzere Zeiten beim Einlesen der Karten und sinnvolle Anwendungen für eine effektive ärztliche Tätigkeit im Sinne der Patienten.

Patientenverfügung

Es gibt drei Entwürfe zur neuen Regelung der Verbindlichkeit von Patientenverfügungen, die in den Bundestag eingebracht wurden. Die Leitsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung der Bundesärztekammer indes enthalten bereits alle notwendigen ärztlich-ethischen, juristischen und spirituellen Erörterungen und Erkenntnisse zu diesem Problemkreis. Und aus ärztlicher Sicht ist die aktuelle Rechtslage bei konsequenter Anwendung und unter Beachtung der ärztlichen Kompetenz ausreichend, um Patienten ein Lebensende mit uner-

träglichen Schmerzen und eine Behandlung gegen deren Willen zu ersparen. Dennoch bedarf es vor allem noch des Ausbaus der palliativen Versorgung und der Schmerztherapie. Gute Beispiele dafür gibt es in Sachsen mit sogenannten Brückenteams, Palliativstationen und Hospizen. Und die problematischen Fälle entstehen zumeist dort, wo die Kommunikation zwischen den Akteuren nicht optimal funktioniert.

Eine Bürokratisierung bei den Patientenverfügungen sei aus Sicht des Präsidenten strikt abzulehnen, denn Vormundschaftsrichter und bestellte Betreuer lösten die menschlichen Probleme am Lebensende nicht. Letztlich seien es die Ärzte, die in den schwierigen Situationen des Lebensendes eine Mittlerfunktion einnehmen müssten. Sterben gehöre zum Leben. Sterben sei nicht normierbar, sondern immer individuell.

Politische Basisarbeit

Ärzte müssen mit den politischen Entscheidungsträgern um einen hohen Stand der medizinischen Versorgung ringen. Dazu gehören insbesondere die ärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie die Rahmenbedingungen der Berufsausübung unter Berücksichtigung des Allgemeinwohls und der Patienteninteressen. Dieser ständige Einsatz kostet Kraft und Zeit, Zeit, die im Beruf oder in der Familie fehlt. Dafür dankte der Präsident den engagierten ehrenamtlichen Ärzten in den Gremien der Sächsischen Landesärztekammer.

Mit Blick auf die ärztliche Ausbildung, welche in erster Linie natürlich den Hochschulen obliegt, brachte der Präsident seine Sorge zum Ausdruck, dass der kampagnenhafte, galoppierende Bologna-Prozess die deutsche Hochschullandschaft nachhaltig zu deren Ungunsten verändern wird. Die Ausbildungsausschüsse in Land und Bund, gestützt auf Beschlüsse deutscher Ärztagung, lehnen den Bachelor oder Master in der ärztlichen Ausbildung ausdrücklich ab. Prof. Dr. Schulze forderte den Erhalt eines durchgehenden Hochschulstudiums.

Diskussion Bessere Finanzierung der Krankenhäuser

Die sächsischen Ärzte fordern die Gesundheitspolitiker in Bund und Ländern auf, mit einer soliden Finanzierung der Personal-, Sach- und Weiterbildungskosten für die Krankenhäuserplanungsicherheit für eine weiterhin qualitativ hochwertige stationäre wohnortsnahe Versorgung zu gewährleisten. Das geplante Krankenhausfinanzierungsreformgesetz muss diese Forderung berücksichtigen.

Die Reaktion der verantwortlichen Politiker auf die größte Krankenhausmitarbeiterdemonstration in der Geschichte Deutschlands, am 25. September 2008 in Berlin, ist bisher ungenügend. Die hohe Qualität der medizinischen Versorgung in den Krankenhäusern ist überwiegend auf das ausgeprägte Engagement der Mitarbeiter über die Belastungs-

grenze hinaus und nicht auf eine ausreichende Vergütung zurückzuführen. Zudem sollte der medizinische Sachverstand nicht durch Ökonomie verdrängt werden.

Sektor übergreifende Qualitätssicherung

Die sächsischen Ärzte haben auch ein klares Votum zur inhaltlichen Konzeption der sektorenübergreifende patientenbezogene Qualitätssicherung abgegeben. Bei den derzeit seitens des Gemeinsamen Bundesausschusses geschaffenen neuen Strukturen stehen Inhalte und insbesondere die Ergebnisqualität nicht im Vordergrund. Die Ärzteschaft ist nicht in die Gestaltung einbezogen. Bevor, wie bei der externen Qualitätssicherung, bei den Fallpauschalen und Sonderentgelte erneut gravierende Fehler gemacht werden, bedarf es eines klaren Urteils der Ärzteschaft. Die vorhandenen Erfahrungen bei der Qualitätssicherung auf Landesebene müssen in die Konzepte der Bundesebene integriert werden.

Delegation von ärztlichen Aufgaben an 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 Umfangs der ärztlichen und nichtärztlichen Tätigkeitsbereiche zur Erlangung der Rechtssicherheit detailliert erforderlich.

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.

Bürokratieabbau erneut eingefordert

Der ärztliche Behandlungsauftrag, der bisher aus der individuellen Patient-Arzt-Beziehung abgeleitet ist, erfährt aktuell einen mehrstufigen bürokratischen Überbau. Patienten geraten durch Ökonomie völlig aus dem Blick. Die ausufernde Bürokratie blockiert die ambulante und die stationäre Tätigkeit.

Risikomanagement aus der Luftfahrt für die Medizin

Dr. med. Christian Thomeczek, Geschäftsführer des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ)



Dr. med. Christian Thomeczek

„Jeder zwölfte Irrtum endet tödlich“, so die Überschrift zu einem populärwissenschaftlichen Artikel in der Welt am Sonntag (4.3.2001), in dem die Problematik von ärztlichen Behandlungsfehlern diskutiert wird. Ob die Zahlen von 100.000 Menschen, die in Deutschland laut WamS angeblich Opfer eines ärztlichen Behandlungsfehlers authentisch sind, bleibt nachzuweisen. Trotzdem ist in den

letzten Jahren die Thematik zunehmend in die Öffentlichkeit getragen worden, und Forderungen nach einer höheren Sicherheit für Patienten sind mit Verweis auf die Industrie, insbesondere die Luftfahrt, diskutiert worden. Warum in den letzten Jahren zunehmend auf die Luftfahrt als Beispiel für sichere Arbeitsabläufe und damit auf eine eventuelle Übertragbarkeit auf die Medizin geschaut wird, scheint offensichtlich – das Verlangen nach einem hohen Sicherheitsniveau in sehr komplexen Arbeitswelten sowie das zunehmenden Verlangen nach Gesundheit als Dienstleistung. Ob sich dabei diese beiden Bereiche ohne weiteres vergleichen lassen, muss weiter untersucht werden. Zumindest augenscheinlich ähneln sich die beiden Arbeitsbereiche, sei es durch die notwendige Teamarbeit, die hohe psychische und physische Belastung bei häufig schnell wechselnder Arbeitsintensität oder die Konfrontation mit Entscheidungssituationen. Dabei ist trotz der immer komplexeren Handlungswelten in beiden Bereichen, die einhergehen mit immer höheren Anforderungen an die agierenden Personen, erstaunlich, wie sicher die Systeme sind. Indes ist auch evident, dass sich beide Systeme in wichtigen Randbedingungen unterscheiden, auf die bei der Übertragung von Sicherheitsstrategien Rücksicht genommen werden muss. Aber (Patienten-)Sicherheit resultiert nicht nur aus immer stringenteren

Vorgaben für die technischen Randbedingungen, sondern hat sich gerade in der Luftfahrt in den letzten Jahren auf die menschliche Komponente konzentriert. Die Akzeptanz der Tatsache, dass dem Wunsch nach Unfehlbarkeit die Realitäten der tatsächlichen Leistungsfähigkeit eines Menschen entgegenstehen, haben zu der Einführung von entsprechenden Trainingsangeboten geführt, die mitverantwortlich für einen Kulturwandel in der Luftfahrt in den letzten 20 Jahren waren. Natürlich müssen bei einer Verbesserung der Patientensicherheit die entsprechenden Randbedingungen im System, die systematische Fehlerquellen darstellen, konsequent erkannt und beseitigt werden. Die treibende Kraft dahinter muss jedoch der Wunsch nach der Auseinandersetzung mit möglichen Fehlerquellen, auch in der eigenen Person, und der Wunsch der Verbesserung sein. Ein erster Schritt ist sicherlich dabei eine offen geführte Diskussion über unerwünschte Zwischenfälle in der Medizin, ohne plakative Schuldzuweisung, die wenig hilfreich wäre für die Auseinandersetzung der Ärzteschaft mit dieser Thematik und die daraus folgenden Anstrengungen für eine verbesserte Patientensicherheit, an der uns allen gelegen ist.

Der wissenswerte Vortrag „Was können Mediziner von den Piloten lernen“ wird als Artikel 2009 im „Ärzteblatt Sachsen“ publiziert.

Künftige Struktur der Kreisärztekammern

Prof. Dr. Schulze, Präsident
PD Dr. jur. Dietmar Boerner, Hauptgeschäftsführer

Die Kammerversammlung hatte im Rahmen des 18. Sächsischen Ärztetages/der 38. Kammerversammlung am 27. und 28. Juni 2008 beschlossen, die Entscheidung über die künftige Struktur der Kreisärztekammern auf die 39. Tagung der Kammerversammlung zu vertagen. Am 8. November 2008 wurde nun den Mandatsträgern seitens des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer eine Beschlussvorlage vorgelegt, wonach die Gliederung der Kreisärztekammern ab dem 1. Juli 2009 entsprechend der zum 1. August 2008 im Freistaat Sachsen in Kraft getretenen Kreisgebietsreform geändert werden soll. Das Sächsische Staatsministerium für Soziales als Aufsichtsbehörde hatte zuvor mitgeteilt, dass die Sächsische Landesärztekammer Kreisärztekammern nur auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte errichten könne. Der Hauptgeschäftsführer, PD Dr. jur. Dietmar Boerner, stellte den Mandatsträgern die Beschlussvorlage, insbesondere den detaillierten Zeit- und Maßnahmenplan zur Umstrukturierung der Kreisärztekammern, vor. „In einem Zeitrahmen vom 1. Juli 2009 bis zum 30. November 2009 sollten in den neuen Kreisen die konstituierenden Mitgliederversammlungen stattfinden. Jede Kreisärztekammer hätte dabei über ihre neue Geschäftsordnung zu beschließen und darauf aufbauend einen Vorstand zu wählen“, führte Dr. Boerner aus. Er informierte über Maßnahmen, die die Arbeit der neuen Kreisärztekammern professionalisieren könnten. So wäre es jeder Kreisärztekammer möglich, zur Unterstützung anfallender Verwaltungsar-

beiten eine Hilfskraft zu beschäftigen. Darüber hinaus könnte ein erhöhter Arbeits- und Kostenaufwand der Vorsitzenden der sächsischen Kreisärztekammern durch eine Aufwandsentschädigung kompensiert werden, die aus den Mitteln der Sächsischen Landesärztekammer finanziert würde. Die Beschlussvorlage wurde einstimmig bei wenigen Enthaltungen angenommen. Nach Abschluss der Neugliederung bestehen damit neben den unverändert fortbestehenden Kreisärztekammern Chemnitz (Stadt), Dresden (Stadt) und Leipzig (Stadt) die Kreisärztekammern Bautzen, Erzgebirgskreis, Görlitz, Leipzig (Land), Meißen, Mittelsachsen, Nordsachsen, Sächsische Schweiz-Osterzgebirge, Vogtlandkreis und Zwickau.

Satzungsänderungen

PD Dr. jur. Dietmar Boerner,
Hauptgeschäftsführer



PD Dr. jur. Dietmar Boerner

Die Kammerversammlung hatte im Rahmen des Tagesordnungspunktes 8 über eine Änderung der Hauptsatzung und der Wahlordnung der Sächsischen Landesärztekammer sowie eine Änderung der Mustergeschäftsordnung für die Kreisärztekammern der Sächsischen Landesärztekammer zu beschließen. Ein Teil der geplanten Änderungen in diesen Regelwer-

ken ging dabei auf einen im Rahmen des 18. Sächsischen Ärztetages gestellten Antrag aus der Kammerversammlung zurück, wonach Mitgliedern der Sächsischen Landesärztekammer nach Eintritt in den Ruhestand die Mitgliedschaft in der Kreisärztekammer ihres früheren Tätigkeitsortes eröffnet werden sollte. Bislang knüpft die Mitgliedschaft in der Kreisärztekammer bei Beendigung der Berufstätigkeit einzig an den Wohnsitz an. Die Kammerversammlung hatte den Vorstand im Juni dieses Jahres beauftragt, die für die Umsetzung dieses Antrages erforderlichen Satzungsänderungen zu prüfen und der 39. Kammerversammlung zur Beschlussfassung vorzulegen. Nachdem Herr Dr. Nitschke-Bertaud als Vertreter des Vorstandes die Auswirkungen eines Wahlrechts für die Mitgliedschaft in einer Kreisärztekammer noch einmal zusammenfassend erläutert hatte, stellte Herr Dr. Boerner die hierfür erforderlichen Satzungsänderungen vor. „Die geplante Option für den Verbleib in der Kreisärztekammer des Tätigkeitsortes ist auf den Eintritt in den Ruhestand beschränkt, muss innerhalb einer Frist von sechs Monaten ausgeübt werden und ist grundsätzlich unwiderruflich“, sagte der Hauptgeschäftsführer. Nach einer lebhaften Diskussion über das Für und Wider eines solchen Optionsrechtes kam es zunächst zur Abstimmung über die Änderungssatzung zur Hauptsatzung. Dabei wurde die erforderliche Zweidrittelmehrheit verfehlt und die Beschlussvorlage damit abgelehnt. Aufgrund der analogen Inhalte in der Änderungssatzung zur Wahlordnung sowie des Änderungsbeschlusses zur Mustergeschäftsordnung wurden diese Beschlussvorlagen folgerichtig zurückgezogen, eine Abstimmung erfolgte nicht mehr. Über das weitere Vorgehen in Bezug auf die Inhalte der satzungsrelevanten Beschlussvorlagen wird in Kürze der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer entscheiden.

Haushaltsplan 2009

Bericht: Dr. Claus Vogel, Vorstandsmitglied, Vorsitzender Ausschuss Finanzen



Abstimmung der Mandatsträger

Herr Dr. Claus Vogel stellte den Haushaltsplan des Jahres 2009 mit einem Gesamtvolumen von 8.700.900 EUR vor. Insgesamt sieht der Haushaltsplan 2009 eine Steigerung der Ausgaben gegenüber dem Ist des Jahres 2007 um 13 Prozent und gegenüber dem Haushaltsplan 2008 um 9 Prozent vor. Bei den Einnahmen ist gegenüber dem Ist 2007 eine Senkung von 6 Prozent und gegenüber dem Haushaltsplan 2008 eine Erhöhung von 9 Prozent vorgesehen. Der Haushalt für das Jahr 2009 wurde von folgenden Entwicklungen ausgehend geplant.

- Die Anzahl der zu bearbeitenden Vorgänge nimmt weiter zu, insbesondere im Bereich der Fortbildung. Die Zertifizierung von Fortbildungsveranstaltungen liegt auf einem unverändert hohen Niveau, die Führung von Online-Fortbildungspunkte-Konten und die im Jahr 2009 verstärkt zu erwartende Beantragung von Fortbildungszertifikaten führen zu einer weiteren Erhöhung des Verwaltungsaufwandes.
- Die Wahrnehmung der Interessen der Kammermitglieder erfordert die zunehmende Initiierung und Beteiligung zahlreicher beruflich- und gesundheitspolitischer Aktivitäten.
- Die Komplexität und Vielfalt der Soft- und Hardwarelandschaft bringt neben steigenden Wartungskosten auch einen erhöhten Bildungsaufwand für die Mitarbeiter mit sich und erfordert verstärkte Schutzmechanismen zur Datensicherheit bei gleichzeitiger Verbesserung der Arbeitsfähigkeit und des Services für die Kammermitglieder.
- Die Vorbereitung des Deutschen Ärztetages 2010 in Dresden wird im Jahr 2009 verstärkt und damit verbundene finanzielle Aufwendungen verursachen. Diese werden allerdings durch Entnahme aus der Rücklage „Deutscher Ärztetag“ gegenfinanziert.
- Die Anzahl der Kammermitglieder wird vom Jahr 2000 bis zum Jahr 2009 voraussichtlich um 20 % zunehmen. Aufgrund der demografischen Entwicklung der

Ärzteschaft wird sich allerdings der Anteil der im Ruhestand befindlichen Ärzten erhöhen und damit die Anzahl der berufstätigen und damit beitragspflichtigen Ärzte abnehmen.

- Es ist zu berücksichtigen, dass der Beitragssatz zum Kammerbeitrag ab 1. Januar 2008 von 0,58 Prozent auf 0,56 Prozent der Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit gesunken ist und die Mitglieder im Ruhestand von der Beitragspflicht befreit wurden.

Der ausgeglichene Haushaltsplan 2009 wurde durch die 39. Kammerversammlung bestätigt.

Beschlüsse der 39. Kammerversammlung

Die Mandatsträger der Sächsischen Landesärztekammer fassten am 8. November 2008 folgende Beschlüsse:

Beschlussvorlage Nr. 1:

Künftige Struktur der Kreisärztekammern
(bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 2:

Änderung der Ordnung zur Zahlung von Aufwandsentschädigungen für ehrenamtliche Tätigkeit sowie Unterstützungen an die Kreisärztekammern
(bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 3:

Haushaltsplan 2009
(bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 4:

Satzung zur Änderung der Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer
(abgelehnt)

Beschlussvorlage Nr. 5:

Satzung zur Änderung der Wahlordnung der Sächsischen Landesärztekammer
(zurückgezogen)

Beschlussvorlage Nr. 6:

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

Beschlussvorlage Nr. 7:

Bekanntgabe von Terminen (19. Sächsischer Ärztetag/40. Kammer-versammlung, 41. Kammer-versammlung)
(bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 8:

Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung
(bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 9:

Sektorübergreifende Qualitätssicherung
(bestätigt).

Bekanntgabe von Terminen

Der **19. Sächsische Ärztetag / 40. Kammerversammlung** findet am **Freitag, dem 19. Juni und Sonnabend, dem 20. Juni 2009** und die **41. Kammerversammlung am Sonnabend, dem 14. November 2009**, im Kammergebäude der Sächsischen Landesärztekammer statt.

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug
Knut Köhler M.A.
Referent Presse- und Öffentlichkeitsarbeit