

# Ärzteblatt Sachsen



Inhalt 12/2005

<b>Berufspolitik</b>	33. Kammerversammlung	<b>556</b>
	17. Erweiterte Kammerversammlung	<b>565</b>
<b>Sächsische Ärzteversorgung</b>	Hinweis zur Beitragszahlung	<b>566</b>
	Nachweis steuerrelevanter Leistungsbezüge gegenüber dem Finanzamt	<b>566</b>
	Impressum	<b>566</b>
<b>Berufspolitik</b>	Fortbildungspflicht / Fortbildungszertifikat	
	Sie fragen – wir antworten...	<b>567</b>
	Elektronische Arztausweise übergeben	<b>569</b>
	Klinikdirektoren aus China zu Gast in Dresden	<b>569</b>
<b>Gesundheitspolitik</b>	13. Klinikärztentreffen der Frauen- und Kinderkliniken in Sachsen	<b>570</b>
	Organspende und Organtransplantation	<b>572</b>
	Deutscher Präventionspreis	<b>572</b>
<b>Amtliche Bekanntmachungen</b>	Mittelhefter: Satzungsänderungen	<b>573 – 584</b>
<b>Mitteilungen der Geschäftsstelle</b>	Senkung des Kammerbeitrages	<b>585</b>
	Kongress Fortschritt und Fortbildung in der Medizin	<b>585</b>
	Mitteilung der Bezirksstelle Leipzig	<b>585</b>
	Konzerte und Ausstellungen	<b>585</b>
<b>Mitteilungen der KVS</b>	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	<b>586</b>
<b>Originalie</b>	Tiefenhirnstimulation zur Behandlung des idiopathischen Morbus Parkinson	<b>587</b>
<b>Personalia</b>	Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze zum Ausscheiden aus dem Klinikdienst	<b>591</b>
	Priv.-Doz. Dr. med. habil. Christian Fritsch zum 65. Geburtstag	<b>592</b>
	Unsere Jubilare im Januar	<b>593</b>
<b>Weihnachten</b>	Sankt Nikolaus	<b>594</b>
<b>Beilagen</b>	Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer Grüne Reihe: Broschüre „Arzthaftung / Ärztliche Schweigepflicht“ Fortbildung in Sachsen – Februar 2006	

Sächsische Landesärztekammer und „Ärzteblatt Sachsen“:  
<http://www.slaek.de>, E-Mail: [dresden@slaek.de](mailto:dresden@slaek.de),  
 Redaktion: [presse@slaek.de](mailto:presse@slaek.de),  
 Gesundheitsinformationen Sachsen für Ärzte und Patienten:  
[www.gesundheitsinfo-sachsen.de](http://www.gesundheitsinfo-sachsen.de)

## 33. Kammerversammlung

Dresden  
12. November 2005

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, begrüßte zu Beginn der 33. Kammerversammlung den Ehrenpräsidenten, Herrn Professor Dr. med. habil. Heinz Dietrich, den Alterspräsidenten, Herrn Dr. med. Bernhard Ackermann, die Mandatsträger der Sächsischen Ärzteschaft, die anwesenden Träger der „Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille“ und alle Gäste. Besonders willkommen hieß der Präsident den Vertreter des Sächsischen Staatsministerium für Soziales, Herrn Jürgen Hommel, Leiter des Referates Recht des Gesundheitswesens, Berufsrecht, Friedhofs- und Bestattungswesen sowie Herrn Prof. Dr. med. habil. Michael Laniado, als Vertreter des Lehrkörpers der Medizinischen Fakultät der TU Dresden und Herrn Prof. Dr. med. habil. Christoph Josten als Vertreter der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig.

Zum Zeitpunkt der Eröffnung der 33. Kammerversammlung waren 62 der gewählten 103 ärztlichen Mandatsträger anwesend. Die Kammerversammlung war beschlussfähig.

### Gesundheitspolitik nach der großen Koalition

In seinem Eröffnungsvortrag ging Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze auf die aktuellen Probleme in der Gesundheits- und Berufspolitik ein. Gleichzeitig machte er die berufspolitischen Anstrengungen der Sächsischen Landesärztekammer deutlich, die ärztlichen Interessen im politischen Reformprozess zu wahren. Die Auswirkungen des de facto Stillstandes

auch in der Gesundheitspolitik hätten so manches unausgereiftes Gesetzesvorhaben scheitern lassen. Auch dringende Lösungen in der Patientenversorgung, wie zum Beispiel ein notwendiges Präventionsgesetz, wären auf der Strecke geblieben. Mit der Bildung einer großen Koalition wird die Gesundheitspolitik unter Ulla Schmidt, alte wie neue Bundesgesundheitsministerin, von Kontinuität bestimmt sein. Für die Medizin ist wenig Erfreuliches zu erwarten, denn die Ministerin wird sicher an die gemeinsam von Union und SPD im Jahr 2003 beschlossene Gesundheitsreform anknüpfen.

### Gesundheitsreform vertagt?

Das Koalitionspapier erwähnt wie gehabt nur die Krankenkassen, aber an keiner Stelle die über vier Millionen engagiert helfenden „Heilberufler“. Die Wortwahl verdeutlichte zudem die scheinbar in Politikerkreisen immer noch vorherrschende Meinung von der Über-, Unter- und Fehlversorgung, obwohl diese Behauptungen durch verschiedene Studien bereits in das Land der Märchen und Sagen verwiesen wurden, so Prof. Schulze. Zwei Beispiele dafür sind die Studien des Fritz-Beske-Instituts und des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Mit den Studien wurde nachweislich festgestellt, dass Deutschland zurzeit noch ein effizientes, preiswertes und umfassendes Gesundheitswesen hat.

Einer notwendigen Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung räumte Prof. Schulze keine Chancen ein. Denn die von Union und SPD entwickelten Konzepte zur Gesundheits-



Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze

prämie und Bürgerversicherung gelten unter Fachleuten als nicht miteinander vereinbar. In Verlautbarungen hätten die Koalitionspartner übereinstimmend geäußert, dass sie die inneren Strukturen des Gesundheitssystems verbessern wollten, um die Effizienz weiter zu erhöhen. Vor allem wettbewerbliche Elemente würden ausgebaut.

Die Koalition muss ebenso entscheiden, ob der Risikostrukturausgleich in Richtung auf eine Morbiditätsorientierung weiterentwickelt werden solle. Die Rechtsgrundlage dafür ist bereits vorhanden – eine entsprechende Rechtsverordnung ist aber innerhalb der SPD sowie zwischen SPD und Union strittig und wird erst in einem Jahr erwartet.

Dem Entwurf des Koalitionspapiers ist auch zu entnehmen, dass das ärztliche Vergütungssystem fortentwickelt werden solle. An dieser Stelle scheinen sich die Koalitionsparteien einig zu sein. Zukünftig sollen verstärkt Pauschalvergütungen sowie Einzelvergütungen für spezielle Leistungen geschaffen werden. Außerdem sind für ambulante Leistungen am Krankenhaus und in der Niederlassung vergleichbare Vergütungen vorgesehen. Das bedeutet die Einführung von DRG in der Niederlassung. Die überfällige, immer wieder angemahnte Aktualisierung der GOÄ wird im Koalitionspapier durch Absenkungsabsichten konterkariert. Die Gesetzlichen Krankenkassen können für das Jahr 2006 nur mit geringfügig wachsenden Einnahmen rechnen. Deshalb zeichnet sich tendenziell für 2006 ein Defizit der Kassen ab – es sei denn, sie erhöhen ihre Beiträge. Um dies zu verhindern, ist ein Vorschaltgesetz zur Kostendämpfung für das Jahr 2006 ge-



Ehrengäste und Mandatsträger der Kammerversammlung

plant. Was darin stehen wird, weiß noch niemand. Aber die Krankenkassen plädierten dafür, Ärzte per Gesetz zu verpflichten, preiswerte Medikamente zu verordnen und stärker in Regress zu nehmen.

Es wäre zudem festzustellen, dass der gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) einer Fachaufsicht unterliegt, die so nicht vorgesehen ist. Das Bundesgesundheitsministerium lege seine Rechtsaufsicht teilweise so weit aus, dass es einer Fachaufsicht sehr nahe komme, kritisierte Prof. Schulze. Das hätte in einem Fall zur Folge, dass der G-BA gegen das Ministerium im Präzedenzfall Sondenernährung klagt.

### Neue Versorgungsformen

Der aktuelle politische Stillstand, verursacht durch Wahlen und Koalitionsverhandlungen, müsse auch als Chance von den Ärzten genutzt werden, indem die Meinungen und fachlichen Kritikpunkte der Bevölkerung und auch den Politikern permanent vermittelt werden, so Prof. Schulze. Und von diesen Kritikpunkten gäbe es viele. Ginge man nur einmal von den bisherigen Wirkungen der Gesundheitsreform aus, so stelle sich die Reform in zwei Formen dar: Leistungsbeschränkungen und höhere finanzielle Belastungen bei schleichender Rationierung für Patienten. An dieser Entwicklung werden auch die neuen Versorgungsformen nichts ändern. Im Gegenteil. Es käme zu einer Konkurrenz zwischen alten und neuen Vertragsformen bei gleichzeitiger Behinderung der freiberuflichen fachärztlichen Tätigkeit. So genannte Verträge zur „Integrierten Versorgung“ würden derzeit dem an sich positiven Ansatz einer sektorenübergreifenden Versorgung nicht gerecht. Sie sind entweder nur diagnosebezogen oder gelten nur für eine Fachgebietsebene. Es wurde nur teilweise an Erweiterungsmöglichkeiten gedacht. Oftmals handelt es sich bei den Verträgen um alten Wein in neuen Schläuchen. Die Anschubfinanzierung der Integrationsversorgung in Höhe von ein Prozent soll nach aktuellen Informationen bis zum 1. Januar 2008 fortgeführt werden. Bisher würden Integrationsverträge aufgrund der unklaren Situation der Weiterfinanzierung nur mit kurzen Laufzeiten versehen. Das wird sich mit dieser Entscheidung nicht ändern. Damit bestehe aber kaum Planungs- und Handlungssicherheit für die Beteiligten.

Grundsätzlich zweifelten viele Beteiligte an der Zukunftsfähigkeit von Verträgen zur „Integrierten Versorgung“. Prof. Schulze: „Um so wichtiger ist es, an genau solchen integrativen

Konzepten zu arbeiten. Die Sächsische Landesärztekammer moderiert in diesem Zusammenhang eine Arbeitsgruppe bestehend aus Vertretern der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenhausgesellschaft. Unter Vorsitz vom Vizepräsidenten wird man sich mit eben diesen Fragen zum Pro und Kontra der „Neuen Versorgungsformen“ beschäftigen.

### Versorgungsforschung

Im deutschen Gesundheitswesen besteht nach Einschätzung von Prof. Schulze weiterhin ein Zielkonflikt zwischen Qualitätsverbesserung und Kostensenkung, der auch mit Wettbewerb nicht gelöst werden kann. Denn es ist ein Wettbewerb um Preise und nicht um Qualität, zulasten der Versicherten, der Patienten und der chronisch Kranken. Gleichzeitig hat die Fremdbestimmung der ärztlichen Berufsausübung durch Institute, wie dem Gemeinsamen

Bundesausschuss (G-BA), dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), dem Institut für das Entgeltsystem am Krankenhaus (INEK) und auch Krankenkassen zugenommen. Im Rahmen der von der Bundesärztekammer initiierten Versorgungsforschung wurden 175 Projektskizzen zu den Themen wie der Implementierung von Leitlinien oder dem Einfluss der Ökonomisierung auf die stationär und ambulant erbrachten ärztlichen Leistungen eingereicht. Diese Projekte werden unter Leitung von Prof. Scriba gesichtet und auf Relevanz bewertet. Auch die Sächsische Landesärztekammer ist an dieser Sichtung und Bewertung beteiligt.

### Ärztemangel braucht grundsätzliche Lösungen

Ein Dauerbrenner, mittlerweile nicht nur in Sachsen, sondern in ganz Deutschland, ist das

## 33. Kammerversammlung

Thema Ärztemangel. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung sagt für die kommenden Jahre einen dramatischen Rückgang bei den berufstätigen Ärzten voraus. In Sachsen hat die Sächsische Landesärztekammer auf dieses Szenario bereits seit 1995 hingewiesen und Lösungsvorschläge eingebracht. In den letzten zwei Jahren wurde auf Landesebene einiges bewegt. Zu nennen sind die Anhebung und Förderung der Weiterbildungsstellen Allgemeinmedizin und das Förderkonzept der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und der Krankenkassen für den Bereich Torgau-Oschatz sowie die Gewinnung von Ärzten aus Österreich. Und es wurde vor Studenten in Dresden und Leipzig für eine ärztliche Tätigkeit in Sachsen geworben.

Fakt ist, den Ärztemangel wird man mit den bisherigen Aktivitäten allein nicht beseitigen. Und das Modell Torgau-Oschatz lässt sich aus rein finanziellen Gründen nicht beliebig oft auf andere Regionen übertragen. Aus Sicht des Präsidenten erwiesen sich viele Maßnahmen als unzureichend, weil sie an den Ursachen vorbei gehen. Diese Ansicht wurde von allen Mandatsträgern nachhaltig unterstützt. Öffentliche Proteste der Ärzte im Krankenhaus oder der Niederlassung sind deutliche Zeichen dafür, dass diese am Limit angekommen sind. Prof. Schulze: Deshalb müsse die Ursachenbeseitigung des Ärztemangels auf Bundes- und Landesebene gleichermaßen in Angriff genommen werden. Dazu gehöre, dass Studenten an Sachsen gebunden, die Arbeitsbedingungen an den Kliniken verbessert und die Vergütung neu und zeitgemäß geregelt würden.

Bei der nachwachsenden Generation findet man zudem einen Wertewandel, der nicht mehr den 24-Stunden-Dienst als Lebensmittelpunkt und die Selbstausschöpfung als Normalität betrachtet. Familie und Freizeit genießen einen höheren Stellenwert und müssten entsprechend berücksichtigt werden. Dazu bedürfe es entsprechender Rahmenbedingungen wie Teilzeitstellen, der korrekten Erfassung von Überstunden, neuer Anstellungsmöglichkeiten in der Niederlassung und der Flexibilisierung der Bedarfsplanung.

### Arbeitszeit im Krankenhaus

Zum Thema Ärztemangel gehört unmittelbar das Thema Arbeitszeit im Krankenhaus. Der Europäische Gerichtshof hatte entschieden, Bereitschaftsdienst ist Arbeitszeit. Und die wöchentliche Arbeitszeit darf danach nur maxi-



Präsidium der 33. Kammerversammlung

mal 48 Stunden betragen. In der Ärzteschaft ist die Meinung zu diesem Problem geteilt. Was für die einen mehr Freizeit bedeute, hieße für die anderen sehr viel weniger zusätzlicher Verdienst bei relativ niedrigem Grundeinkommen, so Prof. Schulze. Das neue Arbeitszeitgesetz wird nun nicht zum 1. Januar 2006 umgesetzt, nachdem die Ausnahmeregelung durch die Koalition verlängert wurde. Das Problem des enormen Mehrbedarfs an Ärzten wurde so vertagt. Die Krankenhausgesellschaft Sachsen spricht von 800 zusätzlichen Stellen. Doch woher sollen die Ärzte in einem Jahr kommen? Das vorhandene Personal müsste länger arbeiten. Das darf es aber nicht. Und schon heute werden keine Nebentätigkeiten von Kliniken genehmigt, weil ungeklärt ist, ob eine Notärztliche Tätigkeit auf die Arbeitszeit angerechnet wird oder nicht. „Wir haben die zuständigen Sächsischen Staatsministerien für Soziales, für Inneres sowie für Wirtschaft und Arbeit mehrfach auf diesen Konflikt hingewiesen und hoffen auf eine Klärung noch vor Ende des Jahres“.

Die Sächsische Landesärztekammer wird im Interesse der Patienten und Ärzte weiterhin die kontinuierliche Bearbeitung der vorgenannten Themen auf allen Ebenen der Bundes- und Landespolitik betreiben und auch unpopuläre Lösungen diskutieren, um eine ärztliche Versorgung in Sachsen zu gewährleisten. Und die öffentlichen Proteste von sächsischen Ärzten erhalten seitens der Sächsischen Landesärztekammer wegen der angespannten politischen Situation die uneingeschränkte Solidarität.

### Novellierung Heilberufekammergesetz

Ein langer Prozess steter Bemühungen der Sächsischen Landesärztekammer um die Anpassung des Sächsischen Heilberufekammergesetzes an die Rechtswirklichkeit steht nun kurz vor einem erfolgreichen Abschluss. Aus Anlass der Umsetzung der Richtlinie 2001/19/EG des Europäischen Rates sowie der angestrebten „Verkammerung“ der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sollte bereits im Jahr 2002 ein Resümee der Praktikabilität der Regelungen des Sächsischen Heilberufekammergesetzes gezogen werden. In engem Kontakt mit der Landeszahnärztekammer Sachsen, der Sächsischen Landestierärztekammer sowie der Landesapothekerkammer Sachsen wurden in der Folgezeit wiederholt Vorschläge zur Novellierung des Sächsischen Heilberufekammergesetzes erarbeitet. Am 11. November 2005 hat der Sächsische Landtag in einer 3. Lesung über den Gesetzesentwurf positiv abgestimmt. Alle wichtigen Änderungen an eine Neukonzeption des Sächsischen Heilberufekammergesetzes haben inzwischen, wie von der Sächsischen Landesärztekammer gefordert, Eingang gefunden (einen ausführlichen Beitrag dazu finden Sie im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 1/2006).

Herr Hommel vom Sächsischen Sozialministerium hat eine Eilausfertigung durch den Landtagspräsidenten veranlasst, so dass diese Novellierung noch in diesem Jahr in Kraft treten kann. Prof. Schulze: „An dieser Stelle muss Herrn Hommel für seine engagierte Arbeit in dieser Sache herzlich gedankt werden“.

### Neue Aufgaben für die Landesärztekammer

Die weitere berufspolitische Arbeit in den kommenden Jahren wird an Vielfalt und damit Umfang zunehmen. Zu denken ist nur an die Änderung der Berufsordnung, die Einführung des elektronischen Arztausweises, die elektronische Erfassung der Fortbildungspunkte oder die neue Rolle der Ethikkommission. Dazu braucht die Sächsische Landesärztekammer engagierte Ärzte aus allen Bereichen, Ärzte die das erhaltene Mandat ernst nehmen und in der Kammerversammlung aktiv mitwirken.

### Kammerwahl 2007

„Für die permanente berufspolitische Arbeit brauchen wir Kollegen, die uns konstruktiv in der ärztlichen Selbstverwaltung, in den Ausschüssen und Kommissionen, in den Kreisärztekammern und in der Kammerversammlung engagiert unterstützen. Jeder politisch interessierte Arzt ist uns herzlich willkommen. Und gerade die nachwachsende Ärztegeneration möchte ich aufrufen, sich in der Standesvertretung zu beteiligen“, so Prof. Schulze vor der Kammerversammlung. Bereits in einhalb Jahren ist wieder Kammerwahl, in einem Jahr müssen Kandidaten dafür gewonnen werden. Neue Kollegen sollten ihre Mitarbeit als Chance für die Umsetzung von ärztlichen Standesinteressen zum Wohle der Allgemeinheit betrachten. In der Politik, in der Bevölkerung sowie in den Medien besitze die Sächsische Landesärztekammer einen anerkannten Ruf als fachlich qualifizierte und unabhängige überparteiische Einrichtung in Fragen der Gesundheitspolitik sowie angrenzender Themenkomplexe. Und sich dafür im Ehrenamt einzusetzen, könne nicht hoch genug bewertet werden. Dafür dankte der Präsident den Anwesenden und wünschte, dass sich nach 2007 auch viele neue Ärzte in der Standespolitik engagierten.

### Anspruch der Ärzteschaft an ein Finanzierungssystem im Gesundheitswesen

Professor Dr. med. Dr. h.c.

Jörg-Dietrich Hoppe

Präsident der Bundesärztekammer

Sehr geehrte Damen und Herren, folgt man dem Ergebnispapier der Koalitionsverhandlungen zum Thema Gesundheit, so soll bei der Weiterentwicklung unseres Gesundheitswesens am Leitbild eines leistungsfähigen Gesundheitswesens mit einer qualitativ hochstehenden Versorgung für die Patien-



Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jörg-Dietrich Hoppe

tinnen und Patienten festgehalten werden. Es stellt sich allerdings die Frage, wie das Leistungsversprechen der gesetzlichen Krankenversicherung, allen Versicherten eine ausreichende und zweckmäßige Versorgung zu gewährleisten, eingehalten werden kann, wenn die im Umfang der gesetzlichen Krankenversicherung gewährten Leistungen weiterhin das medizinisch Notwendige beinhalten sollen, welches natürlich wirtschaftlich erbracht werden muss. Faktisch sind die finanziellen Ressourcen bis auf weiteres festgeschrieben durch die stagnierende Einnahmensituation der GKV, und politisch durch die rigide Beitragssatzstabilitätspolitik. Dem stehen ein demographischer Wandel mit der Zunahme alter, chronisch kranker und multimorbider Patienten gegenüber, sowie medizinische Innovationen, die die Behandelbarkeit zahlreicher Erkrankungen auch im hohen Alter möglich machen.

Zur Beherrschung des Dilemmas sind Reformen sowohl auf der Einnahmenseite, als auch auf der Ausgabenseite des Systems erforderlich. Im Hinblick auf die erforderliche Stabilisierung der Einnahmenseite sind die Koalitionspartner den Versicherten bislang einen überzeugenden, mehrheitsfähigen Lösungsansatz zur Entwicklung eines generationengerechten Finanzierungsmodells für die gesetzliche Krankenversicherung schuldig geblieben. Ideen sind vorhanden, aber der politische Wille oder die politische Kraft scheinen zu fehlen.

Diesem Vakuum auf der Einnahmenseite steht im Hinblick auf die Regulierung der Ausgaben derzeit geradezu ein politischer Überaktivismus gegenüber. Die Budgetierung der Ausgaben in den 70er bis 90er Jahren hat zwar zahlreiche Einzelverlierer im System produ-

ziert, vor allen Dingen unter der Ärzteschaft, die Entwicklung der Beitragssätze konnte damit aber natürlich nicht in Schach gehalten werden. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz, das unter anderem von den beiden großen Volksparteien gemeinsam beschlossen wurde, wurde gleich ein ganzes Bündel von neuen Strukturmaßnahmen auf den Weg gebracht. Die aus Sicht des Gesetzgebers enttäuschende „einfache“ Kostendämpfungspolitik der vorangegangenen Jahrzehnte soll damit in Richtung Systemumbau umgelenkt werden.

Das GMG macht dabei Anleihen sowohl bei stärker marktorientierten Gesundheitssystemen, als insbesondere auch bei staatlich gesteuerten, steuerfinanzierten Systemen. Zu den Marktelementen zählen die Einführung von Wettbewerb unter den Leistungserbringern und Krankenkassen und die Erhöhung der Patientenbeteiligung. Zu den dirigistischen Steuerungsinstrumenten zählt unter anderem die Festlegung eines abschließenden Leistungskatalogs für die GKV.

Den tieferen Sinn oder die Vision hinter dem GMG mit seinen verschiedenen Facetten und zahlreichen Verästelungen kann man vielleicht so zusammenfassen: Der Versicherte soll zu seinem eigenen Lotsen im GKV-System werden, der das auf die notwendige Akut- und Grundversorgung reduzierte Leistungsangebot so selten wie möglich in Anspruch nimmt. In den Fällen, in denen der Versicherte zum Kranken wird und auf die GKV-Versorgung angewiesen ist, ist er bereit, als Patient dazu zu zahlen, weitere Wege und mehr oder wenig lange Wartezeiten in Kauf zu nehmen, und gegebenenfalls, wenn er sich die Zuzahlung nicht leisten kann und stattdessen seine Erkrankung in einem Programm managen lässt, auch auf die freie Arztwahl zu verzichten. In Anbetracht der messbar hohen Zufriedenheit der deutschen Bevölkerung mit unserem Gesundheitswesen in der Vergangenheit und auch noch zu Beginn des neuen Jahrzehnts, und weil das Vertrauen in die Gesundheitsberufe bei der Bevölkerung sehr hoch war, ist nachvollziehbar, dass zumindest Teil 2 dieser Vision von der Neuordnung des Gesundheitswesens politisch schwer verkäuflich war.

Deshalb musste zunächst ein Weg gefunden werden, diese positive Grundeinstellung zu unserem Gesundheitswesen in der Öffentlichkeit zu erschüttern. Dies ist auch weitgehend gelungen. Alle Beteiligten werden sich erinnern, dass wir am Ende des vorigen Jahrzehnts und am Anfang dieses Jahrzehnts eine inten-

## 33. Kammerversammlung

sive Debatte über das Thema Qualität in unserem Gesundheitswesen erlebt haben, die schließlich in die Behauptung mündete, das deutsche Gesundheitswesen biete als typisches Merkmal „Über-, Unter- und Fehlversorgung“, eine nicht nur für Gesundheitswesen jedweder Art zweifellos zeitlos gültige Behauptung. Sie erinnern sich an den oft zitierten Spruch: „Wir bezahlen einen Mercedes und kriegen einen Golf“. Das hat sich in vielen Köpfen festgesetzt, auch wenn die als Begründung unter anderem herangezogenen Statistiken von OECD und WHO mittlerweile zurückgezogen wurden, in denen das deutsche Gesundheitswesen auf Platz 25 hinter Kolumbien lag. Durch das in Deutschland systematisch kultivierte Misstrauen gegen die Leistungsfähigkeit unseres Gesundheitswesens und die Ärzteschaft im besonderen konnte so jedoch einer Politik der Weg bereitet werden, welche die Zuteilung von Leistungen, wie sie über die Festlegung eines abschließenden Leistungskatalogs und über die Erzeugung von Wartelisten zustande kommt, als Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven und den sukzessiven Abbau des Versorgungsangebots als Qualitätsverbesserung verkauft.

Was im Vorfeld des GMG gezielt nicht gewürdigt wurde und erst allmählich wieder ins öffentliche Bewusstsein zurückkehrt: Deutschland hat ein Gesundheitswesen, das eine qualitativ hochwertige Regelversorgung mit chancengleichem Zugang für alle und Teilhabe aller am medizinischen Fortschritt gewährleistet hat. Gleichwohl: Es gibt kein System ohne Allokationsprobleme. Zwischen den marktgesteuerten und den staatlichen Gesundheitssystemen nimmt das deutsche Selbstverwaltungssystem in der Gesetzlichen Krankenversicherung eine Zwischenstellung ein. Dass die Übertragung von Marktelementen wie Wettbewerb auf ein Gesundheitswesen wie dem unsrigen nicht unproblematisch sein kann, ist keine neue Erkenntnis. Die Krankenversicherungen werden im Wettstreit um die guten Risiken die schlechten Risiken nach hinten priorisieren, allen Gegensteuerungsbemühungen über den Risikostrukturausgleich zum Trotz. Irgendwann aber muss dies politisch schwierig werden, weil es so aussieht, als ob der Staat und sein GKV-System sich immer mehr vom Solidaritätsprinzip verabschieden wollen<sup>1</sup>.

Auch das Sachverständigen Gutachten zu „Koordination und Qualität im Gesundheitswesen“ von 2005 räumt ein, dass alle gesamtwirtschaft-

lichen Koordinationsinstrumente im Hinblick auf die fiskalischen, allokativen und verteilungspolitischen Funktionen Vor- und Nachteile aufweisen. Dies gilt für die Selbstverwaltung, die öffentliche Planung bzw. staatliche Administration, oder Markt- und Preismechanismen gleichermaßen. Unbeindruckt aber von der Analyse der Sachverständigen wiederholt das Koalitionspapier in Sachen Gesundheit die Forderung nach der Intensivierung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen.

Die Einführung von Wettbewerbselementen zielt vornehmlich auf den Abbau von Bettenkapazitäten und fördert Konzentrationsprozesse auch im ambulanten Bereich. Übrig bleiben sollen so wenig Leistungserbringer wie möglich, denn Leistungserbringer sind Ausgabenversucher. Ob eine Absenkung des durchschnittlichen Versorgungsniveaus und Risikoselektion zu Lasten von Patientinnen und Patienten in dem von der Politik beabsichtigten wirtschaftlichen Konkurrenzkampf von jedem gegen jeden verhindert werden kann, ist fraglich. Um der Qualitätsabsenkung in der schönen neuen Welt des Wettbewerbs entgegenzusteuern, sieht der Gesetzgeber im Gegenzug zur Vertragsfreiheit vor, die Ärzte in Kliniken und Praxen sowie die Krankenhausträger Zug um Zug immer mehr Qualitätskontrollen zu unterziehen. Diese sozialgesetzlich verpflichtenden Qualitätskontrollen zum Beispiel in Gestalt von G-BA-Richtlinien zielen ausschließlich auf die Mikroebene der Leistungserbringer. Dies ist nicht nur überflüssig, weil die Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung eigentlich schon an anderer Stelle geregelt ist, sondern es geht an den Ursachen der uns möglicherweise bevorstehenden Qualitätsabsenkung im deutschen Gesundheitswesen vorbei.

Ursächlich im Fall zukünftiger Qualitätseinbußen und Benachteiligung von Patientinnen und Patienten wird nicht ein etwaiges „Individualversagen“ auf Ebene des einzelnen Praxisinhabers oder des einzelnen Krankenhauses sein, sondern ein Versagen auf der Makroebene durch die großexperimentelle, aber dann außer Kontrolle geratene Übertragung von Marktmechanismen auf einen der Daseinsfürsorge und dem Solidaritätsprinzip verpflichteten öffentlichen Sektor. Die rasch fortschreitende Übernahme von Kliniken durch Renditeorientierte Betreiber und Rosinenpickerei unter den DRGs weisen bereits in diese Richtung. Als Folge des Verdrängungswettbewerbs unter den Leistungserbringern kann eine

Monopolisierung unter den Krankenkassen und/oder im Krankenhaus- und Ärztemarkt, die ihre marktbeherrschende Stellung ausnutzen, nicht ausgeschlossen werden. Im Hinblick auf die vom Gesetzgeber erhoffte Begrenzung der Leistungsausgaben durch Wettbewerb wäre dies genau ein „Schuss nach hinten“. Ob die Übertragung von Wettbewerbselementen auf das deutsche Gesundheitswesen zu der von der Politik unterstellten effizienteren Ressourcenallokation führt, bleibt also abzuwarten.

Bis dahin aber zersplittert die Vertragslandschaft in immer mehr Einzel- und Sonderverträge. Diese Unübersichtlichkeit macht nicht nur den Patienten, sondern auch uns Ärzten zu schaffen. Als Folge der Vertragsvielfalt und einer falsch verstandenen Qualitätspolitik, die auf Qualitätskontrolle statt auf Qualitätsförderung und -zusicherung setzt, haben Ärzte und Pflegepersonal immer mehr administrativen Aufwand und Dokumentationsaufgaben abzuleisten, was bis zur völligen Berufsunzufriedenheit und Abwanderung aus den Gesundheitsberufen führt.

Ein weiteres Steuerungsinstrument aus dem Gemischtwarenangebot des GMG, diesmal aus dem Arsenal der steuerfinanzierten Gesundheitssysteme, ist die Festlegung eines abschließenden Leistungskatalogs. Mittels forciert Nutzenbewertung soll das Leistungsangebot der GKV eingegrenzt werden, Rationierung soll dadurch überdeckt werden. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder neue Arzneimittel ohne therapeutischen Zusatznutzen im Vergleich zum Bisherigen sollen nicht von der GKV bezahlt werden.

Die Bewertung des Nutzens neuer Arzneimittel ist Aufgabe des eigens neu gegründeten Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Im Hinblick auf die Nutzenbewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden hat sich der zuständige Gemeinsame Bundesausschuss in diesem Sommer eine Verfahrensordnung gegeben, die sektorübergreifend einheitliche Kriterien für die Bewertung von Diagnostik und Therapie festlegt. In den ambulanten GKV-Leistungskatalog kann nur noch aufgenommen werden, was diesen Kriterien genügt. Für den stationären Bereich hat der Gesetzgeber an der innovationsfreundlicheren Regelung „Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt“ festgehalten. Aber dennoch: Aus dem stationären GKV-Leistungskatalog wird entfernt, was den Kriterien der Verfahrensordnung nicht genügt. Einen derartigen abschließenden Leistungskatalog hat es so in

Deutschland trotz des immer schon im SGB V verankerten Wirtschaftlichkeitsgebots über Jahrzehnte hinweg nicht gegeben.

Nach der nunmehr vom BMGS genehmigten Verfahrensordnung will der Gemeinsame Bundesausschuss auf der Basis der jeweils verfügbaren besten Evidenz – früher sagte man „nach dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse“ – über die Anerkennung oder Nicht-Anerkennung einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode entscheiden. Die ursprüngliche Formulierung, dass der Nutzen einer Methode in der Regel durch Studien der Evidenzstufe 1, das heißt durch randomisierte, kontrollierte Studien nachgewiesen werden müsse, musste revidiert werden.

Aus der ursprünglichen Formulierung der GBA-Verfahrensordnung zu diesem Punkt – in der Regel müssen Studien der Evidenzstufe 1 vorliegen, sonst ist keine Anerkennung als GKV-Leistung möglich – spricht meines Erachtens ein komplexes, letztendlich aber mechanistisches Missverständnis von evidenzbasierter Gesundheitsversorgung.

#### Missverständnis Nummer 1:

Studien der Evidenzstufe 1 sind der Standard in der Arzneimittelprüfung und helfen der klinischen Forschung, die Verfälschung der Studienergebnisse durch verborgene systematische Differenzen zwischen Patientengruppen durch Randomisation weitestgehend zu umgehen. Nachteil der randomisierten kontrollierten Studien ist aber bekanntermaßen die begrenzte Repräsentativität der Studienpopulation, die die Generalisierbarkeit der Studienergebnisse beeinträchtigt. Die Repräsentativität ist prinzipiell nur bei breit angelegten klinischen Registern oder registerähnlichen Kohortenstudien gewährleistet. Dies ist übrigens einer der Gründe, warum bei neuen Medikamenten hinreichende Analysen über unerwünschte Nebenwirkungen oft erst im Rahmen der Pharmakovigilanz nach der Zulassung der Präparate möglich sind<sup>2</sup>.

Insbesondere bei seltenen Erkrankungen oder in Fällen ohne Behandlungsalternative kann es unmöglich oder unangemessen sein, Studien der Evidenzstufe 1 durchzuführen oder zu fordern; dies räumt der gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung selbst ein. In diesen Fällen oder auch in anderen Konstellationen, in denen sich die Durchführung von randomisierten kontrollierten Studien als praktisch undurchführbar erweist,

zzum Beispiel weil außerordentlich lange Nachbeobachtungszeiten erforderlich wären, oder die ethisch nicht vertretbar sind, muss die Nutzen-Schaden-Abwägung einer Methode auch auf der Basis von Studienergebnissen formal niedrigerer Evidenzstufen erfolgen können. Eine andere als diese abgestufte Vorgehensweise wäre weder mit der Methodik der evidenzbasierten Entscheidungsfindung vereinbar, noch vor dem Hintergrund der jüngsten BSG-Rechtsprechung zur Kostenübernahme von Behandlungsmaßnahmen bei seltenen Erkrankungen haltbar<sup>3</sup>.

#### Missverständnis Nummer 2:

Das Vorliegen oder Nicht-Vorliegen von Studien der Evidenzstufe 1 kann nicht den Abwägungs- und Entscheidungsprozess ersetzen, der auf die Darstellung der vorhandenen Evidenz folgen muss. Der Begriff der „GKV-Leistung“ ist kein medizinischer Begriff, sondern eine leistungsrechtliche Abgrenzung! Die politische Verantwortung der Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Gestaltung des GKV-Leistungskatalogs kann nicht auf die Darstellung der Evidenz verkürzt bzw. auf die Wissenschaft abgewälzt werden. Die Anerkennung oder der Ausschluss einer neuen Methode oder eines neuen Arzneimittels aus dem Leistungskatalog der GKV ist eine komplexe Aufgabe von hoher Verantwortung, in der die jeweilige Bedarfssituation der betroffenen Patientinnen und Patienten und die klinische Expertise der Ärzteschaft adäquat berücksichtigt werden müssen.

Analog hierzu sind im Hinblick auf Wirtschaftlichkeitsaspekte medizinischer Leistungen ge-

sundheitsökonomische Analysen ausschließlich als Entscheidungshilfen zu betrachten, die die Entscheidungsbildung unterstützen können, die faire Beteiligung aller Betroffenen und am Ende die politische und hoffentlich konsensuale Entscheidung über die Aufnahme oder die Ablehnung der Leistung in den GKV-Leistungskatalog aber nicht ersetzen können.

Allokationsentscheidungen ohne Orientierung an ethischen Werten schaden den Patientinnen und Patienten. Sollten zum Beispiel Therapieoptionen für Tumorpatienten, die zwar nicht lebensverlängernd sind, aber das Leiden verringern, zukünftig nicht mehr solidarisch finanziert werden? Wer legt die sogenannten patientenzentrierten Ergebnisparameter fest, nach denen der therapeutische Zusatznutzen eines neuen Medikaments oder einer neuen Behandlungsmethode bemessen wird? Sollen dies nur harte klinische Endpunkte wie „Überleben“ oder „Nicht-Überleben“ sein, oder auch weichere Indikatoren wie „krankheitsspezifische Lebensqualität“, die gegebenenfalls nur qualitativ oder semi-quantitativ erfasst werden können? Nach ärztlichem Berufsverständnis zählt Leiden zu lindern in gleicher Weise zum ärztlichen Auftrag wie Krankheiten zu heilen.

Einzigartig im internationalen Vergleich schlägt in Deutschland das Prinzip der evidenzbasierten Gesundheitsversorgung per Gesetz voll in den Versorgungsalltag durch, indem die Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses in Form von Richtlinienbeschlüssen unmittelbar eine verbindliche

## 33. Kammerversammlung

Wirkung für die Leistungserbringer und somit auch für die Versicherten entfalten. Eine vom Gemeinsamen Bundesausschuss auf Basis der vorhandenen wissenschaftlichen Evidenz nicht anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethode wird als nicht notwendig für das Gesamtkollektiv der Versicherten betrachtet und kann nicht zu Lasten der Gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden. Irrtum ausgeschlossen? Nicht zuletzt wegen dieser hohen Durchschlagskraft der G-BA-Richtlinien muss die neue Dimension von Nutzenorientierung im deutschen Gesundheitswesen besonders umsichtig gehandhabt werden.

Im Hinblick auf die zukünftige Gestaltung des GKV-Leistungskatalogs ist also noch sehr viel Nachdenken und Dialogbereitschaft geboten. „Nutzenbewertung“ ist kein Garant für die Abdeckung des tatsächlichen Versorgungsbedarfs und keine Zauberformel, die politische Entscheidungsprozesse entbehrllich machen kann. Wenn die Eigenverantwortung der Versicherten neu definiert werden soll, muss als Pendant hierzu der solidarisch finanzierte Leistungskatalog im gesellschaftlichen Diskurs konsentiert werden. Wir Ärztinnen und Ärzte sind bereit, diese Diskussion offen zu führen, und wir werden uns mit unserer klinischen Erfahrung, unserem professionellen Wissen über den Versorgungsbedarf und unserer Empathie für die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten in den Diskurs einbringen.

### Podium und Diskussion

Schwerpunkthemen des Podiumsgesprächs und der sich anschließenden sehr lebhaften und ausführlichen Aussprache zu den aktuellen gesundheitspolitischen und berufspolitischen Problemen waren:

#### Gesundheitspolitik der neuen Regierung

Die Gesundheitsreform wurde auf das Jahr 2006 vertagt. Die Koalitionäre der neuen Bundesregierung konnten sich weder auf die Bürgerversicherung (SPD) noch auf die Gesundheitsprämie (Union) einigen. Deswegen wurde die Reform der Finanzierung verschoben. Eine Arbeitsgruppe soll bis Mitte 2006 ein drittes Modell erarbeiten.

#### Qualität der medizinischen Versorgung in Deutschland

Eine am 10. November 2005 vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) vorgestellte internationale Studie zeigt, dass die Qualität der Gesund-



Dr. med. Stefan Windau, Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jörg-Dietrich Hoppe, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze (v.l.)

heitsversorgung in Deutschland sehr gut ist. Untersucht wurde die medizinische Versorgung in Kanada, Australien, Neuseeland, Großbritannien, den USA und Deutschland.

Besonders beim Zugang zu medizinischen Leistungen sind deutsche Patientinnen und Patienten im Vorteil. Ambulante und stationäre Behandlungen sind schnell und einfach zu bekommen – und das unabhängig von Einkommen, Versicherterstatus oder Wohnort. Selbst außerhalb der üblichen Sprech- und Öffnungszeiten wie in der Nacht, am Wochenende oder während der Ferienzeit, ist die medizinische Hilfe in Deutschland sehr gut organisiert. Nur ein Viertel der deutschen Befragten berichtete, dass es schwierig war, einen Arzt außerhalb der üblichen Zeiten zu erreichen. In Neuseeland waren es 28 Prozent, in Großbritannien 38 Prozent, in Kanada 53 Prozent, in Australien 59 Prozent und in USA sogar 61 Prozent. Ein Fazit der Studie nur für Deutschland ist, man fährt Mercedes und glaubt einen Golf zu haben. Diese kognitive Dissonanz zwischen persönlicher Wahrnehmung und öffentlicher Meinung unter den Befragten lässt sich nur mit einer jahrelangen Diffamierung des Gesundheitswesens unter den Schlagworten einer Unter-, Über- und Fehlversorgung durch die Politik erklären.

Prof. Dr. med. habil. Otto Bach wies in der Diskussion auch darauf hin, dass es ein Irrglaube sei, man könne mit Qualitätsverbesserungen Geld sparen. Genau das Gegenteil ist der Fall. Gleiches gilt für die ärztliche Fort- und Weiterbildung. „Ärzte, welche auf dem neuesten Stand der Medizin sind, setzen diese

neuen Kenntnisse in Form von Behandlungsmethoden auch ein. Und diese neuen Methoden sind teuer“.

#### Arbeitszeit der niedergelassenen Ärzte

Die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit der niedergelassenen Ärzte (ohne Notfalldienste) ist nach einer Analyse der Ärztekammer Thüringen höher als im Krankenhaus. 60,7 Prozent der niedergelassenen Ärzte arbeiten mehr als 50 Stunden pro Woche. Mehr als 55 Stunden arbeiten 35,4 Prozent der Kassenärzte, aber nur 12 Prozent der Krankenhausärzte. 8,6 Prozent der niedergelassenen Ärzte geben sogar eine wöchentliche Arbeitszeit von über 65 Stunden an. Die Arbeitsbelastung der Hausärzte ist im Vergleich zu Fachärzten höher. Mehr als 50 Wochenstunden arbeiten 64,5 Prozent der Hausärzte, bei Fachärzten gilt dies für 55,8 Prozent.

#### Ärztmangel in Sachsen

Die Mandatsträger der Sächsischen Landesärztekammer sehen nur in einem Gesamtkonzept, bestehend aus Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Vergütung sowie einer familienfreundlichen Arbeitszeitgestaltung, eine Lösung für den Ärztemangel, weil seit Jahren vor allem die Arbeitsbedingungen in Praxis und Klinik immer schlechter werden. Einzelmaßnahmen, wie die Förderung im Raum Torgau-Oschatz, sind nicht übertragbar.

„Man verlangt von uns Ärzten mehr Leistung bei weniger Einkommen“, betonte Prof. Dr. Hoppe in der Diskussion. Er verglich die Arbeitssituation eines Arztes mit der eines Piloten, welcher ein Flugzeug 12.000 Kilometer fliegen soll, aber nur für 6.000 Kilometer





Frau Dr. med. Hella Wunderlich: „Die tägliche Arbeitszeit des niedergelassenen Arztes beträgt durchschnittlich 15 Stunden“.

Kerosin hat. Und Prof. Dr. Haupt ergänzte, dass er nicht glaube, man könne mit den jetzigen Beitragsmitteln das Gesundheitswesen weiterhin finanzieren. Nach seiner Einschätzung muss mehr Geld durch mehr Eigenbeteiligung in das System, weil sonst die Rationierung von Gesundheitsleistungen und die Abwanderung von Ärzten fortschreitet.

### **Bürokratieabbau ist dringend notwendig**

Verstärkt haben sich die Klagen der niedergelassenen Ärzte über die ausufernde Bürokratie in ihren Praxen. Angesichts des zunehmenden Ärztemangels gilt es zeitnah den bürokratischen Aufwand wesentlich zu reduzieren. Rechnet man die 14 Stunden Bürokratieaufwand, die ein Vertragsarzt pro Woche betreiben muss, auf jährlich 46 Arbeitswochen hoch, dann ergibt sich der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zufolge eine bürokratische Belastung der 116.990 Vertragsärzte in Deutschland von gut 75 Millionen Stunden.

### **Geschäftsordnung der Ethikkommission**

Professor Dr. habil. Rolf Haupt  
Vorsitzender der Ethikkommission

Die Geschäftsordnung der Ethikkommission (EK) der Sächsischen Landesärztekammer folgt den Regelungen des geänderten Heilberufekammergesetzes, das zurzeit im Parlament verabschiedet wird. Dort ist in § 5a erstmalig die Bildung einer Ethikkommission vorgesehen und beschrieben.

Gesetzliche Grundlagen der Arbeit der EK sind in § 1 der Geschäftsordnung genannt. Die

EK ist eine rechtlich unselbstständige Untergliederung der Sächsischen Landesärztekammer und in ihren Entscheidungen unabhängig.

Die 11 Mitglieder und ihre Stellvertreter werden vom Vorstand im Einvernehmen mit der Aufsichtsbehörde berufen. Sie sind in ihren Entscheidungen nur ihrem Gewissen verpflichtet. Vertreter der Aufsichtsbehörde können ohne Stimmrecht an den Beratungen der EK teilnehmen, sind dabei zur Verschwiegenheit verpflichtet.

Um den nötigen Sachstand in der EK zu sichern und den vielfältigen Entscheidungsaufgaben zu entsprechen, muss ihr ein Jurist mit der Befähigung zum Richteramt, ein Biomedizintechniker und ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin angehören. Daneben sind erfahrene, klinisch tätige Ärzte aus der Praxis und aus der theoretischen Medizin Mitglieder der EK, die auch über Erfahrungen in Biometrie und Statistik und bei ethischen Zusammenhängen verfügen.

Die Kommission tagt alle drei Wochen, um die im Gesetz vorgegebenen Fristen einhalten zu können. In Fragen der Arzneimittelzulassung hat sie nach der 12. Novelle des Arzneimittelgesetzes die Rolle einer genehmigenden Behörde. Als somit federführende EK muss sie ein „zustimmende Bewertung“ aussprechen, als beteiligte EK das Prüfzentrum und den Prüfarzt in unserem Kammerbereich hinsichtlich der Befähigung und Eignung des Zentrums für die Studie beurteilen.

Bei Studien nach Berufsrecht bleibt die beratende Funktion der EK in bisher gültiger Art bestehen.

Die etwaige Haftung der Sächsischen Landesärztekammer für einen möglichen Haftungsschaden bei der Wahrnehmung der Aufgaben der EK wird durch § 5a Abs. 4 des Sächsischen Heilberufekammergesetzes geregelt.

### **Haushaltsplan 2006**

Dr. med. Claus Vogel  
Vorsitzender des Ausschusses Finanzen

Herr Dr. Claus Vogel, Vorstandsmitglied und Vorsitzender des Ausschusses Finanzen erläuterte den Haushaltsplan 2006 sehr ausführlich. Insgesamt sieht der Haushaltsplan 2006 eine Steigerung der Ausgaben gegenüber dem Ist des Jahres 2004 um 0,5 Prozent und eine Senkung der Ausgaben gegenüber dem Haushaltsplan 2005 um 0,3 Prozent vor. Bei den Einnahmen ist gegenüber dem Ist 2004 eine Senkung



Prof. Dr. med. habil. Rolf Haupt: „Wir sind als Ärzte verpflichtet, mit den Geldern solidarisch umzugehen“.

von 18,7 Prozent und gegenüber dem Haushaltsplan 2005 von 0,3 Prozent vorgesehen. Der Haushaltsplan 2006 beinhaltet die finanziellen Auswirkungen wichtiger Beschlüsse der Ärzteschaft auf dem 108. Deutschen Ärztetag 2005 in Berlin, aber auch Beschlüsse der letzten Kammerversammlungen der Sächsischen Landesärztekammer. Diese Beschlüsse haben die Planung nahezu aller Haushaltstitel beeinflusst.

Als Erstes ist hier die Ausgabe des elektronischen Arztausweises zu nennen. Der Vorstand der Bundesärztekammer hat beschlossen, dass die Landesärztekammern als Herausgeber die Verantwortung und die Prozessorganisation der Ausgabe des elektronischen Arztausweises übernehmen. Damit verbunden ist die Aufgabe, in den nächsten Jahren an die ca. 14.000 berufstätigen Kammermitglieder in Sachsen einen elektronischen Arztausweis herauszugeben. Die gesetzliche Einführung der Pflichtfortbildung für Ärzte erhöht den Aufwand für die Zertifizierung der zunehmenden Fortbildungsveranstaltungen und für die Ausstellung der Fortbildungszertifikate an die Kammermitglieder. Die Führung eines elektronischen Online-Punkte-Kontos für jedes Kammermitglied soll im Jahr 2006 verwirklicht werden.

Mit der Einführung der neuen Weiterbildungsordnung wird sich die Zahl der durchzuführenden mündlichen Prüfungen beträchtlich erhöhen.

Aufgrund der zunehmenden Aufgaben und der damit verbundenen personellen Erweiterungen sind zusätzliche Arbeitsräume erforderlich. Die Kammerversammlung hat beschlossen, dass

## 33. Kammerversammlung

die Sächsische Landesärztekammer die 1. Etage (Ostflügel) des Kammergebäudes erwerben wird. Gemäß Beschluss der 32. Kammerversammlung vom 25. Juni 2005 wird das Darlehen der Sächsischen Ärzteversorgung zur Finanzierung des Kammergebäudes zum 31. Dezember 2005 abgelöst. Damit erfolgt eine Entlastung des Haushaltes der Sächsischen Landesärztekammer ab dem Jahr 2006.

Die beschlossene Satzung zur Änderung der Beitragsordnung ermöglicht eine Senkung des Kammerbeitragsatzes von 0,6 Prozent auf 0,58 Prozent der Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit. Der insgesamt ausgeglichene und schlüssige Haushaltsplan 2006 wurde durch die Kammerversammlung bestätigt.

### Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer

Die Kammerversammlung hat beschlossen, dass ab dem Jahr 2006 der seit 1998 unveränderte Beitragssatz zur Erhebung des Kammerbeitrages von 0,6 Prozent auf 0,58 Prozent der Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit abgesenkt wird. Das bedeutet eine Senkung des Beitragssatzes um 3,3 Prozent.

In die Kalkulationen zur Höhe der Beitragssenkung wurden folgende Schwerpunkte einbezogen:

- die zu erwartende demographische Entwicklung der Kammermitglieder,
- die derzeitige und zukünftige Erweiterung des Aufgabenspektrums der Sächsischen Landesärztekammer,
- die Entwicklung der Inflationsrate und
- die Entwicklung der Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit der Kammermitglieder.

Die Beitragstabelle für das Beitragsjahr wird abgeändert. Je Beitragsstufe ergibt sich ein um ca. 25,00 bis 30,00 EUR geringerer Kammerbeitrag.

Damit wurde der niedrigste Beitragssatz seit satzungsmäßiger Erhebung der Kammerbeiträge in der Sächsischen Landesärztekammer beschlossen.

### Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer

Die Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer folgt dem Grundsatz, dass individuelle Leistungen der Kammer für einzelne Kammermitglieder durch Gebühren, auch teilweise zu finanzieren sind.

In die Gebührentabelle wurden folgende zusätzliche Gebührentatbestände aufgenommen:

- Beglaubigung von Urkunden außerhalb des Meldewesens,
- Erteilung von „Good standing“,
- Ausstellung eines Arzt-Notfall-Schildes und von sonstigen Bescheinigungen sowie
- Bestätigungen nach dem Betäubungsmittelgesetz.

Es wurde eine neue Ziffer „Durchführung von berufsrechtlichen Verfahren und Widersprüchen“ eingefügt. Die Bearbeitung von Widersprüchen war schon bisher in der aufgeführten Höhe gebührenpflichtig. Neu kommt aufgrund des großen Verwaltungsaufwandes hinzu, dass auch die Durchführung von Ordnungswidrigkeitenverfahren und von Rügeverfahren, hier allerdings nur bei Erteilung einer Rüge, mit einer Rahmengebühr belegt wird.

Für das „Verfahren zur Änderung der Weiterbildungsbefugnis“ wird eine Gebühr in Höhe von 50,00 EUR vorgesehen.

Für die Zulassung von Weiterbildungsstätten ist eine Gebühr in Höhe von 150,00 EUR kalkuliert. Diese Gebühr wird nur für institutionelle Einrichtungen erhoben.

Für Verfahren zur Feststellung der Gleichwertigkeit von Diplomen, Prüfungszeugnissen und sonstigen Befähigungsnachweisen soll die bisherige Festgebühr in Höhe von 100,00 EUR in eine Rahmengebühr von 20,00 bis 100,00 EUR umgewandelt werden.

Für Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen der Sächsischen Landesärztekammer wird statt einer Festgebühr eine Rahmengebühr in Höhe von 7,00 bis 13,00 EUR pro Stunde eingeführt. Ausgewählte Veranstaltungen der Sächsischen Landesärztekammer wie das Fortbildungsseminar bleiben kostenfrei.

Die Änderungen zur Gebührensatzung werden zum 1. Januar 2006 in Kraft treten.

### Änderung der Honorar- und Teilnehmergebührenordnung für Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen der Sächsischen Landesärztekammer

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

Die Kammerversammlung hat Veränderungen der Gebührenordnung für Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen der Kammer beschlossen. Sie sehen vor, die Gebühren von Teilnehmern an entsprechenden Veranstaltungen zu flexibilisieren (bisher 7,- €/Stunde, neu 7,- bis 13,- €/Stunde) und damit die Kalkulation der Realität der Teilnehmerzahlen besser anpassen zu können (viele Teilnehmer einer Veranstal-

tung ermöglichen gegebenenfalls einen niedrigeren Stundensatz). Auch wurden die Honorare für Referenten (bisher 65,- €/Stunde) auf 70,- € bis 100,- €/Stunde erhöht, wobei mit den Beiträgen die Vorbereitungszeiten usw. mit abgegolten sind. Selbst diese Erhöhung ist als bescheiden im Hinblick auf die Leistungen der Referenten anzusehen.

Die Sächsische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung ist weiterhin bestrebt, ihre Angebote so kostengünstig wie möglich anzubieten, zumal die Veranstaltungen aufs ganze Jahr bezogen einschließlich der Fortbildungsveranstaltungen, die gebührenfrei sind, nur zu einer Kostendeckung von rund 60 Prozent führten und führen werden.

Es gehört zu den Pflichten der Kammer Fort- und Weiterbildung aus ihren Mitteln (den Mitteln aller ärztlichen Kammermitglieder) zu stützen. Dies geschah bisher und soll auch zukünftig in angemessener Weise geschehen. Die Änderungen der Gebührenordnung dienen diesem Ziel.

### Beschlüsse der 33. Kammerversammlung

Die Mandatsträger der Sächsischen Landesärztekammer fassten zur 33. Kammerversammlung am 12. November 2005 folgende Beschlüsse:

#### Beschlussvorlage Nr. 1

Geschäftsordnung der Ethikkommission der Sächsischen Landesärztekammer (bestätigt)

#### Beschlussvorlage Nr. 2

Haushaltsplan 2006 der Sächsischen Landesärztekammer (bestätigt)

#### Beschlussvorlage Nr. 3

Erwerb der 1. Etage (Ostflügel) des Kammergebäudes Schützenshöhe 16 von der Sächsischen Ärzteversorgung (bestätigt)

#### Beschlussvorlage Nr. 4

Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (bestätigt)

#### Beschlussvorlage Nr. 5

Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer (bestätigt)

#### Beschlussvorlage Nr. 6

Änderung der Honorar- und Teilnehmergebühren für Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen der Sächsischen Landesärztekammer (bestätigt)

**Beschlussvorlage Nr. 7**

Herstellung und Finanzierung von 120 Pkw-Stellplätzen auf dem Grundstück Schützenhöhe/Hellerschanze (bestätigt)

**Beschlussvorlage Nr. 8**

Bekanntgabe der Termine 16. Sächsischer Ärztetag / 34. Kammerversammlung (Freitag, 23. Juni 2006 und Sonnabend, 24. Juni 2006) und 35. Kammerversammlung (Sonnabend, 11. November 2006)

**Beschlussvorlage Nr. 9**

Arzneimittelbudget (bestätigt)

Die Geschäftsordnung der Ethikkommission bei der Sächsischen Landesärztekammer, die Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer, die Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer und die Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer (Gebührenordnung-GebO) vom 15. März 1994 (in der Fassung der Änderungssatzung vom ...) werden im vollen Wortlaut im Mittelhefter unter „Amtliche Bekanntmachungen“ in diesem Heft, Seiten ... bis ..., amtlich bekannt gemacht.

**Bekanntgabe der Termine**

Der **16. Sächsische Ärztetag / 34. Kammerversammlung** findet am Freitag und Sonnabend, dem **22. und 23. Juni 2006**, und die 35. Kammerversammlung findet am Sonnabend, dem **11. November 2006** im Kammergebäude der Sächsischen Landesärztekammer statt.

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

## 17. Erweiterte Kammerversammlung der Sächsischen Ärzteversorgung



Dr. med. Andreas Bartusch

Im Rahmen der 17. Erweiterten Kammerversammlung am 12. November 2005 fanden Nachwahlen zum Aufsichtsausschuss und zum Verwaltungsausschuss statt.

**Aufsichtsausschuss:**

Dr. med. Michael Neubauer (Arzt) für den ausgeschiedenen Dr. med. Andreas Bartusch (Arzt)  
(geheime Wahl: gewählt mit 68 von 68 abgegebenen Stimmen)



Dr. med. Michael Neubauer

**Verwaltungsausschuss:**

Dr. med. Andreas Bartusch (Arzt) für den ausgeschiedenen Dr. med. Thomas Benusch (Arzt) (geheime Wahl: gewählt mit 65 von 69 abgegebenen Stimmen; 2 ungültige Stimmen; 2 Stimmenthaltungen)

Dr. jur. Jochim Thietz-Bartram (Mitglied mit der Befähigung zum Richteramt) (per Akklamation: gewählt mit 69 von 69 abgegebenen Stimmen)

Mit dem Vollzug dieser Nachwahlen sind sowohl der Aufsichtsausschuss als auch der Verwaltungsausschuss der Sächsischen Ärzteversorgung wieder vollständig besetzt.

Dr. med. Steffen Liebscher  
Verwaltungsausschuss  
Vorsitzender

Angela Thalheim  
Geschäftsführerin

**Überleitungsabkommen mit der Berliner Ärzteversorgung zum 1. Januar 2006**

Die Sächsische Ärzteversorgung gibt bekannt, dass das im Ärzteblatt Sachsen 7/2005, Seiten 371 und 372, und im Deutschen Tierärzteblatt 7/2005, Seiten 820 bis 822, veröffentlichte Musterüberleitungsabkommen gemäß § 25 Abs. 1 der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung mit der

Berliner Ärzteversorgung  
Potsdamer Str. 47  
14163 Berlin

mit Wirkung zum 1. Januar 2006 abgeschlossen wurde.

Damit bestehen nunmehr mit **allen** ärztlichen Versorgungswerken in Deutschland Überleitungsabkommen.

## Informationen der Sächsischen Ärzteversorgung

### Hinweis zur Beitragszahlung (Selbstzahler) zum Jahresende

Erfahrungsgemäß sind wegen der Feiertage zum Jahreswechsel und einer zum Jahresende erhöhten Anzahl von Überweisungen die Banklaufzeiten am Ende des Monats Dezember etwas länger als üblich.

Um eine Gutschrift/Verrentung der von Ihnen überwiesenen Beiträge noch für das Jahr 2005 zu sichern, empfehlen wir Ihnen, **Beitragsüberweisungen zur Sächsischen Ärzteversorgung im Monat Dezember so rechtzeitig zu veranlassen, dass der überwiesene Beitrag spätestens zum letzten Bankarbeitstag auf dem Konto der Sächsischen Ärzteversorgung verbucht werden kann** (siehe § 23 Abs. 3 Satz 6 der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung).

### Nachweis steuerrelevanter Leistungsbezüge gegenüber dem Finanzamt (AltEinkG) bis 28.02.2006

Die Sächsische Ärzteversorgung wird bis spätestens 28. Februar 2006 an die betreffenden Empfänger von Versorgungsleistungen entsprechend den Vorschriften aus dem AltEinkG Nachweise über die ans Finanzamt zu meldenden steuerrelevanten Daten aus dem Leistungsbezug der Sächsischen Ärzteversorgung versenden. Die Information enthält neben dem Bruttobetrag des Leistungsbezuges den Nachweis über die Abführung von Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge und sofern zutreffend den Ausweis eines Nachzahlungsbetrages für Vorjahre. Wir bitten Sie, zugunsten eines reibungslosen Ablaufs, von diesbezüglichen Einzelanforderungen abzusehen.

Angela Thalheim  
Geschäftsführerin der Sächsischen  
Ärzteversorgung

## Arztgeschichten der Bibel

Preis: € 8.50  
ISBN: 3-438-04804-3  
Herausgeber: Deutsche Bibelgesellschaft  
Seitenzahl: 183

Wussten Sie, dass Moses eine Therapie gegen Schlangengift kannte? Oder dass Daniel eine Diät entwickelt hat? Beim Schmökern in diesem Buch lernen Sie die Bibel von ihrer heilsamsten Seite kennen. Begleiten Sie biblische Ärzte bei ihrem Einsatz. Werden Sie Zeuge, wie Fieber und Depressionen verschwinden, Sehkraft wiederhergestellt und selbst tödliche Krankheiten kuriert werden. Das ärztliche Personal reicht von den Propheten bis zu Jesus, vom Engel Rafael bis hin zu Gott persönlich. Die fein ausgewählten und eingeleiteten Arztgeschichten von Jan-A. Bühner geben neue Einblicke in die Bibel. So auf- und anregend war Bibellesen noch nie.

Eine kurze Einleitung zu jeder Geschichte klärt die biblisch-historische Hintergründe. Durch die thematische Zusammenstellung erscheinen viele Erzählungen in einem überraschend neuen Licht und sprechen direkt in

unsere heutige Zeit hinein. Die biblische Taschenbuchreihe erschließt biblische Geschichten für ein breites Lesepublikum.

Einige Kapitel aus dem Verzeichnis:

- Musiktherapie gegen eine königliche Depression – David spielt Harfe vor König Saul.
- Wenn das Amt krank macht – Gott erhört Hiskijas Gebet.
- Intensivstation Dachkammer – Elija und der Sohn der Witwe.
- Rettungssanitäter Paulus – Die Auferweckung des Eutyclus.
- Die Daniel-Diät – Daniels Treue zu Gott wird belohnt.
- Praxis auch am Sabbat geöffnet – Jesus heilt eine verkrümmte Frau.
- Krankentransport mit Hindernissen – Jesus heilt einen Gelähmten.
- Geschäftsschädigende Gesundheit – Paulus treibt einen Wahrsagegeist aus.
- Heilung im Vorübergehen – Die Wunder-taten der Apostel.

Knut Köhler M.A.

### Ärzteblatt Sachsen

Offizielles Organ der Sächsischen Landesärztekammer mit Publikationen ärztlicher Fach- und Standesorganisationen, erscheint monatlich, Redaktionsschluss ist jeweils der 10. des vorangegangenen Monats.

#### Herausgeber:

Sächsische Landesärztekammer,  
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden,  
Telefon 0351 8267-0  
Telefax 0351 8267-412  
Internet: <http://www.slaek.de>  
E-Mail: [presse@slaek.de](mailto:presse@slaek.de)

#### Redaktionskollegium:

Prof. Dr. Jan Schulze  
Prof. Dr. Winfried Klug (V.i.S.P.)  
Dr. Günter Bartsch  
Prof. Dr. Siegwart Bigl  
Prof. Dr. Heinz Diettrich  
Dr. Hans-Joachim Gräfe  
Dr. Rudolf Marx  
Prof. Dr. Peter Matzen  
Uta Katharina Schmidt-Göhrich  
Dr. jur. Verena Diefenbach  
Knut Köhler M.A.

Redaktionsassistentz: Ingrid Hüfner

#### Anschrift der Redaktion

Schützenhöhe 16, 01099 Dresden  
Telefon 0351 8267-161  
Telefax 0351 8267-162

#### Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb

Leipziger Verlagsanstalt GmbH  
Paul-Gruner-Straße 62, 04107 Leipzig  
Telefon: 0341 710039-90  
Telefax: 0341 710039-99  
Internet: [www.leipziger-verlagsanstalt.de](http://www.leipziger-verlagsanstalt.de)  
E-Mail: [info@leipziger-verlagsanstalt.de](mailto:info@leipziger-verlagsanstalt.de)

Verlagsleitung: Dr. Rainer Stumpe  
Anzeigendisposition: Silke El Gendy  
Z. Zt. ist die Anzeigenpreisliste Nr. 8  
vom 1.1.2005 gültig.

Druck: Druckhaus Dresden GmbH,  
Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

Titelgestaltung: Hans Wiesenhütter, Dresden

Zuschriften redaktioneller Art bitten wir, nur an die Redaktion, Postanschrift: Postfach 10 04 65, 01074 Dresden, zu richten. Für drucktechnische Fehler kann die Redaktion keine Verantwortung übernehmen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt, Nachdruck ist nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers und Verlages statthaft. Mit Namen oder Signum des Verfassers gezeichnete Artikel entsprechen nicht unbedingt der Meinung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte Manuskripte übernehmen Redaktion und Verlag keine Haftung. Es werden nur unveröffentlichte Manuskripte angenommen. Mit der Annahme von Originalbeiträgen zur Veröffentlichung erwerben Herausgeber und Verlag das uneingeschränkte Verfügungsrecht. Die Redaktion behält sich Änderungen redaktioneller Art vor.

Bezugspreise/Abonnementpreise  
Inland: jährlich 89,00 € incl. Versandkosten  
Einzelheft: 8,40 € zzgl. Versandkosten 2,00 €

Bestellungen nimmt der Verlag entgegen. Die Kündigung des Abonnements ist mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf des Abonnements möglich und schriftlich an den Verlag zu richten. Die Abonnementsgelder werden jährlich im voraus in Rechnung gestellt.

Die Leipziger Verlagsanstalt ist Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranlyse Medizinischer Zeitschriften e.V.

ISSN: 0938-8478

## Fortbildungspflicht / Fortbildungszertifikat Sie fragen – wir antworten...



Prof. Dr. med. habil. Otto Bach

### Ab wann muss ich mich fortbilden und ab wann muss ich dies auch nachweisen?

Die Berufsordnung verpflichtet Ärztinnen und Ärzte dazu, sich kontinuierlich fortzubilden. Bisher war jedoch ein Nachweis nicht erforderlich. Mit Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes wird es notwendig, dass alle Ärztinnen und Ärzte in der ambulanten wie auch stationären Versorgung alle fünf Jahre ihre Fortbildungsaktivitäten nachweisen, und zwar

- in der vertragsärztlichen Versorgung durch ein Zertifikat der zuständigen Ärztekammer (SGB V, § 95d)
- in der stationären Versorgung in analoger Form (SGB V, § 137), also in der Regel ebenfalls durch ein Zertifikat der Ärztekammer.

### Ab wann werden Fortbildungsnachweise meiner besuchten Veranstaltungen angerechnet?

Fortbildungsnachweise werden ab 1. 1. 2002 für das fünfjährige Fortbildungszertifikat anerkannt. Wer bereits ein gültiges Zertifikat besitzt, kann ab dem Ausstellungsdatum des letzten Zertifikates neue Nachweise für ein fünfjähriges Zertifikat geltend machen.

### Wie wird meine kontinuierliche Fortbildung bestätigt?

Der Nachweis einer kontinuierlichen ärztlichen Fortbildung erfolgt in Form von Punkten,

wobei ein Punkt einer Fortbildungseinheit von 45 Minuten entspricht (ohne Pausen). Das Zertifikat erhält jede Ärztin / jeder Arzt, wenn

- innerhalb von 5 Jahren mindestens 250 Fortbildungspunkte erworben und dokumentiert wurden
- nach Erreichen der Mindestpunktzahl von 250 Fortbildungspunkten (auch vor Ablauf der 5-Jahresfrist) der Antrag auf Erteilung des Fortbildungszertifikates bei der Sächsischen Landesärztekammer gestellt wird.

Das Fortbildungszertifikat besitzt für die nächsten 5 Jahre Gültigkeit. In diesem Zeitraum werden erneut 250 Punkte gesammelt, um das dann abgelaufene Zertifikat zu erneuern.

### Sind die Punkte kontinuierlich auf die Jahre verteilt zu erwerben?

Nein, festgelegt ist lediglich der Zeitraum von fünf Jahren. Es wird jedoch davon ausgegangen, dass sich alle Ärztinnen und Ärzte kontinuierlich fortbilden.

### Welche Fortbildungsmaßnahmen werden angerechnet?

#### Welche Nachweise über die Teilnahme muss ich erbringen?

Voraussetzung für die Anrechnung ist, dass die Fortbildungsveranstaltung vorher von einer Ärztekammer zertifiziert wurde. Die Ärztekammer entscheidet über den Antrag nach Kriterien, die in der Satzung Fortbildung und Fortbildungszertifikat festgelegt sind. Dem Veranstalter wird das Ergebnis sowie gegebenenfalls die vergebenen Fortbildungspunkte und die zugehörige Kategorie mitgeteilt. Als Nachweis für jede besuchte Veranstaltung ist die Teilnahmebestätigung zu sammeln und mit Antragstellung zum Fortbildungszertifikat vorzulegen.

### Wie wird mir der Besuch von Fortbildungsveranstaltungen in anderen Bundesländern angerechnet?

Beim Besuch von Fortbildungsveranstaltungen in anderen Bundesländern werden die von der jeweils zuständigen Ärztekammer oder Heilberufekammer vergebenen Punkte 1 zu 1 anerkannt. Bitte bewahren Sie die Teilnahmebescheinigungen auf und reichen Sie diese ebenfalls bei der Antragstellung für das Fortbildungszertifikat mit ein.

### Wie wird mir der Besuch von Fortbildungsveranstaltungen im Ausland angerechnet?

Für die Teilnahme an internationalen Kongressen, Tagungen bzw. Symposien können auch Fortbildungspunkte erworben werden. Hier sind eine Gesamt-Teilnahmebescheinigung (oder Teilnahmebescheinigungen für Einzelveranstaltungen innerhalb von Kongressen) notwendig, außerdem ein Tagungs- oder Kongressprogramm. Nach der Veranstaltung sind diese Nachweise der Fortbildungsmappe beizufügen und mit Beantragung des Fortbildungszertifikates vorzulegen. Eine Vorab-Selbstbewertung entsprechend den Bewertungskriterien der Satzung ist ratsam, um einen Gesamtüberblick über die erworbenen Punkte zu erhalten.

### Werden CME-Punkte anerkannt, die von nationalen oder internationalen Fach-Fortbildungsakademien erworben wurden?

Alle Fortbildungsveranstaltungen, die mit CME-Punkten ausgestattet sind, werden von den Ärztekammern gemäß § 12 der Satzung Fortbildung und Fortbildungszertifikat anerkannt. Sie können sowohl auf dem Punktekonto der Landesärztekammer als auch gegebenenfalls direkt bei der Kassenärztlichen Vereinigung (niedergelassene Ärzte) oder dem Dienstherren (angestellte Ärzte – in der Regel dem ärztlichen Direktor) eingereicht werden.

### Werden auch Weiterbildungskurse mit Fortbildungspunkten bewertet?

Veranstaltungen mit weiterbildendem Charakter, zum Beispiel Kurse zum Erwerb einer Qualifikation nach der Weiterbildungsordnung, werden erst ab 1. 1. 2005 auch mit Fortbildungspunkten bewertet.

### Werden bestimmte Fortbildungsmaßnahmen vorgeschrieben?

Der Arzt ist in der Wahl der Art seiner Fortbildung frei. Art und Weise des Wissenserwerbs können auf die individuell unterschiedlichen Formen des Lernverhaltens ausgerichtet werden. (§ 2 Satzung Fortbildung und Fortbildungszertifikat)

Die einzige Einschränkung besteht beim Selbststudium für Fachliteratur, hier können maximal 10 Punkte pro Jahr (ohne Nachweis) angerechnet werden.

### Wie erfolgt die Dokumentierung der Fortbildungspunkte?

Die Veranstalter von zertifizierten Fortbildungsmaßnahmen sind verpflichtet, Teilnehmerlisten für jede einzelne Fortbildungsveranstaltung

tung zu führen und diese nach Ablauf der Veranstaltung der Ärztekammer zu übermitteln. Es ist wichtig, dass sich die Teilnehmer auf der Teilnehmerliste eintragen (ab 2006 unter Verwendung der Barcode-Etiketten). Außerdem erhalten die Teilnehmer/-innen eine individuelle Teilnahmebescheinigung.

### **Wann wird mein „Punktekonto“ eröffnet?**

Für die Verwaltung von Fortbildungspunkten führt die Sächsische Landesärztekammer im Laufe des Jahres 2006 ein personenbezogenes Fortbildungskonto ein. Dazu werden noch in diesem Jahr allen berufstätigen sächsischen Kammermitgliedern die persönliche EFN (Einheitliche Fortbildungsnummer), Barcode-Etiketten und der Benutzername für das Online-Punkte-Konto per Post zugesandt.

### **Was ist das „Punktekonto“?**

Mit dem Punktekonto erhalten Sie einen verbindlichen Überblick über Ihren geprüften und anerkannten Punktestand. Damit bleibt es Ihnen weitestgehend erspart, Ihre Punkte selbst zu verwalten. Sofern Sie sich mit dem Barcode-Etikett auf der Teilnehmerliste eintragen, wird Ihre Teilnahme elektronisch erfasst. Auf dem individuellen Punktekonto werden die Fortbildungspunkte, die für die dokumentierte Teilnahme an zertifizierten Fortbildungsmaßnahmen erworben wurden, mit den entsprechenden Kategorien kontinuierlich erfasst.

### **Muss ich weiterhin die Teilnahmebestätigung in Papierform sammeln?**

Um Rückfragen und Unstimmigkeiten klären zu können, ist es auch weiterhin erforderlich, die Teilnahmebestätigungen in Papierform zu sammeln. Die Teilnahmebestätigungen dienen auch gegenüber den Finanzämtern dem Nachweis etwaiger Werbungskosten aus beruflicher Fortbildung.

### **Werden für die Ausstellung des Zertifikats Gebühren erhoben?**

Ja, entsprechend der jeweils geltenden Gebührenordnung. (zurzeit 15,00 EUR)

### **Darf ich mein erworbenes Zertifikat ankündigen?**

Ja, das Fortbildungszertifikat ist als Qualifikation des Arztes - der Ärztin - gemäß § 27 Absatz 4 der Berufsordnung ankündigungsfähig,

zum Beispiel in Form eines Aushangs im Wartezimmer und durch Anbringen der Plakette auf dem Praxisschild oder an anderer Stelle des Tätigkeitsbereiches.

Sollten Sie weitere Fragen haben, rufen Sie an: Telefon: 0351 8267-326, oder -327

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

### **Fragen für Veranstalter von Fortbildungsveranstaltungen**

#### **Sie fragen – wir antworten...**

#### **Wie beantrage ich eine Fortbildungsveranstaltung zur Zertifizierung?**

Bitte nutzen Sie hierfür das entsprechende Antragsformular, welches über unsere Homepage abrufbar und ausfüllbar ist. (<http://www.slaek.de/20fortbild/pdf/antrfort.pdf>)

#### **Welche Unterlagen sind dazu erforderlich?**

Das Antragsformular muss vollständig ausgefüllt und vom wissenschaftlichen Leiter (approbierter Arzt) unterschrieben sein. Dem Antrag ist immer ein Programm mit detaillierter zeitlicher Gliederung beizufügen.

#### **Welche Beantragungsfrist muss eingehalten werden?**

Der Antrag muss mindestens 6 Wochen vor Veranstaltungstermin der Sächsischen Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung vorliegen. Bei nichtfristgerechter Beantragung besteht kein Anspruch auf Zertifizierung.

#### **Kann ich meine Veranstaltungen auch „Online“ anmelden?**

Eine Online-Anmeldung ist momentan in Bearbeitung und soll Anfang 2006 zur Verfügung stehen.

#### **Wie lange dauert die Bearbeitung meines Antrages?**

Die Bearbeitungszeit beträgt derzeit 4 bis 6 Wochen.

### **Welche Unterlagen erhalte ich zur Zertifizierung meiner Veranstaltung?**

Neben dem Anerkennungsschreiben, in dem Ihnen die Bewertung Ihrer Veranstaltung mitgeteilt wird, erhalten Sie auch eine Muster-Teilnahmebestätigung sowie eine Teilnehmerliste als Kopiervorlage mit der Verpflichtung, jedem Teilnehmer eine namentlich ausgefüllte Teilnahmebestätigung mit Originalunterschrift des wissenschaftlichen Leiters auszufertigen und auszuhändigen.

### **Muss ich nach der Veranstaltung noch etwas tun?**

Um die Punkte den Teilnehmern Ihrer Veranstaltung gutschreiben zu können, benötigen wir die ausgefüllte Teilnehmerliste im Original zurück (ab 2006 unter Verwendung der Barcode-Etiketten). Sollten Sie die Teilnehmer direkt an den EIV (Elektronischer Informationsverteiler – [www.eiv-fobi.de](http://www.eiv-fobi.de)) melden, benötigen wir die Teilnehmerliste als Kopie.

### **Was ist der EIV – Elektronischer Informationsverteiler?**

Der Elektronische Informationsverteiler (EIV) ist ein Verfahren, welches dafür sorgt, dass die Fortbildungspunkte, die ein Arzt bei einer anerkannten Fortbildungsveranstaltung in einem beliebigen Kammerbereich erwirbt, zeitnah am Ende der Veranstaltung auf elektronischem Wege der zuständigen Landesärztekammer übermittelt werden.

Die Registrierung der Teilnehmer und die Versendung der Meldung von Veranstaltungsnummer (VNR) und Einheitlicher Fortbildungsnummer (EFN) wird dabei vom Fortbildungsveranstalter vorgenommen. Siehe Internetseite zum EIV: [www.eiv-fobi.de](http://www.eiv-fobi.de)

Sollten Sie weitere Fragen haben, rufen Sie an: Telefon: 0351 8267-326, oder -327

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

## Elektronische Arztausweise übergeben



Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze und Dr. med. Günter Bartsch (v.l.)  
Foto: Klaus Dercks, LÄK W.-L.

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, und weitere sächsische Ärzte erhielten am 16. November 2005 am Stand von Nordrhein-Westfalen auf der MEDICA 2005 im Beisein des nordrhein-westfälischen Gesundheitsministers Karl-Josef Laumann die bundesweit ersten Arztausweise neuen Typs. Mit den

neuen Chipkarten können künftig elektronische Dokumente rechtsgültig signiert und für den Versand über Datenleitungen sicher verschlüsselt werden. Stellvertretend für alle 17 Landesärztekammern werden derzeit in Nordrhein, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Westfalen-Lippe sowie in Sachsen durch die Sächsische Landesärztekammer das

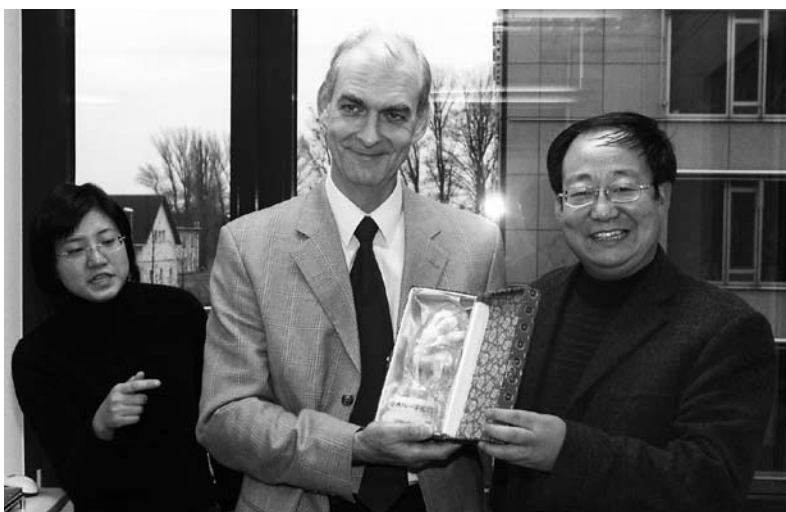
Verfahren vom Antrag bis zur Ausgabe elektronischer Arztausweise erprobt. Diese sogenannten Ausgabepiloten dienen der Optimierung und Standardisierung der zukünftigen Abläufe zwischen Ärzten, Ärztekammern und Zertifizierungsdiensteanbietern (Trustcentern). Die Abläufe wurden in den letzten Monaten von allen Ärztekammern gemeinsam entwickelt und zwischen diesen abgestimmt. In den Ausgabepiloten sammeln die Ärztekammern wichtige Erfahrungen mit der neuen Technologie und schaffen so die Voraussetzungen dafür, die Modellregionen der elektronischen Gesundheitskarte zeitgerecht mit den neuen Arztausweisen auszustatten.

Knut Köhler M.A.



So sieht der neue elektronische Arztausweis aus

## Klinikdirektoren aus China zu Gast in Dresden



Dr. Gao ChaunJiang überreicht Dr. Rainer Kluge ein Gastgeschenk

Am 18. November 2005 weilte eine chinesische Delegation aus der Provinz Qinhang in der Sächsischen Landesärztekammer. Dr. Rainer Kluge, Vorsitzender der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen, empfing die sieben Krankenhausdirektoren im Kammergebäude und erläuterte ihnen in einem Kurzvortrag das Deutsche Gesundheitswesen, die Aufgaben der Selbstverwaltung und das Verfahren bei einer Gutachterstelle. Mit großem Interesse verfolgten die chinesischen Ärzte seine Ausführungen und stellten viele Fragen zu den rechtlichen Besonderheiten in der Medizin und dem Arzt-Patienten-Verhältnis. Sie waren zudem von der Gastfreundschaft der Sächsischen Landesärztekammer begeistert. Zum Abschluss des Besuchs überreichten sie Herrn Dr. Kluge ein kleines Gastgeschenk.

Knut Köhler M.A.

# 13. Klinikärzttreffen der Frauen- und Kinderkliniken in Sachsen

Dresden  
8. Juni 2005

Am 8. Juni 2005 fand das diesjährige 13. Klinikärzttreffen in der Sächsischen Landesärztekammer unter der Leitung von ChA Dr. Walter Pernice in Dresden statt. Rund 120 Vertreter der Frauen- und Kinderkliniken sowie Hebammen und geladene Gäste kamen, um die Ergebnisse der sächsischen Perinatal- und Neonatalstatistik 2004 zu diskutieren, die von den Mitgliedern der sächsischen Arbeitsgruppe Qualitätssicherung Perinatologie und Neonatologie vorgestellt wurden. In seiner Begrüßungsansprache würdigte der Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Dr. Stefan Windau, die Arbeit der teilnehmenden Kliniken und der Arbeitsgruppe. Zur Verbesserung der Krankenversorgung forderte er die Liberalisierung der Berufsordnung, um dem Ärztemangel gegenzusteuern, den Wettbewerb zu fördern und die Fortbildung in der Hand der Ärzte zu lassen.

Der **Kommentar zur Perinatalerhebung** von Herrn Dr. Heiner Bellée stellte die Geburten der Jahre 1995 bis 1999 den Jahrgängen 2000 – 2004 gegenüber und zog die Bilanz, dass die perinatale Mortalität im Vergleich dieser beiden Zeiträume um 0,2 Prozent gefallen war, sich aber die Rate der Neugeborenen mit schlechten Vitalitätszeichen und schlechtem Nabelschnur-pH nicht weiter verbessert hatte. Die perinatale Mortalität im Jahr 2004 war gegenüber 2003 allerdings um 0,05 Prozent, die Totgeborenenrate um 0,01 Prozent gestiegen. Zwei der Schwerpunktthemen befassten sich mit Risikoschwangerschaften von über 35-jährigen und jugendlichen Müttern. Mit den Perinataldaten\* belegte Frau Prof. Dr. Brigitte Viehweg **bei Müttern über 35 Jahre** eine Zunahme der Schwangerschaften von 5,8 auf 14,8 Prozent. Bei höherem Gebäralter sind Schwangerschafts- und Geburtsrisiken wie Hypertonus, Diabetes mellitus, Gestationsdiabetes, Gestose und Plazentainsuffizienz häufiger. Übereinstimmend mit Literaturangaben lässt sich eine signifikante Zunahme von Schnittentbindungen und von kindlichen Verlegungen auf eine neonatologische Intensivstation darstellen. Letztere Ergebnisse sind noch augenfälliger, wenn nur die Gruppe der Erst-

Tabelle: Basisdaten aus der Perinatalerhebung

	2003	2004	
<b>Schwangere</b>	31.738	32.614	+ 876
<b>Geborene Kinder</b>	32.211	33.154	
<b>Geborene unter 1500 g</b>	1,2 %	1,0 %	=
<b>Perinatale Mortalität</b>	n = 147 / 4,6 ‰	n = 170 / 5,1 ‰	+ 23 / +0,5 ‰
<b>Postnatale Mortalität</b>	1,3 ‰	1,6 ‰	=
<b>Totgeborene</b>	3,3 ‰	3,4 ‰	=
<b>Davon:</b>			
<b>Tod antenatal</b>	42,45 %	57,52 %	+ 15,07 %
<b>Tod intranatal</b>	16,98 %	11,5 %	- 5,5 %
<b>Tod vor Klinikaufnahme</b>	75,47 %	78,8 %	+ 3,33 %
<b>Zeitpunkt unbekannt</b>	40,6 %	30,9 %	
<b>Postnatal Verstorbene unter 500 g</b>	n = 0	n = 7	
<b>Peripartale Mortalität (Müttersterblichkeit)</b>	n = 1	n = 6 (7)*; 18/10 <sup>5</sup>	+++
<b>Sectiofrequenz</b>	18,9 %	20 %	+ 1,1 %

\* Die Sächsische Perinatalstatistik weist sechs Müttersterbefälle aus. Fall 7 wurde der AG nach Erstellung der Statistik bekannt gegeben. Die Betroffene verstarb nach Verlegung aus der geburtshilflichen Einrichtung.

gebärenden betrachtet wird. Bei einem Gebäralter ab 40 Jahren ist auch die perinatale Mortalität signifikant erhöht, bedingt durch eine signifikant höhere Totgeburtlichkeit. Bei Erstgebärenden über 35 Jahren mit Einlingsgeburten ist die perinatale Mortalität nicht erhöht. Im Vergleich zur Kontrollgruppe jüngerer Mütter ist der Anteil von frühen Vorsorgeuntersuchungen und der ersten Ultraschalluntersuchung bis 12 SSW bei einem Gebäralter ab 35 Jahre signifikant geringer. Jede Dritte zwischen 35 bis 39 Jahren und jede Zweite ab 40 Jahren lässt eine Amniozentese durchführen, in der Kontrollgruppe 2,7 Prozent Mütter ab 35 Jahre entscheiden sich im Vergleich zur Kontrollgruppe auch häufiger für eine Entbindung in einem Perinatalzentrum. Für die **Neugeborenen jugendlicher Mütter** wurden die Daten\*\* von Herrn Dr. med. habil. Reinhold Tiller zusammengestellt. Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüche bei Minderjährigen haben in Sachsen in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen. Wurden 1993 in der Sächsischen Perinatalerhebung 222 Schwangerschaften bei Jugendlichen erfasst, waren es 2004 dagegen 381. Das entsprach einem Anstieg von 9,5 auf 11,7 pro Tausend Schwangerschaften. Im Schwangerschaftsverlauf und zur Geburt war signifikant auffällig, dass Vorsorgeunter-

suchungen und Erstuntersuchungen bis zur 12. Schwangerschaftswoche und das Vorhandensein des Mutterpasses seltener dokumentiert wurden. Raucherinnen waren erheblich überrepräsentiert. Die jugendlichen Schwangeren wurden häufiger präpartal stationär behandelt. Die Diagnosen Plazentainsuffizienz, vorzeitige Wehen, Anämie und Harnwegsinfektionen fanden sich häufiger, ebenso eine protrahierte Geburt, Komplikationen im Wochenbett und längere Wochenbetttage. Die Neugeborenen jugendlicher Mütter wurden häufiger in Kindereinrichtungen verlegt (16,6 Prozent zu 12,3 Prozent). Die perinatale Mortalität betrug bei den Neugeborenen der jugendlichen Mütter 6,4 ‰ gegenüber 4,6 ‰ der Vergleichsgruppe (n. s.). Auffälligkeiten hinsichtlich weiterer Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen wurden nicht beobachtet. Allerdings war die Frühgeborenenrate signifikant erhöht (10,7 Prozent zu 7,5 Prozent), ebenso die Untergewichtigenrate (8,9 Prozent zu 6,0 Prozent), die Hypertrophierate (15,0 Prozent zu 10,3 Prozent) und die Notwendigkeit zur Reanimation (5,5 Prozent zu 4,2 Prozent). Es zeigte sich, dass die Neugeborenenperiode häufiger durch Hyperbilirubinämie (35,6 Prozent zu 27,8 Prozent) und Ernährungsprobleme (19,2 Prozent zu 15,2 Prozent) belastet

\* Parameter von Schwangerschaft, Geburt und den zugehörigen Neugeborenen von Müttern ab 35 Jahre (n = 17640) wurden anhand der Sächsischen Perinatalerhebung aus einem aktuellen Untersuchungszeitraum (2001 – 2004) analysiert. Als Kontrolle dienen die Daten von Müttern mit einem Alter von 24 und 25 Jahren (n = 14655).

\*\* analysiert wurden die Peri- und Neonataldaten der Jahre 1998 bis 2004 von 2331 Müttern < 18 Jahren im Vergleich mit 192.515 im Alter von 18 bis 34 Jahren.



war. Die Klinikmortalität betrug 10,4 ‰ gegenüber 12,7 ‰ bei den Kindern der Vergleichsgruppe. Die Analyse zeigt, dass bei jugendlichen Schwangeren sowohl aus sozialer aber auch aus medizinischer Sicht während der Schwangerschaft, zur Geburt und danach ein erhöhter Betreuungsaufwand erforderlich ist.

**Qualitätsindikatoren und Kennziffern in der Geburtshilfe 2004** waren Thema von Herrn Dr. Konrad Müller, der auch die möglichen Konsequenzen bei wiederholten Auffälligkeiten für eine Klinik erläuterte.

In Sachsen werden seit 1997 Qualitätsindikatoren zur Förderung der internen Qualitätskontrolle in den Entbindungseinrichtungen und für die externe vergleichende Qualitätssicherung verwendet. Das führte bei auffälligen Ergebnissen zur Einzelfallanalyse und seit 1998 zum Dialog zwischen dem Fachgremium an der Sächsischen Landesärztekammer und den Kliniken. In Anlehnung an die BQS wurden für 2004 sechs Qualitätsindikatoren mit Angabe von Referenzbereichen definiert – die Anwesenheit des Pädiaters bei Frühgeburten (bis unter 35 + 0 Wochen); Azidoserate (NSApH < 7,0) bei reifen Einlingen; Base Excess unter - 6,0 mmol/l bei reifen Einlingen; Dammriss Grad III/KV bei vaginaler Einlingsgeburt; revisionsbedürftige Wundheilungsstörungen nach Sectio caesarea und die fetale Lungenreifeinduktion mit Kortikosteroiden bei Frühgeburten unter 34 + 0 Wochen.

Zu Schwerpunkten wurden die Regionalisierung von Frühgeburten mit stark verkürzter Tragzeit (unter 29 SSW, bzw. 29-31 SSW) und als neues Merkmal die Vermeidung mütterlicher Todesfälle („Sentinel Event“) erklärt. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereiches sollten im sogenannten „Strukturierten Dialog“ mit kurzer Erläuterung des Klinikmanagements analysiert werden.

Das gilt auch für die sechs geburtshilflichen Kennzahlen, unter anderem die Rate an Erst- und Re-Sectiones und die Häufigkeit der fetalen Mikroblutuntersuchung bei pathologischem CTG.

Mit der Konzentrierung auf sechs Qualitätsindikatoren und zwei Schwerpunkte wird die Qualitätskontrolle rationalisiert, ohne der angestrebten Verbesserung der medizinischen Leistungen abträglich zu sein.

**Der Kommentar zur Neonatalerhebung** von Prof. Dr. med. Christoph Vogtmann befasste sich mit Leistungs- und Qualitätsmerkmalen, bei deren Bewertung die Einheit und der

Zusammenhang mit schwangerschafts- und geburtsassoziierten Leistungen beachtet werden müssen.

Im Jahre 2004 wurden insgesamt 5.903 Neugeborene klinisch-neonatologisch versorgt. Das entspricht 18,86 Prozent aller Neugeborenen, 9,25 Prozent der Reifgeborenen und 79,98 Prozent der Frühgeborenen des Freistaates Sachsen. Die Frühgeborenenrate war gegenüber dem Vorjahr um 0,2 Prozent auf 7,5 Prozent angestiegen. Dabei bestanden nicht unerhebliche regionale Unterschiede mit 6,5 Prozent im Regierungsbezirk Chemnitz gegenüber 8,3 Prozent im Regierungsbezirk Leipzig. Die wichtigste Ursache der Frühgeburlichkeit bleibt die Mehrlingsschwangerschaft. Zwillinge verursachten ca. 25 Prozent aller stationären Behandlungen von Frühgeborenen. Erfreulich war der deutliche Rückgang des Anteils extrem kleiner Frühgeborener (Gewicht unter 1000 g) von 4,25 ‰ auf 3,1 ‰ und der kleinen Frühgeborenen (Gewicht 1000-1500 g) von 6,6 ‰ auf 5,48 ‰. Das könnte ein Hinweis auf eine erfolgreiche Schwangerenvorsorge sein, was auch auf die Zwillinge zutrifft. Dieser Trend zusammen mit hohen Überlebensraten von 89,5 Prozent für Kinder mit Geburtsgewichten zwischen 750 und 1000 g bzw. von 97,8 Prozent bei Gewichten zwischen 1000 und 1500 g erklären den Rückgang der Klinikmortalität Neugeborener bis zum 28. Lebenstag im Jahr 2004 um 0,5 ‰ auf 2,0 ‰ gegenüber 2003. Das wiederum ist die wesentliche Grundlage für die niedrige Säuglingssterblichkeit in Sachsen mit 3,44 ‰. Komplikationen der Neonatalperiode wie respiratorische Anpassungsstörungen, Infektionen, hypoxisch-ischämische Enzephalopathien oder die Hyperbilirubinämien sind unverändert bedeutsam. Um ca. 50 Prozent war die Zahl der Kinder mit Hirnblutungen, bronchopulmonaler Dysplasie und fortgeschrittener Retinopathie gesunken. Probleme gab es nach wie vor, den Regionalisierungsgrad für sehr kleine Frühgeborene zu verbessern. Für widersprüchliche Befunde von gutem Apgar-Score bei schlechtem Nabelarterien-pH gab Frau Prof. Dr. med. Robel-Tillig Interpretationshilfen in Ihrem Vortrag **„Der prognostische Wert perinataler Parameter für die Entwicklung Neugeborener“**.

Die routinemäßige Durchführung des postnatalen Säure-Basen-Status und die Bewertung der kindlichen Anpassung mit Hilfe des Apgar-Score sind wertvolle Qualitätskriterien zur Einschätzung der perinatalen Situation.

Um die Prognose des Kindes spezifisch und sensitiv zu bewerten, bedarf es jedoch anderer, weiterführender Untersuchungen des Kindes. Durch Analyse dieser perinatalen Parameter ließ sich aufzeigen, dass keine Korrelation zwischen Apgar-Score und Nabel-Arterien-pH-Wert bei postnatal asphyktischen Kindern bestand. Neugeborene, bei denen eine mittelschwere bis schwere postnatale Anpassungsstörung aufgetreten war, hatten zu einem hohen Prozentanteil NSApH-Werte, die im Normbereich lagen. Ebenso ließ sich keine signifikante Korrelation in der Gesamtpopulation der reifen Neugeborenen zwischen Apgar-Score und NSApH-Wert nachweisen. Um eine Prognose für anpassungsgestörte Neugeborene zu stellen, bedarf es primär einer Unterscheidung, ob eine Hypoxie oder Ischämie zur Störung der Perinatalperiode geführt hat. Hypoxämische Neugeborene sind an die Mangelsituation häufig adaptiert und tolerieren die Situation besser als Neugeborene, die eine Ischämie durch ein akutes geburtshilfliches Ereignis erlitten hatten.

Die zum Teil lebhaft diskutierte Befunde führte unter anderem zur Erkenntnis, dass eine intensivere Betreuung am Ende der Schwangerschaft und, bei Problemen, die enge Zusammenarbeit zwischen Niedergelassenen und an Kliniken tätigen Gynäkologen zu deutlichen Verbesserungen führen könnte. Weitere Fortschritte können erwartet werden, wenn der Neonatologe bei Auffälligkeiten mit in die Geburtsplanung einbezogen wird.

Die ausgezeichneten Möglichkeiten der Perinatalmedizin und Neonatologie erhöhen die Verantwortung für die Leistungserbringer. Extrem unreife Frühgeborene, Neugeborene von über 35jährigen und von jugendlichen Müttern führen zu einem erheblichen medizinischen Mehraufwand. Alle Beteiligten, einschließlich Politiker werden sich den Herausforderungen stellen müssen, weil eine optimale Betreuung von Müttern und deren Neugeborenen ein Gebot in einem überalterten Land mit sinkenden Kinderzahlen und stetiger Abwanderung junger leistungsfähiger Menschen ist.

Dr. med. Walter Pernice,  
Chefarzt an der Kinderabteilung des  
Kreiskrankenhauses Johann Kentmann gGmbH  
Torgau  
und Mitglied der Arbeitsgruppe  
Perinatalogie/Neonatalogie bei der Sächsischen  
Landesärztekammer  
Christianistraße 1, 04860 Torgau

# Organspende und Organtransplantation

Dresden  
27. Oktober 2005

## Tagung „Organspende und Organtransplantation – Stand und Entwicklung der Transplantationsmedizin in Sachsen“

Im 4. Jahrhundert nach Christi versuchten zwei Ärzte – Cosmos und Damian – das Bein eines Mohren auf einen Ritter zu transplantieren.

Ein Bildnis aus einer Zeit, in der es weder Blutgruppenkenntnisse noch HLA-Typisierung gab. Auch gefäßchirurgisch waren keine Erfahrungen gegeben.

Jedoch gab es bereits den Wunsch, anderen Menschen durch eine Transplantation eines Organs oder sogar von Körperteilen zu helfen. Dieser Wunsch – über Jahrtausende ein Traum – ist Wirklichkeit geworden.

Vor 100 Jahren wurde die erste erfolgreiche Transplantation durch Eduard Ziem vorgenommen – es war eine Corneatransplantation. Heute können wir vielen Menschen helfen, die auf der Warteleiste für eine Organtransplantation stehen.

Was wir nicht gelernt haben, ist der Umgang mit Tod und Sterben – nach wie vor noch ein Tabuthema unserer Gesellschaft.

Gesellschaftliche Akzeptanz der Organspende und der Transplantation – eine Forderung, der wir uns alle in der Gemeinschaftsaufgabe Organspenden stellen müssen.

Im Zeichen der Verabschiedung des sächsischen Ausführungsgesetzes zum Transplantationsgesetz haben das Sächsische Sozialministerium, die Sächsische Landesärztekammer und die Deutsche Stiftung Organtransplantation eine Tagung für Ärztliche Direktoren, Transplantationsbeauftragte und Intensivmediziner angeregt, organisiert und durchgeführt. Das Transplantationsgesetz, das für uns seit 1997 bindend ist, gibt uns die Rahmenbedingungen vor. Dies betonte sowohl der Ehrenpräsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Prof. Dr. med. habil. Heinz Diert-

rich, sowie Herr Dr. Albert Hauser, Staatssekretär im Sächsischen Sozialministerium.

Frau Dr. Christa Wachsmuth wies in ihrem Beitrag darauf hin, dass die Mitarbeiter der DSO, Region Ost (Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen), 146 Krankenhäuser mit Intensivstation betreuen. Im Jahr 2004 wurden 269 potentielle Organspender gemeldet, 141 Organspenden konnten realisiert werden.

An der Gemeinschaftsaufgabe Organspende waren 60 Krankenhäuser der Region Ost beteiligt (41 Prozent), davon 28 aus Sachsen.

Wir wissen, dass Organspende hauptsächlich in Krankenhäusern mit Neurochirurgie, Neurotraumatologie und Neurologie stattfindet, also in Krankenhäusern der Zentral- und Maximalversorgung.

Unser aller Unterstützung brauchen aber auch die Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung, die 1 bis 2 potentielle Organspender pro Jahr haben.

Organspende ist eine Gemeinschaftsaufgabe der Transplantationszentren, der Krankenhäuser und der DSO in vertrauensvoller Zusammenarbeit.

Unterstützung in dieser Gemeinschaftsaufgabe erhalten wir von den Sozialministerien, Ärztekammern, den Landeskrankenhausgesellschaften und durch unsere Selbsthilfegruppen.

Herr Dr. med. Jörg Hoffmann, Herzchirurg aus dem Herzzentrum Dresden, zeigte den komplexen Ablauf einer Herztransplantation und die Kriterien für die Aufnahme auf die Warteliste.

Die Rolle der Krankenhäuser im Organspendeprozess, ein wichtiger inhaltlicher Punkt dieser Veranstaltung, wurden durch Frau Dr. Christa Wachsmuth, DSO, Region Ost und Herrn Dr. Christian Seyfert, Chefarzt im Städtischen Klinikum Görlitz und ärztlicher Transplantationsbeauftragte, dargelegt. Organspende ist Versorgungsauftrag seines Kran-

kenhauses. So wird es auch von allen Mitarbeitern seiner Klinik gesehen. Es gibt klare Prozesse und Abläufe sind definiert. Nur so kann das Krankenhaus als Teil der Gemeinschaftsaufgabe im Sinne der Transplantation funktionieren und dem gesellschaftlichen Auftrag gerecht werden.

Herr Prof. Dr. Bernd-Rüdiger Kern, Lehrstuhl für bürgerliches Recht, Rechtsgeschichte und Arztrecht an der Universität Leipzig, zeigte den juristischen Rahmen für die Lebendspende nach dem Transplantationsgesetz auf.

Damit war der Übergang zum Sächsischen Ausführungsgesetz zum Transplantationsgesetz, das sowohl im § 4 die Einrichtung der Kommission zur Prüfung von Freiwilligkeit und Unentgeltlichkeit der Lebendspende als auch im § 2 unseren Transplantationsbeauftragten in den Krankenhäusern gerecht wird, gegeben.

Frau Judith Costede, Referentin im Sächsischen Staatsministerium, gab hierzu einen ausführlichen Überblick.

Organspende muss gesellschaftlich akzeptiert sein, darauf wies Annetregt Bresch, Vorsitzende des Dialyseverbandes Sachsen e. V., hin. Wichtig ist die Akzeptanz in der Bevölkerung. Jeder Bürger sollte zu Lebzeiten entsprechend eines Persönlichkeitsrechts eine Entscheidung treffen. Sie sicherte im Namen aller Selbsthilfegruppen ihre Unterstützung zu, Aufklärungsarbeit zu leisten.

Ziel der Region Ost ist, gemeinsam mit den Selbsthilfegruppen das Thema Organspende in den Schulunterricht zu integrieren.

*Organspende schenkt Leben!  
Organspende geht uns alle an!*

Dr. med. Christa Wachsmuth  
Geschäftsführende Ärztin der DSO  
Region Ost

## Deutscher Präventionspreis

Der Deutsche Präventionspreis 2006 wird für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention vergeben, die werdende Mütter und Väter und Eltern mit Kindern bis zu drei Jahren in ihrer Kompetenz stärken, die gesunde Entwicklung ihrer Kinder zu fördern.

Der Deutsche Präventionspreis ist ein Kooperationsprojekt der Bertelsmann-Stiftung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung.  
[www.deutscher-praeventionspreis.de](http://www.deutscher-praeventionspreis.de)

DPP-Newsletter  
V.i.S.d.P. Gunnar Stierle, Geschäftsstelle des Deutschen Präventionspreises  
[kontakt@deutscher-praeventionspreis.de](mailto:kontakt@deutscher-praeventionspreis.de)  
Tel. 05222 930083  
Fax 05222 930089

---

# Amtliche Bekanntmachungen

## Inhaltsverzeichnis

1. Geschäftsordnung der Ethikkommission bei der Sächsischen Landesärztekammer  
Vom 26. November 2005
2. Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer  
Vom 26. November 2005
3. Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer  
(in der Fassung der Änderungssatzung vom 26. November 2005)
4. Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer  
Vom 26. November 2005
5. Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer  
(Gebührenordnung – GebO) vom 15. März 1994  
(in der Fassung der Änderungssatzung vom 26. November 2005)
6. Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer  
(Weiterbildungsordnung – WBO)  
Vom 26. November 2005
7. Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (Berufsordnung – BO)  
vom 24. Juni 1998, zuletzt geändert durch  
Satzung vom 24. November 2004  
Rechtsaufsichtliche Genehmigung

---

## Geschäftsordnung der Ethikkommission bei der Sächsischen Landesärztekammer

Vom 26. November 2005

Die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer hat am 12. November 2005 auf der Grundlage von § 5a des Sächsischen Heilberufekammergesetzes (SächsHKaG) vom 24. Mai 1994 (SächsGVBl. S. 935), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 11. November 2005 (SächsGVBl. S. 277), folgende Geschäftsordnung der Ethikkommission bei der Sächsischen Landesärztekammer beschlossen:

### § 1

#### Errichtung

Auf Grund von § 5a SächsHKaG errichtet die Sächsische Landesärztekammer eine in ihren Entscheidungen unabhängige Ethikkommission als rechtlich unselbständige Untergliederung zur Beratung ihrer Mitglieder und anderer Stellen in berufsethischen Fragen und zur Wahrnehmung der bundesrechtlich einer öffentlich-rechtlichen Ethikkommission zugewiesenen Aufgaben. Sie führt die Bezeichnung „Ethikkommission bei der Sächsischen Landesärztekammer“.

### Inhaltsübersicht

- |      |   |
|------|---|
| § 1  | Errichtung  |
| § 2  | Aufgaben, Zuständigkeit und Voraussetzungen der Tätigkeit       |
| § 3  | Zusammensetzung und Anforderungen an die Sachkunde              |
| § 4  | Unabhängigkeit, Rechte und Pflichten der Mitglieder             |
| § 5  | Verfahren vor der Ethikkommission,<br>Aufgaben des Vorsitzenden |
| § 6  | Antrag  |
| § 7  | Beschlussfassung  |
| § 8  | Anerkennung von Voten anderer Ethikkommissionen                 |
| § 9  | Geschäftsführung  |
| § 10 | Entschädigung der Mitglieder und Sachverständigen               |
| § 11 | Kosten des Verfahrens   |
| § 12 | Haftung   |
| § 13 | Inkrafttreten, Außerkrafttreten                                 |

### § 2

#### Aufgaben, Zuständigkeit und Voraussetzungen der Tätigkeit

- (1) Die Ethikkommission hat gemäß § 17 Abs. 1 Nr. 16 des Sächsischen Heilberufekammergesetzes die Aufgabe, die Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer in berufsethischen und berufsrechtlichen Fragen, insbesondere vor klinischen Versuchen am Menschen, vor epidemiologischen Forschungsvorhaben mit personenbezogenen Daten und vor der Forschung mit vitalen menschlichen Gameten und Embryonen zu beraten.
- (2) Die Ethikkommission nimmt ferner die bundesrechtlich einer öffentlich-rechtlichen Ethikkommission zugewiesenen Aufgaben nach
1. §§ 40 bis 42 des Gesetzes über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz - AMG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 11. Dezember 1998 (BGBl. I S. 3586), das zuletzt durch Artikel 2 Abs. 7 des Gesetzes vom 1. September 2005 (BGBl. I S. 2618, 2655) geändert worden ist,

2. § 20 des Gesetzes über Medizinprodukte (Medizinproduktegesetz - MPG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. August 2002 (BGBl. I S. 3146), das durch Artikel 109 der Verordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304, 2316) geändert worden ist,
3. §§ 8 und 9 des Gesetzes zur Regelung des Transfusionswesens (Transfusionsgesetz - TFG) vom 1. Juli 1998 (BGBl. I S. 1752), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 10. Februar 2005 (BGBl. I S. 234) geändert worden ist,
4. § 24 in Verbindung mit § 92 der Verordnung über den Schutz vor Schäden durch ionisierende Strahlen (Strahlenschutzverordnung - StrlSchV) vom 20. Juli 2001 (BGBl. I S. 1714, 2002 S. 1459), die zuletzt durch Artikel 2 § 3 Abs. 31 des Gesetzes vom 1. September 2005 (BGBl. I S. 2618, 2658) geändert worden ist,
5. § 28b in Verbindung mit § 28g der Verordnung über den Schutz vor Schäden durch Röntgenstrahlen (Röntgenverordnung - RöV) in der Fassung der Bekanntmachung vom 30. April 2003 (BGBl. I S. 604), in der jeweils geltenden Fassung wahr.

(3) Die an den medizinischen Fakultäten der Universität Leipzig und der Technischen Universität Dresden errichteten Ethikkommissionen treten für den Bereich der medizinischen Fakultäten und der Universitätsklinik an die Stelle der Ethikkommission bei der Sächsischen Landesärztekammer.

(4) Die Ethikkommission berät und gibt, soweit dies gesetzlich vorgesehen ist, eine förmliche Stellungnahme ab.

(5) Die Ethikkommission arbeitet auf der Grundlage des geltenden Rechts und der einschlägigen Berufsregeln einschließlich der wissenschaftlichen Standards. Sie berücksichtigt einschlägige nationale und internationale Empfehlungen und legt ihrer Arbeit die in der Deklaration von Helsinki des Weltärztebundes niedergelegten ethischen Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen zugrunde.

(6) Die moralische und rechtliche Verantwortung des Arztes für sein Handeln besteht unabhängig von der Beratung und Stellungnahme der Ethikkommission. Insbesondere beachtet der Arzt bei der Forschung am Menschen die in der Deklaration von Helsinki des Weltärztebundes niedergelegten ethischen Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen.

### § 3

#### Zusammensetzung und Anforderungen an die Sachkunde

(1) Die Ethikkommission besteht aus mindestens sechs, maximal elf Mitgliedern und einer angemessenen Zahl von Stellvertretern. Die Mehrheit der Mitglieder müssen Ärzte, ein Mitglied muss Jurist mit Befähigung zum Richteramt sein. Mindestens drei der ärztlichen Mitglieder sollten in der klinischen Medizin erfahren sein.

In der Kommission sollen Personen mit Erfahrung auf dem Gebiet der Versuchsplanung und Statistik sowie der theoretischen Medizin vertreten sein. Ein Mitglied soll durch berufliche Erfahrung auf dem Gebiet der Ethik in der Medizin ausgewiesen sein.

Für die Bewertung der klinischen Prüfung eines Arzneimittels bei Minderjährigen nach § 40 Abs. 4 und § 41 Abs. 2 des Arzneimittelgesetzes muss ein Mitglied als Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin vertreten sein. Für die Bewertung von Forschungsvorhaben mit Medizinprodukten nach § 20 Abs. 7 und 8 des Medizinproduktegesetzes muss ein Mitglied als Biomedizintechniker vertreten sein. Für eine angemessene Beteiligung beider Geschlechter sollte Sorge getragen werden.

(2) Die Mitglieder der Ethikkommission und ihre Stellvertreter werden vom Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer für die Dauer von vier Jahren entsprechend der Wahlperiode der Kammerversammlung berufen. Die Berufung erfolgt im Einvernehmen mit der Aufsichtsbehörde. Eine erneute Berufung ist möglich. Die Ethikkommission ist zuvor zu hören.

(3) Die Mitglieder der Ethikkommission wählen aus ihrer Mitte den Vorsitzenden und seinen Stellvertreter. Den Vorsitz der Ethikkommission soll ein Arzt führen.

(4) Jedes Mitglied kann auf eigenen Wunsch ausscheiden. Aus wichtigem Grund kann ein Mitglied, auch falls es Vorsitzender ist, vom Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer im Einvernehmen mit

der Aufsichtsbehörde abberufen werden. Dem Mitglied ist zuvor rechtliches Gehör zu gewähren. Für ein ausgeschiedenes Mitglied ist für die restliche Amtsperiode ein neues Mitglied zu berufen.

(5) Die Namen der Mitglieder und Stellvertreter der Ethikkommission werden auf den Internetseiten der Sächsischen Landesärztekammer veröffentlicht.

### § 4

#### Unabhängigkeit, Rechte und Pflichten der Mitglieder

Die Mitglieder der Ethikkommission sind bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben und in ihren Entscheidungen unabhängig und an Weisungen nicht gebunden. Sie haben nach bestem Wissen und Gewissen zu handeln. Sie sind zur Vertraulichkeit und Verschwiegenheit verpflichtet.

### § 5

#### Verfahren vor der Ethikkommission, Aufgaben des Vorsitzenden

(1) Der Vorsitzende der Ethikkommission entscheidet über Art und Weise der Bearbeitung der eingegangenen Anträge. Er bearbeitet den gewöhnlichen Schriftverkehr für die Ethikkommission und wird dabei von der Geschäftsführung unterstützt.

(2) Der Vorsitzende, und im Verhinderungsfalle sein Stellvertreter, beruft die Ethikkommission ein und bestimmt Ort und Zeit der Sitzung. Der Vorsitzende leitet die Sitzung und schließt sie.

(3) Die Ethikkommission tagt, so oft es die Geschäftslage erfordert, jedoch in der Regel alle drei Wochen.

(4) Die Sitzungen der Ethikkommission sind nicht öffentlich. Vertretern der Aufsichtsbehörde ist die Teilnahme ohne Stimmrecht gestattet. Die an den Sitzungen teilnehmenden Mitarbeiter der Geschäftsstelle und Vertreter der Aufsichtsbehörde sind zur Verschwiegenheit verpflichtet.

(5) Die Ethikkommission zieht zu ihren Beratungen Sachverständige aus den betreffenden Fachgebieten hinzu oder holt Gutachten ein, sofern sie nicht über ausreichende eigene Sachkenntnis verfügt. Die Sachverständigen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet.

(6) Die Ethikkommission beschließt grundsätzlich nach mündlicher Erörterung.

(7) Die Ergebnisse der Sitzungen der Ethikkommission sind in einem Protokoll festzuhalten.

(8) Die Berichterstattung über die Tätigkeit der Ethikkommission erfolgt durch den Vorsitzenden der Ethikkommission im Rahmen des Jahresberichts der Sächsischen Landesärztekammer.

### § 6

#### Antrag

(1) Die Ethikkommission wird in der Regel auf schriftlichen Antrag tätig. Der Antrag ist bei der Geschäftsstelle der Sächsischen Landesärztekammer einzureichen. Er kann jederzeit geändert oder zurückgenommen werden.

(2) Antragsberechtigt ist der Leiter des Forschungsvorhabens, auch wenn er kein Arzt ist, und jeder Prüfarzt, soweit er seine Tätigkeit im Zuständigkeitsbereich der Sächsischen Landesärztekammer ausübt. Soweit höherrangige Rechtsvorschriften dies vorsehen, kann auch der Sponsor Antragsteller sein.

(3) Ist eine multizentrische Studie noch von keiner nach Landesrecht gebildeten Ethikkommission bewertet worden, ist die Ethikkommission nur zuständig, wenn der Antragsteller der für das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland verantwortliche Leiter der klinischen Prüfung ist und er seine Tätigkeit im Zuständigkeitsbereich der Sächsischen Landesärztekammer ausübt. Soweit höherrangige Rechtsvorschriften dies vorsehen, ist die Ethikkommission auch dann zuständig, wenn der Antragsteller der Sponsor ist und gleichzeitig der verantwortliche Leiter der klinischen Prüfung seine Tätigkeit im Zuständigkeitsbereich der Sächsischen Landesärztekammer ausübt.

(4) Anträge, für die keine spezielleren Regelungen in anderen Rechtsvorschriften getroffen sind, haben mindestens zu umfassen:

1. Antragschreiben (deutsch),

2. Prüfplan (deutsch oder englisch),
  3. Zusammenfassung der wesentlichen Inhalte des Prüfplans in deutscher Sprache, wenn der Prüfplan nach Nr. 2 in englischer Sprache vorgelegt wird,
  4. Patienten- oder Probandeninformation und ein Muster der Patienten- oder Probandeneinwilligungserklärung (deutsch). Bei Untersuchungen mit genetischem Material ist eine zusätzliche Patienten- oder Probandeninformation und eine zusätzliche Patienten- oder Probandeneinwilligungserklärung erforderlich.
  5. Standardisierte Erklärung zum Datenschutz (deutsch),
  6. Nachweis der gesetzlich geforderten Versicherung,
  7. Erklärung, ob und wo im Zusammenhang mit multizentrischen Studien bereits vorher Anträge gleichen Inhalts gestellt worden sind und die bereits vorliegenden Bescheide der anderen Ethikkommissionen,
  8. Nachweis, dass die bisherigen Beanstandungen anderer Ethikkommissionen eingearbeitet worden sind.
- (5) Wenn die Ethikkommission federführend ist, sind für die zustimmende Bewertung der klinischen Prüfung mit Arzneimitteln Antrag und Unterlagen zu dem Forschungsvorhaben in fünffacher Ausführung und zusätzlich auf einem elektronischen Datenträger einzureichen. Wenn die Ethikkommission im Bewertungsverfahren beteiligt ist, sind Antrag und Unterlagen in zweifacher Ausführung und zusätzlich auf einem elektronischen Datenträger einzureichen.
- Bei sonstigen Forschungsvorhaben sind Antrag und Unterlagen dreifach einzureichen, wenn es sich um die erstmalige Beantragung bei einer Ethikkommission für dieses Vorhaben handelt und zweifach, wenn der gleichlautende Antrag bereits vorher bei einer anderen Ethikkommission gestellt worden ist.
- (6) Die Ethikkommission kann vom Antragsteller ergänzende Unterlagen, Angaben oder Begründungen verlangen.

## § 7

### Beschlussfassung

- (1) Die Ethikkommission ist beschlussfähig, wenn mindestens sechs Mitglieder anwesend sind, darunter ein Jurist mit Befähigung zum Richteramt.
- (2) Von der Erörterung und Beschlussfassung ausgeschlossen sind Mitglieder, die an dem Forschungsvorhaben mitwirken oder deren Interessen in einer Weise berührt sind, dass die Besorgnis der Befangenheit besteht.
- (3) Der Antragsteller kann vor der Stellungnahme durch die Ethikkommission angehört werden; auf seinen Wunsch hin soll er angehört werden. Die Ethikkommission kann weitere Beteiligte des Forschungsprojekts anhören.
- (4) Beabsichtigt die Ethikkommission, dem Forschungsvorhaben nicht zuzustimmen, ist dem Antragsteller vorher Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Auf Verlangen ist er vor der Ethikkommission zu hören.
- (5) Die Ethikkommission soll über den zu treffenden Beschluss einen Konsens anstreben. Wird ein solcher nicht erreicht, beschließt die Ethikkommission mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen. Stimmenthaltungen sind nicht zulässig. Bei Stimmgleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden. Jedes Mitglied der Ethikkommission kann seine abweichende Meinung in einem Sondervotum niederlegen.
- (6) Die Entscheidung der Ethikkommission ist dem Antragsteller einschließlich etwaiger Sondervoten schriftlich mitzuteilen. Ablehnende Bescheide, Auflagen und Empfehlungen zur Änderung des Forschungsvorhabens sind schriftlich zu begründen.
- (7) Eine Anzeige des Antragstellers über die Änderung des Forschungsvorhabens oder über schwerwiegende unerwartete Ereignisse wird vom Vorsitzenden oder einem anderen sachverständigen Mitglied geprüft. Der Mitteilung eines schwerwiegenden unerwarteten Ereignisses ist die Stellungnahme des Sponsors, des Leiters der klinischen Prüfung oder eines Prüfarztes zur veränderten Nutzen-Risiko-Bewertung beizufügen. Ist die Ethikkommission federführend, kann sie sich erneut mit dem Forschungsvorhaben befassen und eine neue Entscheidung erlassen. Hierfür gelten die vorstehenden Vorschriften entsprechend.

## § 8

### Anerkennung von berufsrechtlichen Voten anderer Ethikkommissionen

Die berufsrechtlichen Voten der an den medizinischen Fakultäten der Universität Leipzig und der Technischen Universität Dresden errichteten Ethikkommissionen werden von der Ethikkommission bei der Sächsischen Landesärztekammer anerkannt. Dies schließt nicht aus, dass das Forschungsvorhaben von der Ethikkommission noch einmal beraten wird. Die Ethikkommission kann in einer Stellungnahme zusätzliche Hinweise und Empfehlungen aussprechen.

## § 9

### Geschäftsführung

Die Geschäftsführung der Ethikkommission wird von der Geschäftsstelle der Sächsischen Landesärztekammer übernommen. Die notwendigen personellen, finanziellen und sachlichen Mittel stellt die Sächsische Landesärztekammer als Trägerin der Ethikkommission.

## § 10

### Entschädigung der Mitglieder und Sachverständigen

- (1) Die Mitglieder der Ethikkommission erhalten für ihre gutachterliche Stellungnahme zur Vorbereitung der Entscheidung der Ethikkommission eine Entschädigung nach dem Gesetz über die Vergütung von Sachverständigen, Dolmetscherinnen, Dolmetschern, Übersetzerinnen und Übersetzern sowie die Entschädigung von ehrenamtlichen Richterinnen, ehrenamtlichen Richtern, Zeuginnen, Zeugen und Dritten (Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz - JVEG) in der jeweils geltenden Fassung. Im Übrigen gilt die Reisekostenordnung der Sächsischen Landesärztekammer.
- (2) Sachverständige erhalten für ihre beratende Tätigkeit eine Entschädigung entsprechend Absatz 1.

## § 11

### Kosten des Verfahrens

Für die Tätigkeit der Ethikkommission werden Gebühren auf der Grundlage der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer (Gebührenordnung - GebO) erhoben.

## § 12

### Haftung

Für die etwaige Haftung der Sächsischen Landesärztekammer für einen möglichen Haftungsschaden bei der Wahrnehmung der Aufgaben der Ethikkommission gilt § 5a Abs. 4 des Sächsischen Heilberufekammergesetzes.

## § 13

### Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Diese Geschäftsordnung tritt am 1. Januar 2006 in Kraft. Gleichzeitig treten die Satzung für die Ethikkommission bei der Sächsischen Landesärztekammer vom 4. März 1996 und die Geschäftsordnung der Ethikkommission bei der Sächsischen Landesärztekammer vom 28. Februar 1996 außer Kraft.

Dresden, 12. November 2005

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
Präsident

Dr. med. Lutz Liebscher  
Schriftführer

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales hat mit Schreiben vom 25. November 2005, Az 21-5415.21/15 die Genehmigung erteilt.

Die vorstehende Geschäftsordnung der Ethikkommission bei der Sächsischen Landesärztekammer wird hiermit ausgefertigt und wird im Ärzteblatt Sachsen bekannt gemacht.

Dresden, 26. November 2005

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

# Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer

Vom 26. November 2005

Aufgrund von § 14 Abs. 1 des Sächsischen Heilberufekammergesetzes (SächsHKaG) vom 24. Mai 1994 (SächsGVBl. S. 935), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 11. November 2005 (SächsGVBl. S. 277) hat die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer am 12. November 2005 die folgende Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (Beitragsordnung – Beitrags-O) vom 26. Juni 2002 (ÄBS S. 337), zuletzt geändert mit Satzung vom 24. November 2004 (ÄBS S. 569) beschlossen:

## Artikel 1

Die Anlage gemäß § 2 Abs. 5 der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer wird wie folgt neu gefasst:

Anlage gemäß § 2 Abs. 5 der Beitragsordnung  
der Sächsischen Landesärztekammer

### Beitragstabelle

Beitragsstufe	Einkünfte pro Jahr in EUR		Jahresbeitrag in EUR
	über	bis	
1		5.000,00	15,00
2	5.000,00	10.000,00	35,00
3	10.000,00	15.000,00	60,00
4	15.000,00	20.000,00	90,00
5	20.000,00	25.000,00	120,00
6	25.000,00	30.000,00	150,00
7	30.000,00	35.000,00	180,00
8	35.000,00	40.000,00	210,00
9	40.000,00	45.000,00	240,00
10	45.000,00	50.000,00	270,00
11	50.000,00	55.000,00	300,00
12	55.000,00	60.000,00	330,00
13	60.000,00	65.000,00	360,00
14	65.000,00	70.000,00	390,00
15	70.000,00	75.000,00	420,00
16	75.000,00	80.000,00	450,00
17	80.000,00	85.000,00	480,00
18	85.000,00	90.000,00	510,00
19	90.000,00	95.000,00	540,00
20	95.000,00	100.000,00	570,00
21	100.000,00	105.000,00	600,00
22	105.000,00	110.000,00	630,00
23	110.000,00	115.000,00	660,00
24	115.000,00	120.000,00	690,00
25	120.000,00	125.000,00	720,00
26	125.000,00	130.000,00	750,00
27	130.000,00	135.000,00	780,00
28	135.000,00	140.000,00	810,00
29	140.000,00	145.000,00	840,00
30	145.000,00	150.000,00	870,00
31	150.000,00	431.034,48	0,58 % der Einkünfte
Höchstbeitrag	431.034,48		2.500,00

Der Mindestbeitrag beträgt 15,00 EUR.

Der Höchstbeitrag beträgt 2.500,00 EUR.

## Artikel 2

Diese Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer tritt am 1. Januar 2006 in Kraft.

Dresden, 12. November 2005

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze      Dr. med. Lutz Liebscher  
Präsident                                      Schriftführer

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales hat mit Schreiben vom 25. November 2005, Az 21-5415.21/4 III die Genehmigung erteilt.

Die vorstehende Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer wird hiermit ausgefertigt und im Ärzteblatt Sachsen bekannt gemacht.

Dresden, 26. November 2005

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

# Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (in der Fassung der Änderungssatzung vom 26. November 2005)

Aufgrund von § 14 Abs. 1 des Sächsischen Heilberufekammergesetzes (SächsHKaG) vom 24. Mai 1994 (SächsGVBl. S. 935), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 11. November 2005 (SächsGVBl. S. 277) hat die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer die Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (Beitragsordnung – Beitrags-O) vom 26. Juni 2002 (ÄBS S. 337) beschlossen und zuletzt mit Beschluss vom 12. November 2005 (ÄBS S. 576) geändert.

## Präambel

Alle durch Kammerbeiträge erhobenen Gelder sind nach Maßgabe des Haushaltsplanes der Landesärztekammer und äußerst sparsam zu verwenden.

## § 1

### Beitragspflicht

- (1) Zur Deckung der Kosten, die ihr durch die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben entstehen, erhebt die Landesärztekammer Kammerbeiträge. Die Kammerbeiträge sind öffentlich-rechtliche Abgaben. Der Kammerbeitrag ist ein Jahresbeitrag. Beitragsjahr ist das Kalenderjahr.
- (2) Beitragspflichtig sind alle Ärzte, die Pflichtmitglieder oder freiwillige Mitglieder der Landesärztekammer sind.
- (3) Die Beitragspflicht besteht, wenn der Arzt zum 1. Februar des Beitragsjahres Mitglied der Landesärztekammer ist. Ist der Arzt für das Beitragsjahr bereits von einer anderen Ärztekammer zum Kammerbeitrag veranlagt und ist von ihm dieser Kammerbeitrag bereits gezahlt worden, entfällt die Beitragspflicht zur Landesärztekammer. Begründet ein Arzt seine Mitgliedschaft bei der Landesärztekammer, ohne dass er zuvor Mitglied in einer anderen Ärztekammer war, wird der Jahresbeitrag anteilig nach vollen Monaten erhoben. Das gleiche gilt für Mitglieder, deren Mitgliedschaft während des Beitragsjahres endet, ohne dass eine freiwillige Mitgliedschaft oder eine Mitgliedschaft bei einer anderen Landesärztekammer begründet wird. Macht der Arzt seine Veranlagung insbesondere durch Nichtanmeldung unmöglich, wird er nachträglich veranlagt.
- (4) Mitglieder, die im Beitragsjahr das 70. Lebensjahr vollenden, sind in den Folgejahren von der Beitragspflicht befreit, sofern sie keine Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit erzielen.

## § 2

### Beitragsbemessung

- (1) Für die Beitragsbemessung sind alle Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit im vorletzten Jahr vor dem Beitragsjahr zu berücksichtigen. Hat das Mitglied im vorletzten Jahr vor dem Beitragsjahr keine Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit erzielt, so sind die im letzten Jahr vor dem Beitragsjahr erzielten Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit zugrunde zu legen.
- (2) Die Einkünfte sind entsprechend den Vorschriften des Einkommensteuergesetzes zu ermitteln.  
Als Einkünfte sind insbesondere zu verstehen:
  - bei niedergelassenen Ärzten der Gewinn aus selbständiger ärztlicher Tätigkeit, also die Betriebseinnahmen (Umsatz) abzüglich der Betriebsausgaben,
  - bei beamteten oder angestellten Ärzten deren Bruttoarbeitslohn aus nichtselbständiger ärztlicher Tätigkeit abzüglich Werbungskosten zuzüglich Einkünfte aus Mehrarbeit, Bereitschaftsdienste, Poolvergütungen und Abfindungen.

Ferner zählen dazu Einkünfte aus ärztlicher Nebentätigkeit z. B. aus Privatpraxis, Beteiligungen an vertragsärztlicher Tätigkeit, Gutachter-tätigkeit, Honorare aus medizinisch-schriftstellerischer Tätigkeit und aus honorierter Prüfungstätigkeit. Erzielt ein Mitglied Einkünfte sowohl aus selbständiger als auch aus nichtselbständiger ärztlicher Tätigkeit, so sind diese zusammen zu zählen.

(3) Ärztliche Tätigkeit im Sinne dieser Beitragsordnung umfasst nicht nur die Behandlung von Patienten, sondern jede Tätigkeit, bei der ärztliche Fachkenntnisse angewendet oder mitverwendet werden (z. B. in Lehre und Forschung, in Industrie, Wirtschaft und Medien, in der Verwaltung und im öffentlichen Dienst).

(4) Versorgungsbezüge nach öffentlich-rechtlichen Grundsätzen, Renten aus der Sozialversicherung und vergleichbare Leistungen, zum Beispiel aus der Ärzteversorgung, bleiben außer Ansatz. Sofern neben diesen Versorgungsbezügen Einkünfte aus gelegentlichen ärztlichen Tätigkeiten in Höhe von mehr als 5.000,00 EUR im Beitragsjahr erzielt werden, ist ein Kammerbeitrag in Höhe von 40,00 EUR zu zahlen.

(5) Die Beitragsstufen ergeben sich aus der Beitragstabelle, die Bestandteil dieser Beitragsordnung ist. Der Mindestbeitrag beträgt 15,00 EUR und der Höchstbeitrag beträgt 2.500,00 EUR.

## § 3

### Mindestbeitrag

- (1) Den Mindestbeitrag zahlen Mitglieder, die im Beitragsjahr
  - a) keine ärztliche Tätigkeit ausüben,
  - b) als Stipendiaten, zivil- oder grundwehrdienstleistende Ärzte oder vergleichbar tätig sind,
  - c) Mutterschaftsurlaub oder Elternzeit in Anspruch nehmen,
  - d) ärztlich tätig sind und im letzten und vorletzten Jahr vor dem Beitragsjahr keine Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit erzielt haben oder
  - e) neben Versorgungsbezügen im Sinne von § 2 Abs. 4 Einkünfte aus gelegentlichen ärztlichen Tätigkeiten in Höhe von nicht mehr als 5.000,00 EUR erzielen.
- (2) Für Mitglieder, die während des Beitragsjahres ihre ärztliche Tätigkeit beenden bzw. eine nichtärztliche Tätigkeit aufnehmen (Abs. 1 Buchstabe a)) oder während des Beitragsjahres Mutterschaftsurlaub oder Elternzeit in Anspruch nehmen (Abs. 1 Buchstabe c)) und keine Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit erzielen, wird der Jahresbeitrag auf Antrag anteilig nach vollen Monaten festgesetzt.

## § 4

### Mehrfach approbierte und freiwillige Mitglieder

- (1) Mehrfach approbierte Mitglieder, die vorwiegend als Ärzte tätig sind, entrichten den vollen Kammerbeitrag. Mehrfach approbierte Mitglieder, die vorwiegend als Zahnärzte, Tierärzte oder Apotheker tätig sind, entrichten den Mindestbeitrag. Mehrfach approbierte Mitglieder, bei denen eine vorwiegende Tätigkeit nicht feststellbar ist, entrichten den halben Kammerbeitrag, der ihrer ausgeübten ärztlichen Tätigkeit und der ihren Einkünften entsprechenden Beitragsstufe entspricht.
- (2) Freiwillige Mitglieder zahlen jährlich einen Beitrag in Höhe von 175,00 EUR. Sofern die freiwillige Mitgliedschaft während des Beitragsjahres beginnt, wird der Jahresbeitrag anteilig nach vollen Monaten festgesetzt.

## § 5

### Selbsteinstufung

- (1) Die Beitragsveranlagung erfolgt durch Selbsteinstufung des Mitgliedes. Jedes Mitglied hat sich bis zum 1. März eines jeden Jahres auf

dem ihm zugesandten Vordruck selbst zum Kammerbeitrag für das laufende Beitragsjahr einzustufen.

(2) Der Selbsteinstufung ist eine Kopie des Auszuges des Einkommenssteuerbescheides oder eine schriftliche Bestätigung des Steuerberaters als Nachweis über die Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit des Bemessungsjahres gemäß § 2 beizufügen.

(3) Das Mitglied ist verpflichtet, in den Fällen des § 3 Abs. 1 Buchstabe a) bis d) sowie des § 4 Abs. 1 die erforderlichen Nachweise zu führen.

## § 6

### Beitragsfestsetzung

(1) Liegen der Landesärztekammer Nachweise vor, aus denen sich die Einstufung in eine bestimmte Beitragsstufe ergibt und fehlt die Selbsteinstufung oder ist sie erkennbar falsch, setzt die Landesärztekammer den Kammerbeitrag durch Beitragsbescheid fest.

(2) Liegen der Landesärztekammer am 1. März des Kalenderjahres keine Nachweise im Sinne von § 5 Abs. 2 und 3 vor, setzt die Landesärztekammer den Kammerbeitrag auf 2.500,00 EUR fest. Die Landesärztekammer hat den Bescheid zu berichtigen, wenn binnen Monatsfrist nach Zugang des Beitragsbescheides die Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit im Bemessungsjahr gemäß § 5 Abs. 2 und 3 nachgewiesen werden.

(3) Liegen der Landesärztekammer Nachweise über Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit vor, die nicht den Anforderungen von § 5 Abs. 2 und 3 entsprechen, setzt die Landesärztekammer den Beitrag auf Grund der Nachweise fest, wenn die Einkünfte ausreichend glaubhaft gemacht sind. Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend.

## § 7

### Fälligkeit und Einzug

(1) Der Kammerbeitrag ist am 1. März, in den Fällen des § 6 mit Zugang des Beitragsbescheides, fällig und innerhalb eines Monats zu entrichten.

(2) Die Landesärztekammer kann vom Mitglied zum Einzug der fälligen Kammerbeiträge durch Lastschriftinzugsverfahren – bis auf schriftlichen Widerruf - ermächtigt werden.

## § 8

### Mahnung und Beitreibung

(1) Rückständige Kammerbeiträge werden zweimal mit monatlicher Zahlungsfrist angemahnt.

(2) Die zweite Mahnung erfolgt frühestens fünf Wochen nach Absendung der ersten Mahnung. Für diese Mahnung wird eine Gebühr von 15,00 EUR erhoben.

(3) Kommt das Mitglied nach der zweiten Mahnung innerhalb eines Monats seiner Zahlungspflicht nicht oder nicht vollständig nach, wird der Kammerbeitrag beigetrieben.

## § 9

### Stundung, Ermäßigung und Erlass

(1) Auf schriftlichen Antrag kann der Kammerbeitrag zur Vermeidung unzumutbarer Härten wegen besonderer persönlicher, beruflicher oder familiärer Umstände ganz oder teilweise erlassen oder gestundet werden. Ein Rechtsanspruch hierauf besteht nicht.

(2) Der Antrag kann grundsätzlich nur bis zum 1. März gestellt werden. Er ist zu begründen und mit Nachweisen zu versehen, aus denen sich die unzumutbare Härte wegen besonderer persönlicher, beruflicher oder familiärer Umstände ergibt. Die Landesärztekammer kann dazu jederzeit Auskunft verlangen. § 6 Abs. 1 gilt entsprechend. Für Fälligkeit, Mahnung und Beitreibung ermäßigter und gestundeter Kammerbeiträge gelten § 7 und § 8 entsprechend.

## § 10

### Inkrafttreten

Die geänderte Beitragsordnung tritt am 1. Januar 2006 in Kraft.

Anlage - Beitragstabelle

Dresden, 12. November 2005

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

gez. Dr. med. Lutz Liebscher  
Schriftführer

Anlage gemäß § 2 Abs. 5 der Beitragsordnung  
der Sächsischen Landesärztekammer

### Beitragstabelle

Beitragsstufe	Einkünfte pro Jahr in EUR		Jahresbeitrag in EUR
	über	bis	
1		5.000,00	15,00
2	5.000,00	10.000,00	35,00
3	10.000,00	15.000,00	60,00
4	15.000,00	20.000,00	90,00
5	20.000,00	25.000,00	120,00
6	25.000,00	30.000,00	150,00
7	30.000,00	35.000,00	180,00
8	35.000,00	40.000,00	210,00
9	40.000,00	45.000,00	240,00
10	45.000,00	50.000,00	270,00
11	50.000,00	55.000,00	300,00
12	55.000,00	60.000,00	330,00
13	60.000,00	65.000,00	360,00
14	65.000,00	70.000,00	390,00
15	70.000,00	75.000,00	420,00
16	75.000,00	80.000,00	450,00
17	80.000,00	85.000,00	480,00
18	85.000,00	90.000,00	510,00
19	90.000,00	95.000,00	540,00
20	95.000,00	100.000,00	570,00
21	100.000,00	105.000,00	600,00
22	105.000,00	110.000,00	630,00
23	110.000,00	115.000,00	660,00
24	115.000,00	120.000,00	690,00
25	120.000,00	125.000,00	720,00
26	125.000,00	130.000,00	750,00
27	130.000,00	135.000,00	780,00
28	135.000,00	140.000,00	810,00
29	140.000,00	145.000,00	840,00
30	145.000,00	150.000,00	870,00
31	150.000,00	431.034,48	0,58 % der Einkünfte
Höchstbeitrag	431.034,48		2.500,00

Der Mindestbeitrag beträgt 15,00 EUR.  
Der Höchstbeitrag beträgt 2.500,00 EUR.



# Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer

Vom 26. November 2005

Aufgrund von § 14 Abs. 3 des Sächsischen Heilberufekammergesetzes (SächsHKaG) vom 24. Mai 1994 (SächsGVBl. S. 935), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 11. November 2005 (SächsGVBl. S. 277) hat die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer am 12. November 2005 die folgende Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer (Gebührenordnung – GebO) vom 15. März 1994 (ÄBS S. 270), zuletzt geändert mit Satzung vom 24. November 2004 (ÄBS S. 570), beschlossen:

## Artikel 1

1. § 1 wird wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:  
**„Erhebung von Kosten (Gebühren und Auslagen)“**
- b) Abs. 1 wird wie folgt neu gefasst:  
„Die Sächsische Landesärztekammer erhebt Kosten (Gebühren und Auslagen) für die Inanspruchnahme von Kammereinrichtungen und für Leistungen und Tätigkeiten, die sie in Wahrnehmung ihrer Aufgaben erbringt (Amtshandlungen).“

- c) Abs. 2 wird wie folgt neu gefasst:  
„Das Gebührenverzeichnis (Anlage) ist Teil dieser Gebührenordnung. Für Amtshandlungen, die nicht im Gebührenverzeichnis enthalten sind, wird eine Gebühr erhoben, die nach im Gebührenverzeichnis bewerteten vergleichbaren Amtshandlungen zu bemessen ist.“

d) Der bisherige Abs. 2 wird Abs. 3.

2. § 3 wird wie folgt geändert:  
Die Wörter „des Gegenstandes“ werden ersetzt durch die Wörter „der Angelegenheit“.

3. § 5 wird wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:  
**„Stundung, Ermäßigung und Erlass“**
- b) Satz 1 wird wie folgt geändert:  
Nach den Worten „ganz oder teilweise gestundet“ wird ergänzt „..., ermäßigt ...“.
- c) Satz 2 wird wie folgt geändert:  
Nach den Worten „für die Stundung“ wird ergänzt „..., die Ermäßigung ...“.
- d) Satz 3 wird neu angefügt:  
„Es besteht kein Rechtsanspruch auf Stundung, Ermäßigung oder Erlass.“

4. Das Gebührenverzeichnis wird wie folgt geändert:

- a) Änderungen zu Nr. 1.:  
aa) Nr. 1.2. wird wie folgt ergänzt:  
„1.2. Beglaubigung von Urkunden außerhalb des Meldeverfahrens 10,00 EUR“
- bb) Die bisherige Nr. 1.2. wird Nr. 1.3.

cc) Die bisherige Nr. 1.3. wird Nr. 2.1.

dd) Nr. 1.4. wird wie folgt gefasst:  
„Erteilung eines „Good standing“ 15,00 EUR“

ee) Die bisherige Nr. 1.4. wird Nr. 1.6.

ff) Nr. 1.5. wird wie folgt gefasst:  
„Ausstellung eines „Arzt-Notfall-Schild“ 15,00 EUR“

gg) Nr. 1.7. wird neu angefügt:  
„Ausstellung von sonstigen Bescheinigungen 10,00 EUR bis 150,00 EUR“

hh) Nr. 1.8. wird neu angefügt:  
„Bestätigungen nach dem Betäubungsmittelgesetz 15,00 EUR“

ii) Nr. 1.9. wird neu angefügt:  
„Kopierarbeiten ab 21 Seiten; je Kopie 0,10 EUR“

b) Nr. 2. wird wie folgt gefasst:

### **„2. Durchführung von berufsrechtlichen Verfahren und Widersprüchen**

- 2.1. Entscheidung über einen Widerspruch  
- teilweise Stattgabe 10,00 EUR bis 50,00 EUR  
- keine Stattgabe 25,00 EUR bis 100,00 EUR
- 2.2. Durchführung eines Ordnungswidrigkeitenverfahrens 50,00 EUR bis 100,00 EUR
- 2.3. Durchführung eines Rügeverfahrens mit Erteilung einer Rüge 100,00 EUR bis 500,00 EUR“

c) Die bisherige Nr. 2 wird Nr. 3.

d) Die bisherige Nr. 3. wird Nr. 4. und wird wie folgt gefasst:

### **„4. Erteilung von Weiterbildungsbefugnissen und Zulassung als Weiterbildungsstätte**

- 4.1. Verfahren zur Erteilung der Weiterbildungsbefugnis 150,00 EUR
- 4.2. Verfahren zur Änderung der Weiterbildungsbefugnis 50,00 EUR
- 4.3. Verfahren zur Zulassung als Weiterbildungsstätte 150,00 EUR“

e) Die bisherige Nr. 4. wird Nr. 5. und wird wie folgt gefasst:

### **„5. Verfahren zur Feststellung der Gleichwertigkeit von Diplomen, Prüfungszeugnissen und sonstigen Befähigungsnachweisen**

20,00 EUR bis 100,00 EUR“

f) Die bisherige Nr. 5. wird Nr. 6.

g) Die bisherige Nr. 5. (Nr. 6. neu) wird wie folgt ergänzt:

- „6.3. Teilnahme an gebührenpflichtigen Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen pro Stunde 7,00 EUR bis 13,00 EUR“

- h) Die bisherigen Nrn. 6. bis 8. werden Nrn. 7. bis 9.
- i) Die bisherige Nr. 8. wird als Nr. 9. wie folgt gefasst:
- „9. Tätigkeit der Ethikkommission
- 9.1. Beratung des Arztes über die mit seinem Forschungsvorhaben verbundenen berufsethischen und berufsrechtlichen Fragen (§ 15 Abs. 1 Berufsordnung)
- 9.1.1. vor der Durchführung klinischer Versuche am Menschen 250,00 EUR bis 1.500,00 EUR
- 9.1.2. vor der Durchführung epidemiologischer Forschung mit personenbezogenen Daten 250,00 EUR bis 1.500,00 EUR
- 9.1.3. vor der Durchführung der Forschung mit vitalen menschlichen Gameten und lebendem embryonalen Gewebe 250,00 EUR bis 1.500,00 EUR
- 9.1.4. Beratung über wichtige Ergänzungen zur Tätigkeit nach Nrn. 9.1.1. bis 9.1.3. 25,00 EUR bis 750,00 EUR
- 9.2. Verfahren bei der Ethikkommission für Multicenter-(MC-) Studien gemäß § 42 Abs. 1 in Verbindung mit § 40 Abs. 1 Satz 2 AMG als **federführende** Ethikkommission
- 9.2.1. Stellungnahme 2.500,00 EUR bis 4.000,00 EUR
- 9.2.2. Amendment
- 9.2.2.1. Formale Änderungen 100,00 EUR bis 400,00 EUR
- 9.2.2.2. Inhaltliche Änderungen 100,00 EUR bis 800,00 EUR
- 9.2.2.3. Neubewertung 500,00 EUR bis 1.500,00 EUR
- 9.2.3. Nachmeldung Prüfzentrum 100,00 EUR bis 400,00 EUR
- 9.2.4. Zwischenfallsmeldung 100,00 EUR bis 600,00 EUR
- 9.2.5. Aktualisierte Investigators Brochure 100,00 EUR bis 250,00 EUR
- 9.2.6. Jahresbericht 100,00 EUR bis 250,00 EUR
- 9.2.7. Studienabbruch 100,00 EUR bis 250,00 EUR
- 9.3. Verfahren bei der Ethikkommission für Multicenter-(MC-) Studien gemäß § 42 Abs. 1 in Verbindung mit § 40 Abs. 1 Satz 2 AMG als **lokale** Ethikkommission
- 9.3.1. Stellungnahme 250,00 EUR bis 1.000,00 EUR
- 9.3.2. Amendment 100,00 EUR bis 500,00 EUR
- 9.3.3. Nachmeldung Prüfzentrum 50,00 EUR bis 400,00 EUR
- 9.3.4. Zwischenfallsmeldung 100,00 EUR bis 200,00 EUR
- 9.4. Verfahren bei der Ethikkommission für **Monocenter-**Studien gemäß § 42 Abs. 1 in Verbindung mit § 40 Abs. 1 Satz 2 AMG
- 9.4.1. Stellungnahme 1.500,00 EUR bis 4.000,00 EUR
- 9.4.2. Amendment
- 9.4.2.1. Formale Änderungen 100,00 EUR bis 400,00 EUR
- 9.4.2.2. Inhaltliche Änderungen 100,00 EUR bis 800,00 EUR
- 9.4.2.3. Neubewertung 500,00 EUR bis 1.500,00 EUR
- 9.4.3. Nachmeldung Prüfzentrum 100,00 EUR bis 400,00 EUR
- 9.4.4. Zwischenfallsmeldung 100,00 EUR bis 600,00 EUR
- 9.4.5. Aktualisierte Investigators Brochure 100,00 EUR bis 250,00 EUR
- 9.4.6. Jahresbericht 100,00 EUR bis 250,00 EUR
- 9.4.7. Studienabbruch 100,00 EUR bis 250,00 EUR“
- j) Die bisherigen Nrn. 9. bis 11. werden Nrn. 10. bis 12.

### Artikel 2

Der Wortlaut der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer wird in der vom 1. Januar 2006 an geltenden Fassung im Ärzteblatt Sachsen bekannt gemacht.

### Artikel 3 Inkrafttreten

Diese Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer tritt am 1. Januar 2006 in Kraft.

Dresden, 12. November 2005

Prof. Dr. med. habil. Schulze      Dr. med. Liebscher  
Präsident      Schriftführer

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales hat mit Schreiben vom 25. November 2005, Az 21-5415.21/5 die Genehmigung erteilt.

Die vorstehende Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer wird hiermit ausgefertigt und im Ärzteblatt Sachsen bekannt gemacht.

Dresden, 26. November 2005

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
Präsident

# Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer (Gebührenordnung - GebO) vom 15. März 1994 (in der Fassung der Änderungssatzung vom 26. November 2005)

Aufgrund von § 14 Abs. 3 des Sächsischen Heilberufekammergesetzes (SächsHKaG) vom 24. Mai 1994 (SächsGVBl. S. 935), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 11. November 2005 (SächsGVBl. S. 277) hat die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer die Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer (Gebührenordnung - GebO) vom 15. März 1994 (ÄBS S. 270) beschlossen und zuletzt mit Beschluss vom 12. November 2005 (ÄBS S. 579) geändert:

## § 1

### Erhebung von Kosten (Gebühren und Auslagen)

- (1) Die Sächsische Landesärztekammer erhebt Kosten (Gebühren und Auslagen) für die Inanspruchnahme von Kammereinrichtungen und für Leistungen und Tätigkeiten, die sie in Wahrnehmung ihrer Aufgaben erbringt (Amtshandlungen).
- (2) Das Gebührenverzeichnis (Anlage) ist Teil dieser Gebührenordnung. Für Amtshandlungen, die nicht im Gebührenverzeichnis enthalten sind, wird eine Gebühr erhoben, die nach im Gebührenverzeichnis bewerteten vergleichbaren Amtshandlungen zu bemessen ist.
- (3) Gebühren werden nach dem Verwaltungsaufwand und der Bedeutung der Angelegenheit bemessen.
- (4) Auslagen sind Aufwendungen, die im Einzelfall im Zusammenhang mit einer Amtshandlung entstehen, wie
  - Entschädigungen für Zeugen und Sachverständige,
  - Beträge, die anderen Behörden oder anderen Personen für ihre Tätigkeit zustehen.
- (5) Auslagen werden grundsätzlich in tatsächlich entstandener Höhe erhoben.

## § 2

### Gebührensschuldner

Zur Zahlung ist verpflichtet,

1. wer die Amtshandlung veranlasst oder in wessen Interesse sie vorgenommen wird,
2. wer die Gebührenschuld durch schriftliche Erklärung übernommen hat oder für die Gebührenschuld eines anderen kraft Gesetzes haftet.

## § 3

### Rahmengebühr

Ist die Gebühr innerhalb eines Gebührenrahmens zu erheben, bemisst sich ihre Höhe nach dem Verwaltungsaufwand, nach der Bedeutung der Angelegenheit, nach dem wirtschaftlichen oder sonstigen Interesse für den Gebührenschuldner sowie nach seinen wirtschaftlichen Verhältnissen.

## § 4

### Fälligkeit

- (1) Die Gebühr wird mit Bekanntgabe der Gebührenfestsetzung an den Schuldner fällig. Prüfungsgebühren werden spätestens mit der Zulassung zur Prüfung fällig.
- (2) Schriftstücke oder sonstige Sachen können bis zur Entrichtung der Gebühr zurückbehalten oder an den Gebührenschuldner auf dessen Kosten unter Nachnahme der Gebühr übersandt werden.
- (3) Ein Widerspruch gegen die Gebührenfestsetzung hat keine aufschiebende Wirkung.
- (4) Amtshandlungen können von der Entrichtung eines Gebühren- oder Auslagenvorschusses abhängig gemacht werden.

## § 5

### Stundung, Ermäßigung und Erlass

Auf schriftlichen Antrag des Gebührenschuldners können zur Vermeidung unzumutbarer Härten Gebühren ganz oder teilweise gestundet, ermäßigt oder erlassen werden. Die Voraussetzungen für die Stundung, die Ermäßigung oder den Erlass sind auf Aufforderung nachzuweisen. Es besteht kein Rechtsanspruch auf Stundung, Ermäßigung oder Erlass.

## § 6

### Mahnung und Beitreibung

- (1) Rückständige Gebühren werden zweimal mit monatlicher Zahlungsfrist angemahnt.
- (2) Die zweite Mahnung erfolgt frühestens fünf Wochen nach Absendung der ersten Mahnung.
- (3) Kommt der Gebührenschuldner seiner Zahlungspflicht innerhalb eines Monats nach Zugang der zweiten Mahnung nicht oder nicht vollständig nach, werden die Gebühren und Auslagen beigetrieben.
- (4) Für die zweite Mahnung wird eine Gebühr von 15,00 EUR erhoben.

## § 7

### Inkrafttreten

Die geänderte Gebührenordnung tritt am 1. Januar 2006 in Kraft.

Anlage - Gebührenverzeichnis

Dresden, 12. November 2005

gez.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
Präsident

gez.

Dr. med. Lutz Liebscher  
Schriftführer

### Anlage

#### gemäß § 1 Abs. 2 der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer vom 15. März 1994 (in der Fassung der Änderungssatzung vom 26. November 2005)

### Gebührenverzeichnis

#### 1. Allgemeine Gebühren

- |      |   |                          |
|------|---|--------------------------|
| 1.1. | Ausstellung von Zweitfertigungen von Urkunden, Umschreibung von Urkunden        | 30,00 EUR                |
| 1.2. | Beglaubigung von Urkunden außerhalb des Meldeverfahrens                         | 10,00 EUR                |
| 1.3. | Anerkennung von Zeugnissen und Diplomen anderer Staaten                         | 25,00 EUR                |
| 1.4. | Erteilung eines „Good standing“   | 15,00 EUR                |
| 1.5. | Ausstellung eines „Arzt-Notfall-Schild“   | 15,00 EUR                |
| 1.6. | Ausstellung eines Arztausweises, auch als elektronischer Heilberufausweis (HPC) | 15,00 EUR bis 30,00 EUR  |
| 1.7. | Ausstellung von sonstigen Bescheinigungen                                       | 10,00 EUR bis 150,00 EUR |
| 1.8. | Bestätigungen nach dem Betäubungsmittelgesetz                                   | 15,00 EUR                |
| 1.9. | Kopierarbeiten ab 21 Seiten; je Kopie   | 0,10 EUR                 |

<b>2.</b>	<b>Durchführung von berufsrechtlichen Verfahren und Widersprüchen</b>		7.2.	Gebühren für die Prüfungen im Rahmen der beruflichen Fortbildung	
2.1.	Entscheidung über einen Widerspruch		7.2.1.	Verfahren zur Anerkennung der Fortbildung	
	- teilweise Stattgabe	10,00 EUR bis 50,00 EUR		Arztfachhelferin/Arztfachhelfer im Pflichtteil	
	- keine Stattgabe	25,00 EUR bis 100,00 EUR		- mit Prüfung	100,00 EUR
2.2.	Durchführung eines Ordnungswidrigkeitenverfahrens	50,00 EUR bis 100,00 EUR		- mit Wiederholungsprüfung	100,00 EUR
2.3.	Durchführung eines Rügeverfahrens		7.2.2.	Verfahren zur Anerkennung der Fortbildung	
	- mit Erteilung einer Rüge	100,00 EUR bis 500,00 EUR		Arztfachhelferin/Arztfachhelfer im Wahlteil	
				- mit Prüfung	100,00 EUR
				- mit Wiederholungsprüfung	100,00 EUR
<b>3.</b>	<b>Verfahren zur Anerkennung</b>		7.3.	Ausstellung sonstiger	
3.1.	einer <b>Gebietsbezeichnung</b>			Bescheinigungen	5,00 EUR bis 15,00 EUR
	- mit Prüfung	150,00 EUR	<b>8.</b>	<b>„Ärztliche Stellen“ nach Röntgenverordnung und nach Strahlenschutzverordnung</b>	
	- mit Wiederholungsprüfung	150,00 EUR	8.1.	Prüfung zur Qualitätssicherung der	
3.2.	einer <b>Schwerpunktbezeichnung</b>			Anwendung von Röntgenstrahlen am	
	- mit Prüfung	100,00 EUR		Menschen durch die „Ärztliche Stelle“	
	- mit Wiederholungsprüfung	100,00 EUR		gemäß § 17 a Röntgenverordnung	
3.3.	einer <b>fakultativen Weiterbildung</b>			vom 18. Juni 2002 in der	
	- mit Prüfung	100,00 EUR		jeweils geltenden Fassung	
	- mit Wiederholungsprüfung	100,00 EUR		Gebühr je Röntgenstrahler	225,00 EUR bis 450,00 EUR
3.4.	einer <b>Zusatzbezeichnung</b>		8.2.	Prüfung zur Qualitätssicherung	
	- mit Prüfung	100,00 EUR		der medizinischen Strahlen-	
	- mit Wiederholungsprüfung	100,00 EUR		anwendung am Menschen durch	
3.5.	eines <b>Fachkundenachweises</b>			die „Ärztliche Stelle“ gemäß	
	- mit Prüfung	50,00 EUR		§ 83 Abs. 1 bis 4 in Verbindung	
	- mit Wiederholungsprüfung	50,00 EUR		mit § 86 und § 87 Abs. 7 der	
	- ohne Prüfung	25,00 EUR		Strahlenschutzverordnung	
<b>4.</b>	<b>Erteilung von Weiterbildungsbefugnissen und Zulassung als Weiterbildungsstätte</b>		8.2.1.	Nuklearmedizin	
4.1.	Verfahren zur Erteilung der	150,00 EUR		- Gebühr je Nuklearkamera	250,00 EUR
4.2.	Verfahren zur Änderung der	50,00 EUR		- Zuschlag für erhöhten Prüfaufwand	
4.3.	Verfahren zur Zulassung als	150,00 EUR		bei Therapie	800,00 EUR
	Weiterbildungsstätte		8.2.2.	Strahlentherapie	
<b>5.</b>	<b>Verfahren zur Feststellung der Gleichwertigkeit von Diplomen, Prüfungszeugnissen und sonstigen Befähigungsnachweisen</b>	20,00 EUR bis 100,00 EUR		- Gebühr für Prüfung pro Einrichtung	2.000,00 EUR
				vor Ort (bis zu drei Anlagen)	
				- Zuschlag für jede weitere Anlage	250,00 EUR
<b>6.</b>	<b>Tätigkeiten der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung</b>		<b>9.</b>	<b>Tätigkeit der Ethikkommission</b>	
6.1.	Verfahren zur Erteilung eines	15,00 EUR	9.1.	Beratung des Arztes über die	
6.2.	Fortbildungszertifikates			mit seinem Forschungsvorhaben	
	Verfahren zur Zertifizierung von			verbundenen berufsethischen und	
	Fortbildungsveranstaltungen bei Anträgen			berufsrechtlichen Fragen	
	von nichtärztlichen Antragstellern oder			(§ 15 Abs. 1 Berufsordnung)	
	bei gewerblichen Anbietern	150,00 EUR	9.1.1.	vor der Durchführung klinischer	
6.3.	Teilnahme an gebührenpflichtigen			Versuche am Menschen	250,00 EUR bis 1.500,00 EUR
	Fort- und Weiterbildungs-		9.1.2.	vor der Durchführung epidemio-	
	veranstaltungen pro Stunde	7,00 EUR bis 13,00 EUR		logischer Forschung mit	
				personenbezogenen Daten	250,00 EUR bis 1.500,00 EUR
<b>7.</b>	<b>Gebühren für die Prüfungen im Rahmen der Berufsbildung Arzthelferin/Arzthelfer</b>		9.1.3.	vor der Durchführung der	
7.1.	Gebühren für die Prüfungen im Rahmen			Forschung mit vitalen menschlichen	
	der Berufsausbildung Arzthelferin/Arzthelfer			Gameten und lebendem	
7.1.1.	Verfahren zur Zwischenprüfung	50,00 EUR		embryonalen Gewebe	250,00 EUR bis 1.500,00 EUR
7.1.2.	Verfahren zur Abschlussprüfung	100,00 EUR	9.1.4.	Beratung über wichtige	
7.1.3.	Verfahren zur Wiederholungsprüfung	100,00 EUR		Ergänzungen zur Tätigkeit	
7.1.4.	Zulassung und Prüfung in besonderen Fällen			nach Nrn. 9.1.1. bis 9.1.3.	25,00 EUR bis 750,00 EUR
	nach § 40 Berufsbildungsgesetz	100,00 EUR			

9.2.	Verfahren bei der Ethikkommission für Multicenter- (MC-) Studien gemäß § 42 Abs. 1 in Verbindung mit § 40 Abs. 1 Satz 2 AMG als <b>federführende</b> Ethikkommission	
9.2.1.	Stellungnahme	2.500,00 EUR bis 4.000,00 EUR
9.2.2.	Amendment	
9.2.2.1.	Formale Änderungen	100,00 EUR bis 400,00 EUR
9.2.2.2.	Inhaltliche Änderungen	100,00 EUR bis 800,00 EUR
9.2.2.3.	Neubewertung	500,00 EUR bis 1.500,00 EUR
9.2.3.	Nachmeldung Prüfzentrum	100,00 EUR bis 400,00 EUR
9.2.4.	Zwischenfallsmeldung	100,00 EUR bis 600,00 EUR
9.2.5.	Aktualisierte Investigators Brochure	100,00 EUR bis 250,00 EUR
9.2.6.	Jahresbericht	100,00 EUR bis 250,00 EUR
9.2.7.	Studienabbruch	100,00 EUR bis 250,00 EUR
9.3.	Verfahren bei der Ethikkommission für Multicenter- (MC-) Studien gemäß § 42 Abs. 1 in Verbindung mit § 40 Abs. 1 Satz 2 AMG als <b>lokale</b> Ethikkommission	
9.3.1.	Stellungnahme	250,00 EUR bis 1.000,00 EUR
9.3.2.	Amendment	100,00 EUR bis 500,00 EUR
9.3.3.	Nachmeldung Prüfzentrum	50,00 EUR bis 400,00 EUR
9.3.4.	Zwischenfallsmeldung	100,00 EUR bis 200,00 EUR
9.4.	Verfahren bei der Ethikkommission für <b>Monocenter-</b> Studien gemäß § 42 Abs. 1 in Verbindung mit § 40 Abs. 1 Satz 2 AMG	
9.4.1.	Stellungnahme	1.500,00 EUR bis 4.000,00 EUR
9.4.2.	Amendment	
9.4.2.1.	Formale Änderungen	100,00 EUR bis 400,00 EUR
9.4.2.2.	Inhaltliche Änderungen	100,00 EUR bis 800,00 EUR
9.4.2.3.	Neubewertung	500,00 EUR bis 1.500,00 EUR
9.4.3.	Nachmeldung Prüfzentrum	100,00 EUR bis 400,00 EUR
9.4.4.	Zwischenfallsmeldung	100,00 EUR bis 600,00 EUR
9.4.5.	Aktualisierte Investigators Brochure	100,00 EUR bis 250,00 EUR
9.4.6.	Jahresbericht	100,00 EUR bis 250,00 EUR
9.4.7.	Studienabbruch	100,00 EUR bis 250,00 EUR
<b>10.</b>	<b>Durchführung von Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung</b>	
10.1.	Erteilung der Genehmigung nach § 121 a SGB V	250,00 EUR bis 750,00 EUR
10.2.	Anzeige und Nachweis der berufsrechtlichen Anforderungen	250,00 EUR bis 750,00 EUR
10.3.	Beratung von Paaren	150,00 EUR bis 500,00 EUR
<b>11.</b>	<b>Verfahren vor der Kommission gemäß § 8 Abs. 3 Transplantationsgesetz</b>	500,00 EUR bis 1.500,00 EUR zuzüglich anfallende Auslagen für die Anhörung von Zeugen und Sachverständigen
<b>12.</b>	<b>Durchführung von Maßnahmen der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V je Fall</b>	0,20 EUR bis 1,50 EUR

---

# Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (Weiterbildungsordnung – WBO)

Vom 26. November 2005

Die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer hat am 26. Juni 2004 mit Änderungen vom 25. Juni 2005 auf der Grundlage von § 8 Abs. 3 und §§ 18 ff. des Sächsischen Heilberufekammergesetzes (SächsHKaG) vom 24. Mai 1994 (SächsGVBl. S. 935), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 11. November 2005 (SächsGVBl. S. 277) die Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer beschlossen.

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales hat mit Schreiben vom 25. November 2005, Az 21-5415.21/7 II, die am 26. Juni 2004 mit Änderungen vom 25. Juni 2005 von der Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer beschlossene Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (Weiterbildungsordnung – WBO) genehmigt.

Die Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer wurde am 26. November 2005 vom Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer ausgefertigt und wird als Beilage in diesem Heft des „Arzteblatt Sachsen“ bekannt gemacht.

Diese Weiterbildungsordnung tritt am 1. Januar 2006 in Kraft. Gleichzeitig tritt die Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer vom 8. November 1993, zuletzt geändert mit Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer vom 22. November 2002, außer Kraft.

In Abstimmung mit dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales erfolgt die Bekanntmachung der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer in konsolidierter Fassung. Sie berücksichtigt die Fassung der von der Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer am 26. Juni 2004 beschlossenen Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer und die von der Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer am 25. Juni 2005 beschlossene Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer in der von der Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer am 26. Juni 2004 beschlossenen Fassung.

## Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (Berufsordnung – BO) vom 24. Juni 1998, zuletzt geändert durch Satzung vom 24. November 2004 Rechtsaufsichtliche Genehmigung

Aufgrund von Artikel 1 Nr. 11 und 14 des Gesetzes zur Änderung des Sächsischen Heilberufekammergesetzes und des Heilberufezuständigkeitsgesetzes vom 11. November 2005 wurden § 16 und § 21 des Sächsischen Heilberufekammergesetzes novelliert.

Daraufhin hat das Sächsische Staatsministerium für Soziales für die am 13. November 2004 von der Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer beschlossenen Bestimmungen in § 19 Abs. 2 und § 23a der Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (Berufsordnung – BO) vom 24. Juni 1998 (ÄBS S. 352), zuletzt geändert durch Satzung vom 24. November 2004 (ÄBS S. 563) mit Schreiben vom 25. November 2005, Az 21-5415.21/6 II die Genehmigung erteilt.

Die Bestimmungen in § 19 Abs. 2 und § 23a treten am 1. Januar 2006 in Kraft.

Die Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (Berufsordnung – BO) vom 24. Juni 1998 (in der Fassung der Änderungssatzung vom 24. November 2004), genehmigt durch das Sächsische Staatsministerium für Soziales mit Schreiben vom 16. November 2004, Az 21-5415.21/6 II, sowie mit Schreiben vom 25. November 2005, Az 21-5415.21/6 II, wird als aktuelle Neufassung gedruckt und mit dem Ärzteblatt Sachsen, Heft 1/2006 als Beilage (Mittelhefter) ausgeliefert.

## Senkung des Kammerbeitrages

Die Mandatsträger der Sächsischen Landesärztekammer haben auf der 33. Kammerversammlung am 12. November 2005 den Beschluss gefasst, dass ab dem 1. Januar 2006 der Beitragssatz zur Erhebung des Kammerbeitrages von 0,6 Prozent auf 0,58 Prozent der Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit abgesenkt wird. Das bedeutet eine Senkung des Beitragssatzes um 3,3 Prozent. Je Beitragsstufe ergibt sich damit ein um 25,00 bis 30,00 EUR geringerer Kammerbeitrag.

Diese Beitragssenkung wurde ermöglicht durch eine kalkulatorisch straffe und transparente Haushaltsführung der Geschäftsführung, des Ausschusses Finanzen und des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer.

Mit dem Abschluss des Haushaltsjahres 2005

wird erreicht, dass der Haushalt der Sächsischen Landesärztekammer schuldenfrei ist, das heißt der von der Sächsischen Landesärztekammer genutzte Anteil im Kammergebäude (53 Prozent) und das darauf bestehende Darlehen bei der Sächsischen Ärzteversorgung wird per 31. Dezember 2005 zurück gezahlt. Zusätzlich kann aus den vorhandenen liquiden Mitteln eine weitere halbe Büroetage dazu gekauft sowie die Erweiterung der Parkplätze finanziert werden.

Ausgehend von dieser soliden Haushaltslage konnte eine Senkung des Beitragssatzes zur Erhebung des Kammerbeitrages kalkuliert werden. In diese Kalkulation wurden einbezogen:

- die Entwicklung der Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit der Kammermitglieder,

- die zu erwartende demographische Entwicklung der Kammermitglieder,
- die derzeitige und zukünftige Erweiterung des Aufgabenspektrum der Sächsischen Landesärztekammer und
- die Entwicklung der Inflationsrate.

Mit dieser Senkung des Beitragssatzes wurde der niedrigste Beitragssatz seit satzungsmäßiger Erhebung der Kammerbeiträge in der Sächsischen Landesärztekammer beschlossen.

Dr. med. Claus Vogel

Vorstandsmitglied

Vorsitzender des Finanzausschusses

Dr. jur. Verena Diefenbach

Hauptgeschäftsführerin

## Fortschritt und Fortbildung in der Medizin

30. Interdisziplinäres Forum der Bundesärztekammer „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“ 12. bis 14. Januar 2006 in Berlin  
Tagungsort: Tagungszentrum Katholische Akademie, Hannoversche Straße 5 b, 10115 Berlin.  
Das Programmheft inklusive Anmeldeunterlagen erhalten sie bei: Bundesärztekammer, Dezernat Fortbildung und Gesundheitsförderung, Postfach 120864, 10598 Berlin,  
Tel.: 030 400456-415, E-Mail: cme@baek.de,  
Internet: www.bundesaeztekammer.de

## Mitteilung der Bezirksstelle Leipzig

Die Bezirksstelle Leipzig der Sächsischen Landesärztekammer ist aus Urlaubsgründen in der Zeit vom 27. 12. bis 30. 12. 2005 nicht besetzt.

In dringenden Angelegenheiten steht Ihnen die Hauptgeschäftsstelle in Dresden, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, Telefon 0351 8267411, zur Verfügung.

## Konzerte und Ausstellungen

### Konzerte

Donnerstag, 15. Dezember 2005, 19.30 Uhr

#### Weihnachten im Lied

Mit Studierenden

der Liedklasse KS Prof. Olaf Bär

Musikalische Leitung: Antje Hebenstreit und Michael Schütze, Hochschule für Musik Carl Maria von Weber Dresden

Sonntag, 8. Januar 2006, 11.00 Uhr

#### Junge Matinee

Musikalische Visitenkarte des Heinrich-Schütz-Konservatoriums Dresden e.V.

### Ausstellungen

Foyer der Sächsischen Landesärztekammer und 4. Etage

#### Konrad Maass

Sehstücke

Malerei

bis 15. Januar 2006

Foyer der

Sächsischen Ärzteversorgung

#### Dyrck Bondzin

Begegnungen in Dresden

Pastelle-Aquarelle-Öl

bis 31. März 2006



Der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer und das Redaktionskollegium „Ärzteblatt Sachsen“ wünschen den Lesern unseres Kammerorgans eine frohe und besinnliche Weihnachtszeit und für das Neue Jahr 2006 alles erdenklich Gute.



## Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden gemäß § 103 Abs. 4 SGB V in Gebieten für die Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auf Antrag folgende Vertragsarztsitze der **Planungsbereiche** zur Übernahme durch einen Nachfolger ausgeschrieben:

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

\*) Bei Ausschreibungen von Fachärzten für Allgemeinmedizin können sich auch Fachärzte für Innere Medizin bewerben, wenn sie als Hausarzt tätig sein wollen.

Bei Ausschreibungen von Fachärzten für Innere Medizin (Hausärztlicher Versorgungsbereich) können sich auch Fachärzte für Allgemeinmedizin bewerben.

Bitte geben Sie bei der Bewerbung die betreffende Registrier-Nummer (Reg.-Nr.) an.

Wir weisen außerdem darauf hin, dass sich auch die in den Wartelisten eingetragenen Ärzte bei Interesse um den betreffenden Vertragsarztsitz bewerben müssen.

### ■ Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

#### Chemnitz-Stadt

Facharzt für Orthopädie  
Reg.-Nr. 05/C86

#### Chemnitzer-Land

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
(Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)  
Reg.-Nr. 05/C087

#### Freiberg

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
(Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)  
Reg.-Nr. 05/C088

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 23.12.2005 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel.: (0371) 27 89-406 oder 27 89-403 zu richten.

#### Zwickau-Stadt

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
Reg.-Nr. 05/C089

#### Freiberg

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 05/C090

#### Chemnitzer Land

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie  
Reg.-Nr. 05/C091

#### Stollberg

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 05/C092

#### Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 05/C093

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 06.01.2006 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel.: (0371) 27 89-406 oder 27 89-403 zu richten.

### ■ Bezirksgeschäftsstelle Dresden

#### Görlitz-Stadt/Niederschlesischer Oberlausitzkreis

Facharzt für Urologie  
Reg.-Nr. 05/D088

#### Löbau-Zittau

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 05/D089

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
Reg.-Nr. 057D090

#### Sächsische Schweiz

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 05/D091

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 30.12.2005 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: (0351) 8828-330, zu richten.

#### Bautzen

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 05/D092

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 05/D093

#### Sächsische Schweiz

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 05/D094

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10.01.2006 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: (0351) 8828-330, zu richten.

### ■ Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

#### Leipzig-Stadt

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
(Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)

Reg.-Nr. 05/L058

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin  
Reg.-Nr. 05/L059

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin  
Reg.-Nr. 05/L061

#### Leipziger Land

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie  
Reg.-Nr. 05/L062

#### Delitzsch

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin  
(Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)  
Reg.-Nr. 05/L060

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 14.01.2006 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel.: (0341) 243 21 53 zu richten.

## Abgabe von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden für Gebiete, für die keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, folgende Vertragsarztsitze in den **Planungsbereichen** zur Übernahme veröffentlicht.

### ■ Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

#### Chemnitz Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
geplante Praxisabgabe: März 2006

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel.: (0371) 27 89-406 oder 27 89-403.

### ■ Bezirksgeschäftsstelle Dresden

#### Dresden-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin\*) (Stadtmitte)  
geplante Praxisabgabe: Ende 2006  
(auch über 0351/4961121)

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
geplante Praxisabgabe: 01.04.2006 oder nach Vereinbarung

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: (0351) 88 28-330.

### ■ Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

#### Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
geplante Praxisabgabe: sofort

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
geplante Praxisabgabe: 2006

#### Leipziger Land

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
geplante Praxisabgabe: 2006

#### Torgau-Oschatz

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
geplante Praxisabgabe: 2006

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen  
Landesgeschäftsstelle



# Tiefenhirnstimulation zur Behandlung des idiopathischen Morbus Parkinson

Universität Leipzig  
Medizinische Fakultät

## Zusammenfassung

Die Tiefenhirnstimulation zur Behandlung des idiopathischen Morbus Parkinson basiert auf höchster Präzision der verwendeten stereotaktischen Systeme als auch der zugrundegelegten präoperativen Bildgebung. Die Nutzung zusätzlicher technischer Möglichkeiten wie der intraoperativen Mikrostimulation als auch die Verwendung hochauflösender MR-Aufnahmetechniken (3 Tesla, Max-Planck-Institut Leip-

zig) gestatten ein Höchstmass an Genauigkeit und Sicherheit im Rahmen dieser operativen Form der Parkinsontherapie. Inhalt dieses Beitrags soll die Vorstellung der in der Klinik für Neurochirurgie etablierten Methode der Tiefenhirnstimulation sein, die retrospektiv betrachtet von einer erheblichen Verbesserung der Lebensqualität, als auch überdurchschnittlichen Medikamentenreduktion, begleitet ist.

## Neue Aspekte in der prä- und intraoperativen Diagnostik im Rahmen der Tiefenhirnstimulation zur Behandlung des idiopathischen Morbus Parkinson

D. Winkler<sup>1</sup>, J. Schwarz<sup>2</sup>, J. Helm<sup>1</sup>, A. Reupert<sup>2</sup>, C. Preul<sup>3</sup>, M. Tittgemeyer<sup>3</sup>, J.P. Schneider<sup>4</sup>, J. Meixensberger<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie, Universität Leipzig

<sup>2</sup> Klinik und Poliklinik für Neurologie, Universität Leipzig

<sup>3</sup> Max-Planck-Institut für Kognition und Neurowissenschaften, Leipzig

<sup>4</sup> Klinik für Diagnostische Radiologie, Universität Leipzig

## Einleitung

Die stereotaktische Behandlung von Bewegungsstörungen erfuhr mit der Anwendung der Tiefenhirnstimulation eine Renaissance der funktionellen Neurochirurgie. Der Erfolg dieser Therapie rückte die operativ-neurochirurgische Versorgung in den Fokus des Interesses, nicht nur unter der Fragestellung der positiven Beeinflussung der Parkinson-typischen Symptomatik, sondern auch unter der Fragestellung der therapeutischen Beeinflussung von Tremorerkrankungen anderer Genese, der Behandlung chronischer Schmerzzustände als auch psychiatrischer Störungen, die medikamentös bisher nur unzureichend beherrschbar waren. Mit der Etablierung der stereotaktischen Neurochirurgie 1947 durch Spiegel und Wycis wurden die technischen Voraussetzungen der sich später entwickelnden „bildgestützten“ funktionellen stereotaktischen Neurochirurgie als eine weniger invasive, dabei aber hochpräzisen Alternative zur offenen Kraniotomie geschaffen (Rosenow, J.M.; Mogilner, A.Y.; Ahmed, A.; et al, 2004). Rasch wurde diese Option der punktgenauen Platzierung von Elektroden im parenchymatösen Organ Gehirn als auch die Möglichkeit der Läsion zentraler Strukturen zur stereotaktischen Beeinflussung von Bewegungsstörungen erkannt und genutzt.

Erste Anfänge der stereotaktisch-funktionellen Neurochirurgie zur Behandlung der Parkinson-

Erkrankung bestanden in der Läsion subcorticaler Strukturen, einschließlich dem Nucleus subthalamicus und des Globus pallidus. Mit der Einführung der Levodopa-Therapie Ende der 60-er Jahre geriet diese Therapieform aufgrund der mit dem damaligen Entwicklungsstand der Technik assoziierten und nicht zu vernachlässigenden Komplikations- und Versagerate in den Hintergrund zugunsten der nichtinvasiven medikamentösen Therapie. Erst die Nebenwirkungen der Langzeitgabe von Levodopa und seiner Analoga und das Versagen des therapeutischen Langzeiteffekts waren Anlass einer Wiederbelebung der funktionellen Neurochirurgie heutigen Profils.

Seit 1990 beginnend, richtete sich erneut das Interesse der chirurgischen Therapie der Parkinson-Erkrankung auf den Nc. subthalamicus (STN) und die Pars interna des Globus pallidus (GPi). Sowohl im Tierexperiment als auch bei der praktischen Umsetzung am Patienten führte die gezielte Stimulation dieser Strukturen zu einer zum Teil abrupten Besserung der typischen Parkinson-Symptomatik. Letztlich gelang mit der genannten STN-deep brain stimulation (STN-DBS) der operative Durchbruch im Rahmen der Tiefenhirnstimulation zur Behandlung der Parkinson-Erkrankung.

Die bilaterale simultane Stimulation stellt hinsichtlich der Beeinflussung von Akinese, Tremor und Rigor die derzeit zuverlässigste und hinsichtlich der Wirkungsdauer geeignetste Methode im Rahmen der stereotaktischen Neurochirurgie sowohl für Patienten mit bilateraler Symptomatik wie rein asymmetrischer Symptomenmanifestation dar und führt zur Verbesserung von Brady- bzw. Akinese, Tremor, Rigor und Gangstörungen (Spotke, E.A.; Volkmann, J.; Lorenz D.; et al, 2002). Die erfolgreiche Tiefenhirnstimulation ermöglicht zudem die Dosisreduktion von Levodopa und anderer sog. „Antiparkinsonmittel“, so dass eine unilaterale Stimulation zwangsläufig mit einer Demaskierung der bis dahin unterdrückten Parkinsonsymptomatik der nicht stimulierten Seite verbunden wäre. In der Konsequenz dessen bestünde das Risiko darin, dass sowohl die erforderliche Levodopa-Medika-

tion zur therapeutischen Beeinflussung der durch unilaterale Stimulation nicht erfassten Körperhemisphäre als auch die Stimulation an sich zu einer Potenzierung von Dyskinesien führen könnte. Indikationen, die dennoch eine unilaterale Stimulation rechtfertigen, sind ein hochgradig asymmetrischer tremordominanter Parkinsonismus und die Erfolglosigkeit der unilaterale Stimulation anderer Kerngebiete (Nc. ventralis intermedius thalami-Vim, GPi). Somit wäre, begründet in der Schwierigkeit der Medikation und der Festlegung von Stimulationsparametern die bilaterale Stimulation eine einseitigen vorzuziehen.

Kriterien, die eine STN-Stimulation rechtfertigen, richten sich in erster Linie nach dem gesamtgesundheitlichen Zustand. Nach heutigem Kenntnisstand hat die funktionelle Stereotaxie nur bei idiopathischem Morbus Parkinson Berechtigung. Aus der Erfahrung stellen alle nicht idiopathisch bedingten Parkinsonerkrankungen keine klassische Indikation zur STN-Tiefenhirnstimulation dar.

Einschlusskriterien für die Tiefenhirnstimulation für Patienten mit idiopathischer Parkinson-Erkrankung sind:

- schwere motorische Beeinträchtigungen,
- permanenter, hochamplitudiger Tremor mit funktioneller Beeinträchtigung,
- Akinese,
- gestörtes Gangbild,
- medikamentenabhängige bzw. -unabhängige Dyskinesien,
- verschiedene Formen der medikamentenabhängigen Akinesen und Dystonien als auch Fluktuationen.

Allgemeiner Grundsatz ist, dass Parkinsonpatienten, die nicht von der Gabe von Levodopa profitieren, keine geeigneten Kandidaten für die Tiefenhirnstimulation darstellen; das heißt, potenziell können mittels Stimulation vergleichbare Effekte auf medikamentenfreie, sogenannte „off-Symptome“ erreicht werden wie unter Levodopa- oder Apomorphingaben. Autonome Störungen, wie Konstipation, Blasenfunktionsstörungen, orthostatische Hypertensionen, Thermoregulationsstörungen, Seborrhoe als auch sexuelle Funktionsstörungen

stellen keine Indikation für die Hirnstimulation dar, gefolgt von neuropsychiatrischen Problemen, wie kognitive Störungen, Angst, Halluzinationen und Psychosen. Wenngleich die genannten Störungen für sich keine Indikation der Hirnstimulation bedeuten, ist im Einzelfall dennoch eine Linderung bei durchgeführter Stimulation möglich.

Zu den klinischen, neurochirurgischen, neuropsychologischen und psychiatrischen Ausschlusskriterien einer operativen Versorgung gehören:

- Zeichen der L-Dopa-Resistenz in Form von Dysarthrophonie, Freezing, Fallneigung und Starthemmung,
- Demenz,
- schwere frontale Störungen,
- schwere paranoid-halluzinatorische und medikamentunabhängige Störungen,
- fehlende Kooperationsfähigkeit der Patientin bzw. des Patienten,
- hohes Alter (relativ, ca. > 75 Jahre),
- schwere Hirnatrophie,
- zerebrale Makroangiopathie,
- Antikoagulantientherapie bzw. Immunsuppression.

Kurativ schwer beherrschbare internistische Begleiterkrankungen als auch neurologische Störungen bis hin zur Pseudobulbärparalyse stellen allgemeine Kontraindikationen der neurochirurgischen stereotaktischen Versorgung dar und markieren Grenzen der Methode.

### Bildbearbeitung und Zielpunktdefinition unter Berücksichtigung von 3T MR-Daten

Grundlage der stereotaktischen Planung des Eingriffs, wie der nachfolgenden operativen Versorgung ist die Akquisition von Datensätzen, die der Orientierung im dreidimensionalen Raum dienen. Prinzipiell haben dafür die Ventrikulographie, die Computertomographie als auch Magnetresonanztomographie Berechtigung, wobei insbesondere durch die punktgenaue Bildfusion verschiedener Bildgebungsmodalitäten die Aussagekraft und Genauigkeit im Rahmen der Definition von Ziel- und Eintrittskordinaten erhöht werden. In der hier präsentierten Serie erfolgte die stereotaktische Planung unter Nutzung T1- und T2-gewichteter 1,5 und 3T MR-Datensätze, wobei aktuelle Studien belegen konnten, dass die durch das MRT befürchteten „Verzerrungen“ im Zielgebiet vernachlässigbar sind und im Vergleich mit der konventionellen Röntgendiagnostik zur Zielpunktfestlegung

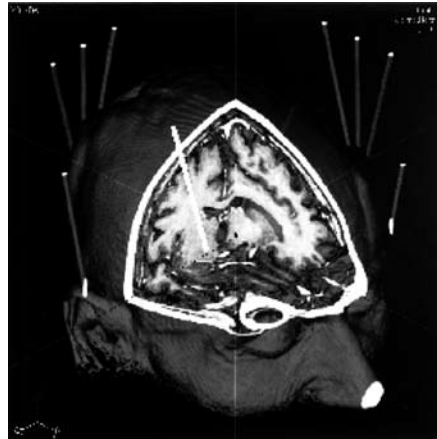


Abb. 1: Definition von Ziel- und Eintrittskordinaten mittels MR-Datenfusion (T1- und T2-gewichteter 3D Sequenzen) und multimodaler Rekonstruktion

< 0.1 mm betragen (Simon, S.L.; Douglas, P.; Baltuch G.H. et al., 2005, Rampini, P.M.; Locatelli, M.; Alimehmeti, R. et al., 2003, Littlechild, P.; Varma, T.R.; Eldridge, P.R. et al., 2003, Alterman, R.L.; Reiter, G.T.; Shils, J. et al., 1999). Der Fixation eines MR-kompatiblen ZD-Stereotaxierahmens (Zamorano-Dujovny, ZD, Fa. Stryker, Howmedica, Leibinger, Germany) in Lokalanästhesie schloss sich im 1,5 T MR die Akquisition multiplanarer T1- und T2-gewichteter Sequenzen an (Abb. 1). Der Visualisierung etwaiger, die Trajektorie der geplanten Elektroden passierender Gefäße dient die Gabe von Kontrastmittel in Standarddosierung. Die T2-Bildakquisition ist Grundlage der Visualisierung des STN und

seiner Umgebungsstrukturen (Nc. ruber). Die Festlegung der Ziel- und Eintrittskordinaten erfolgt über eine RSPS-Planungsworkstation (Remote surgical planning software, RSPS, Fa. Stryker, Howmedica, Leibinger, Germany) auf der Basis einer schichtidentischen Bildfusion von T1- und T2-gewichteten MR-Datensätzen unter Beachtung funktioneller Orientierungshilfen wie der Commissura anterior (CA), posterior (CP) und des sog. „Midcommissurenpunktes“ (AC-PC). Eine Steigerung des bildlichen Auflösungsvermögens von Ziel- und Nachbarstrukturen wird hier durch die Nutzung von 3T MR-Datensätzen (T1, T2; gemessen am Max-Planck-Institut für Kognition und Neurowissenschaften, Leipzig) erreicht. Die zusätzliche Fusion von 1.5T und 3T Planungsdaten führt zu einer weiteren Verbesserung des visuellen Eindrucks und trägt entscheidend zur Sicherheit des Neurochirurgen und des operativen Erfolgs bei (Abb. 2). Weltweit stellt die Bildfusion von 1.5 und 3T MRT-Bilddaten in größeren Serien ein Novum dar. Die in der Klinik für Neurochirurgie laufenden Vergleichsstudien zur Effizienz der Methodik sollen helfen, den Vorteil gegenüber herkömmlichen bildgebenden Verfahren (1,5T MR) zu objektivieren.

### Intraoperative Mikroableitung und Makrostimulation

Im Operationssaal erfolgt der gesamte Eingriff in Lokalanästhesie sowie leichter Sedierung, um die im Rahmen der ersten Probestimulation erforderliche Kooperativität des Patienten zu garantieren. Dieser schließt die Bohrlochtrepanation im Bereich der Kranznaht als auch

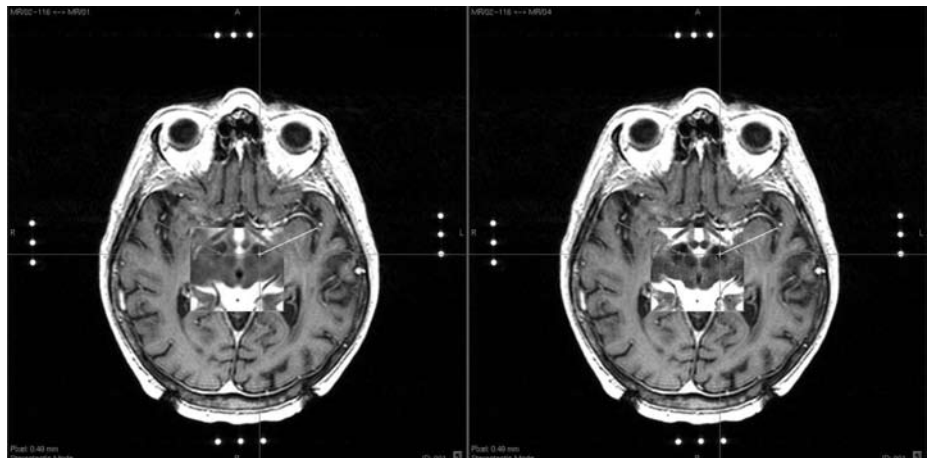


Abb. 2: Fusionsergebnis aus T1- und T2-gewichteter axialen Bildserien unter besonderer Visualisierung anatomischer Landmarken (Nc. ruber). Steigerung des Auflösungsvermögens in T2-gewichteter Darstellung mittels hochauflösendem 3T MR (rechts) im Vergleich zum herkömmlichen 1,5T MR (links).

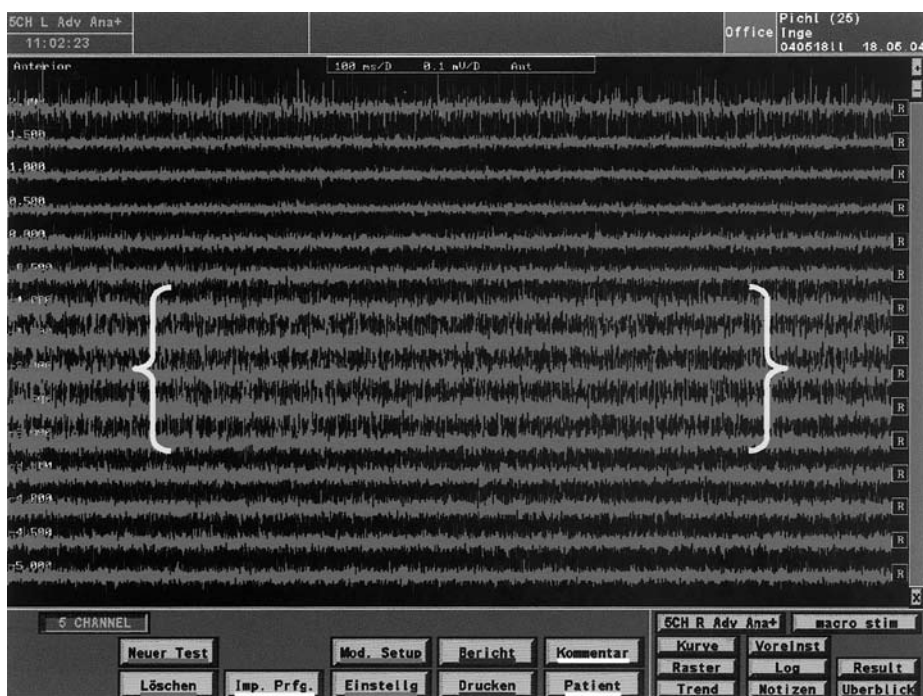


Abb. 3: Elektrophysiologische Detektion des Nc. subthalamicus (STN) mittels Mikroableitung und simultaner Registrierung von fünf Trajektorien (Leadpoint 4, medtronic, USA). Im gezeigten Beispiel gelang die Visualisierung des STN über die anteriore Ableitelektrode im kalkulierten Zielpunkt bis 3 bzw. 3.5 mm kranialwärts (Klammer).

die Insertion von fünf Ableitelektroden über ein sogenanntes Revolver-Vorschubsystem zur Detektion der für die Zielregion des STN typischen Signatur ein (Leadpoint 4, medtronic, USA) (Abb. 3). Insbesondere die Kombi-

nation aus hochauflösender Zielpunkt-darstellung (1.5T, 3T MR) und STN-Mikroableitung erhöht entscheidend die Sicherheit in der Lokalisation des STN für Patienten und Neurochirurgen. Korrespondierend zur Signalinten-

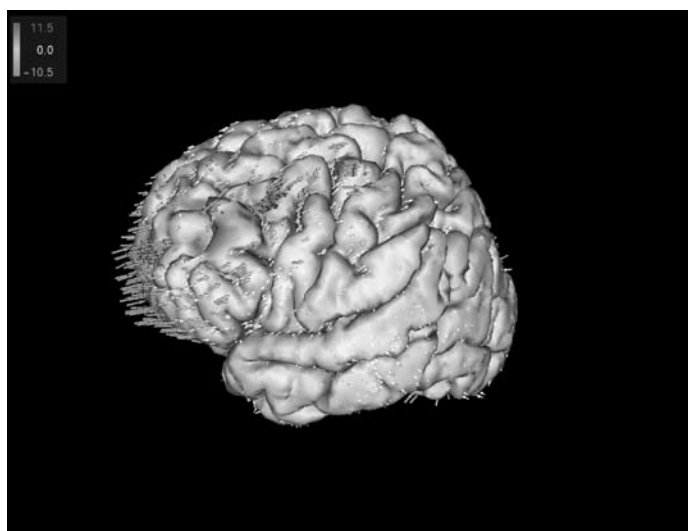


Abb. 4: Demonstration der Deformationsfeldanalyse zur Visualisierung der intraoperativen Brainshift im Verlauf der Elektrodenplatzierung. Die dargestellten Vektorpfeile markieren Richtung und Ausmaß der detektierten Brainshift.

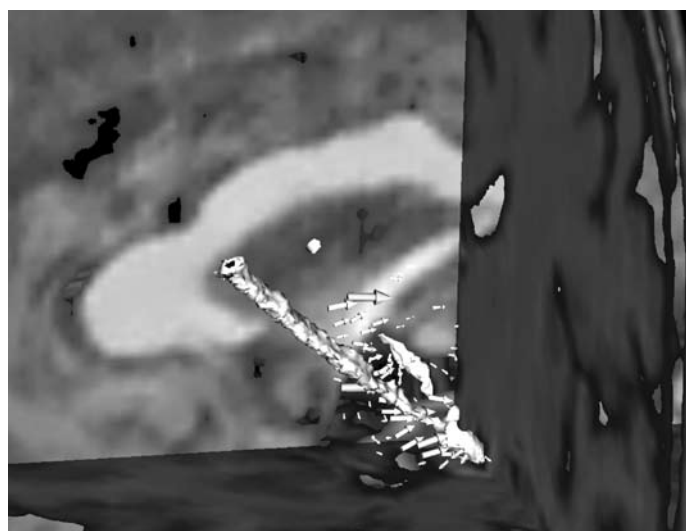


Abb. 5: Vektorgraphische Darstellung der Hirnverlagerung im Verlauf der Elektrodenplatzierung im Bereich der Elektrodenspitze

sität erfolgt die Festlegung der zur Probestimulation zu favorisierenden Ableit- bzw. Makroelektrode. Die erste intraoperative Probestimulation (Frequenz: 130 Hz, Amplitude: 0-5.0 mA, Impulsdauer 60µsec) dient der Optimierung des Zielpunktes und der orientierenden Beurteilung des klinischen Effekts der Tiefenhirnstimulation. Erst dann erfolgt die Implantation der Dauerelektrode (DBS electrode, model 3389, Medtronic, USA) und die Wiederholung des Procedere auf der kontralateralen Hirnhälfte. Die Konnektion der Stimulationsdauerelektroden mit dem Impuls-generator (Kinetra Impuls-generator, model 7428, Medtronic, Minneapolis) als auch dessen subkutane Platzierung infraclaviculär oder im Bereich des Abdomens folgt im Laufe der nächsten Tage. Postoperativ schließt sich ein Titrieren der optimalen Stimulationsparameter und Parkinsonmedikation an, um einen für den Patienten individuell festzulegenden Kompromiss zwischen residualen Parkinsonsymptomen und Medikamentennebenwirkungen (Dyskinesie) zu erreichen.

### Deformationsfeldanalyse

Dass intraoperative Hirngewebsverlagerungen (Brainshift) als vorrangige Folge des Liquorverlustes erheblichen Einfluss auf die Zielkoordinatenkonstanz während des operativen Eingriffs haben, ist schon verschiedentlich berichtet worden und ist Gegenstand laufender Forschungsprojekte an mehreren neurochirurgischen Kliniken und externer Forschungs-

stitutionen. Hier konnte erstmalig mittels einer sog. Deformationsfeldanalyse gezeigt werden, dass solche Verlagerungseffekte nicht nur für Koordinaten auf der Hirnoberfläche relevant sind, sondern auch im Rahmen der Elektrodenpositionierung zur Tiefenhirnstimulation (Abb. 4,5). Intraoperative Hirngewebsverlagerungen, wie in eigenen Studien gezeigt, stellen also einen auszuschließenden Risikofaktor für das Versagen der Tiefenhirnstimulation dar, so dass deren genaue Analyse als ganz wesentlich erscheint (Winkler, D.; Tittgemeyer, M.; Schwarz, J.; et al, 2005).

Das Prinzip der sog. Deformationsfeldanalyse beruht zunächst auf dem Vergleich (der sog. Registrierung) der prä- und postoperativ gewonnenen MR- Datensätze. Ziel ist die Quantifizierung der strukturellen Gewebsverlagerung als Folge des Eingriffs. Letztlich ermöglicht dieses Bildvergleichsverfahren, homologe Punkte in zwei unterschiedlichen Bildern zu erfassen und die mathematische Transformation zwischen den beiden Punkten zu berechnen. Eine solche Transformation ist als 3-dimensionaler Vektor an jedem Bildpunkt (Voxel) definiert und kann auch als Deformation aufgefasst werden. Die mathematische Auswertung dieser Deformation wird als Deformationsfeldanalyse bezeichnet. Sie ermöglicht in jedem Voxel den strukturellen Unterschied zwischen den beiden Aufnahmen zu quantifizieren. Resultat der hier durchgeführten Analyse ist, dass es selbst in zentralen Hirnstrukturen zu Gewebsverlagerungen in Folge des Eingriffs kommt, die deutlich außerhalb der Fehlergrenzen des Verfahrens liegen. So ist beispielsweise in unserer Messung die Koordinatenverlagerung im Bereich des STN mit 2 mm anzugeben, und zwar in occipitaler Richtung.

### Ergebnisse und Diskussion

Im Zeitraum von 09/2002 bis 04/2004 wurden insgesamt 16 Parkinson-Patienten mittels bilateraler STN-DBS operativ versorgt. Das Durchschnittsalter der operierten Patienten betrug 62,4 Jahre (39 bis 74 Jahre), wobei die Erkrankungsdauer durchschnittlich 15 Jahre (5 bis 40 Jahre) einnahm. In der von uns operierten Gruppe konnte mittels STN-DBS ein überzeugender Effekt hinsichtlich der Reduktion sog. „Off“-Phasen Symptome wie Aki-

Tab. 1: Klinische, neurochirurgische und wirtschaftliche Daten zur bilateralen Tiefenhirnstimulation bei Parkinson-Patienten.

Parkinsonpatienten	Durchschnitt	min-max
Patientenalter (Jahre)	62,4	39-74
Erkrankungsdauer (Jahre)	15,1	5-40
OP-Dauer Elektrodenplatzierung (min)	256	205-313
Medikationseffekte	Prozent	min-max
Reduktion L-Dopa	67,6	25 - 100
Reduktion Parkinsonmedikamente	88,4	55 - 100

nese, Rigor, Ruhe- und Aktionstremor als auch Gangstörungen erreicht werden, was sich in der unmittelbaren Minderung der Levodopa-Medikation um ca. 67,6 Prozent (25 bis 100 Prozent) und folglich einer Kostenreduktion der Levodopa-Medikation auf 32,4 Prozent der präoperativen niederschlug. Bei einer Gesamtbeobachtungszeit von durchschnittlich 341 Tage (85 bis 741 Tage) konnte eine Reduktion der Gesamtkosten sämtlicher „Parkinsonmedikamente“ um 88,4 Prozent bilanziert werden (Tab. 1). Gleichzeitig wurde eine entscheidende Steigerung der Lebensqualität des Patienten, verbunden mit einer Verbesserung der Feinmotorik und der Wiedererlangung der Selbständigkeit des Patienten im Alltag, einschließlich einer Verbesserung der Bewegungsgeschwindigkeit und Kraftentwicklung erreicht. Repräsentativ für eine Steigerung der feinmotorischen Leistungsfähigkeit war eine Besserung der Sprache und des Schriftbildes. Andere Gruppen berichten zudem eine Minimierung von Gedächtnisdefiziten, was aufgrund der verhältnismäßig kurzen Nachbeobachtungszeit nicht sicher bestätigt werden konnte. Etwaige Stimulationseffekte umgebender Strukturen, die sich in neu aufgetretenen Sprachstörungen, Apraxie oder einem gestörten Lidschluß äußern könnten, wurden nicht beobachtet. In der präsentierten Serie von 16 Patienten war keine OP-assoziierte Morbidität in Form intrakranieller Blutungen, sowohl intraparenchymatös entlang des Stichelkanals als auch epi- bzw. subdural oder Mortalität aufgetreten. In nur einem Fall kam es Brainshift-bedingt zu einer Fehllage einer Hirnelektrode, die am Folgetag mittels Re-

Positionierung behoben werden konnte (Abb. 4,5). Postoperativ waren bei keinem Patienten zusätzliche neurologische Defizite registrierbar. Ebenso war bis dato kein Fall von OP-assoziierten Infektionen, Materialermüdungen und Leitungsbrüchen und technischer Betriebsstörungen des Impulsgenerators aufgetreten.

### Schlussfolgerung

Technische Weiterentwicklungen sowohl hinsichtlich von Hard- und Software als auch hinsichtlich der elektrophysiologischen intraoperativen Diagnostik erhöhen wesentlich die operative Sicherheit im Rahmen der STN-DBS für Patienten, Neurochirurgen und Neurologen.

Mittels bilateraler STN-Stimulation ist eine Verbesserung der präoperativ auf Levodopa ansprechenden Symptomenkomplexe sicher möglich. Diese trägt in entscheidendem Masse zur Steigerung der Lebensqualität von Parkinsonpatienten bei.

Ungeachtet möglicher Anwendungen der Tiefenhirnstimulation bei chronischen Schmerzen, Epilepsie und anderer neurologisch-psychiatrischer Erkrankungen, bleibt die Bewegungsstörung eine Hauptindikation der Neurostimulationstechnik.

Korrespondenzanschrift:  
Dr. med. Dirk Winkler  
Universität Leipzig  
Klinik für Neurochirurgie  
Liebigstraße 20  
04103 Leipzig  
Tel.: 0341 9717500  
E-Mail: wird@medizin.uni-leipzig.de

## Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze zum Ausscheiden aus dem Klinikdienst



Zum Jahresende wird sich Univ.-Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze aus dem Klinikdienst verabschieden. Damit endet für das Klinikum eine Ära unter einem international renommierten Arzt und Hochschullehrer. Für einen Hochschullehrer und Leiter eines Bereiches ist dies wohl der markanteste Punkt im Berufsleben von der Kontinuität des Fachgebietes hin zu den Interessen der dritten Lebensphase; vom Stress zur Freiwilligkeit. Die Ärzte und Mitarbeiter des Bereiches Endokrinopathien und Klinische Stoffwechselkrankheiten der Medizinischen Klinik und Poliklinik III wünschen ihrem verehrten Chef ein glückliches Gelingen dieser Prozedur!

Am 20. November 1942 wurde Jan Schulze als zweiter Sohn des deutschen Arztes Dr. Walter Schulze und seiner Ehefrau Inge Schulze in Davos/Schweiz geboren. Nach dem Tode seines Vaters kehrte seine Mutter mit den 3 Kindern 1944 in ihre Heimatstadt Dresden zurück.

Nach 1961 abgelegter Reifeprüfung an der Erweiterten Oberschule Dresden-Reick absolvierte er ein praktisches Jahr als Hilfspfleger an der Medizinischen Akademie Carl Gustav Carus Dresden, das vorklinische Studium und 1965 das Physikum an der Humboldt-Universität Berlin. Es folgte der Abschluss des klinischen Studiums an der Medizinischen Akademie Dresden mit Staatsexamen und Approbation im Oktober 1968. Das Thema der 1969 abgeschlossenen Promotion war dem Auftre-

ten von Asbestkörperchen im Routinesektionsmaterial des Pathologischen Instituts der Medizinischen Akademie Dresden gewidmet. Die internistische Weiterbildung, die er mit der Anerkennung als Facharzt 1973 abschloss, erhielt Prof. Schulze an der Medizinischen Klinik der Medizinischen Akademie Carl Gustav Carus durch die verehrten Professoren Haller, Renger und Heidelmann. 1976 erwarb er die Anerkennung als Subspezialist im Fach Diabetologie. Im Juni 1979 erfolgte seine Ernennung zum Oberarzt der Medizinischen Klinik. 1982 wurde ihm die *Facultas docendi* verliehen. Die Verteidigung der B-Promotion zum Thema „Stoffwechselkinetische Charakterisierung von Fettstoffwechselstörungen“ erfolgte 1985. Für all diese Aufgaben brauchte er nicht die Mitgliedschaft in der SED oder einer anderen Partei der DDR. Ein Beweis dafür, dass in der DDR durch hohes fachliches Können berufliche Entfaltung ohne gesellschaftspolitische Unterwürfigkeit gelingen konnte. Im Jahre 1992 erfolgte die Berufung zum a. o. Professor und 1994 zum Universitätsprofessor mit den Schwerpunkten Endokrinologie und Diabetologie.

Im Rahmen seines unermüdlichen Schaffens können nur stellvertretend einige wichtige Arbeitsgebiete und Projekte genannt werden:

- Wissenschaftliche Arbeiten sowie Leitung und Auswertung klinischer Studien zur Regulation des Kohlehydrat- und Fettstoffwechsels.
- Versorgungsforschung, Qualitätsmanagement in der Medizin.
- Maßgebliche Erarbeitung Sächsischer Leitlinien Diabetes.
- Grundlagenforschung und Prävention des Typ-2-Diabetes mellitus.

Trotz Belastung durch Klinik und administrative Verpflichtungen umfasst sein wissenschaftliches Werk mehr als 150 Publikationen, Bücher und -beiträge und über 350 Vorträge im In- und Ausland. Er betreute viele Doktoranden. Im Laufe seines langen ärztlichen, wissenschaftlichen und berufspolitischen Schaffens hat Prof. Schulze viele hohe Auszeichnungen und Ehrungen erhalten. Er ist Mitglied zahlreicher Gremien, Ausschüsse und des Kuratoriums der Deutschen Diabetes Stiftung.

Unmittelbar nach der politischen Wende hat sich Prof. Schulze mit großer Intensität sowohl für die Neustrukturierung des Uni-Klinikums

Carl Gustav Carus als auch für die professionelle Vertretung ärztlicher Berufs- und Standespolitik in Sachsen eingesetzt.

Er engagierte sich im Unabhängigen Dozentenrat, im Unabhängigen Verband der Ärzte und Zahnärzte Sachsens, im Fakultätsrat, als stellvertretender Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums und der Medizinischen Klinik und Poliklinik III, als Vorsitzender der Kreisärztekammer Dresden, 1990 bis 1999 als Gründungs-/Vorstandsmitglied und seit nunmehr sechs Jahren als Präsident der Sächsischen Landesärztekammer.

In diesen Tagen blickt Herr Prof. Jan Schulze mit Stolz und sicherlich auch etwas Wehmut auf ein über 37jähriges Berufsleben zurück. Inzwischen ist er ein weit über die Grenzen Sachsens hinaus bekannter Kliniker, Wissenschaftler und Berufspolitiker.

Seine Schüler bedanken sich für sein Verständnis und seine Geduld im Rahmen der soliden Ausbildung, die er vermittelt hat. Seinen Patienten gegenüber war er ein gesuchter und einführender Arzt. Ehrlichkeit und Aufrichtigkeit sowie Einsatzbereitschaft und Verantwortungsbewusstsein, aber vor allem seine Bescheidenheit sind Charaktermerkmale, die von seinen Mitarbeitern überaus geschätzt werden, die er von ihnen selbst aber auch erwartete. Das Arbeitsklima, das von ihm ausging, war immer ausgeglichen und konstruktiv. Jan Schulze ist seinen ehemaligen Mitarbeitern und all jenen, die ihn kennen, ein Vorbild an fachlicher Kompetenz, an ärztlicher Pflichterfüllung und persönlicher Integrität. Wir danken Prof. Schulze für seine außerordentlichen Leistungen als Arzt und Vorgesetzten, als beruflichen Wegbegleiter, als charaktvollen Menschen und Freund.

Wir sind sicher, dass seine vielfältigen Hobbys wie die Liebe zur Musik, Literatur, Kunst und Natur sowie seine Ehrenämter und die Familie auch in Zukunft für ungebrochene körperliche und geistige Fitness sorgen werden und aus dem Ruhestand ein „Unruhestand“ wird.

Wir wünschen Gesundheit und Freude an dem, was Ihnen, lieber Herr Professor Schulze, am Herzen liegt!

Ad multos annos!

Prof. Dr. med. Hans-Egebert Schröder  
im Namen der Mitarbeiter des Bereiches  
Endokrinopathien und Klinische  
Stoffwechselkrankheiten und der Medizinischen  
Klinik und Poliklinik III

## Priv.-Doz. Dr. med. habil. Christian Fritsch zum 65. Geburtstag



Christian Fritsch studierte von 1961 bis 1967 Humanmedizin an der Universität Leipzig. Nach dem Studium trat er ins Physiologische Institut (Direktor: Prof. Dr. H. Drischel) der Leipziger Universität ein und promovierte dort mit einer Arbeit über experimentelle Untersuchungen zur Gleichgewichtsregelung am aufrecht stehenden Menschen, auf den sinusförmige Störungen einwirken (1967).

Parallel zur Facharztausbildung in Physiologie (1967 bis 1972) absolvierte er ein Fernstudium an der Technischen Hochschule Ilmenau, Sektion „Technische und Biomedizinische Kybernetik“ (1970 bis 1974), das er 1975 mit der Diplomarbeit „Untersuchungen dynamischer Grobmodelle des Blutdruckregelkreises des Menschen mittels aufgeprägter Belastungsfolgen“ abschloss.

Im Rahmen der experimentellen Systemidentifikation schuf er Voraussetzungen für eine Identifikation der Kurzzeitregulation am geschlossenen Blutdruckregelkreis des Hundes. Als zusätzliches unkorreliertes Signal wurden Folgen von orthostatischen Belastungen eingesetzt. Diese wurden nach einem Versuchsplan mittels Kipptisch oder durch Unterdruck auf das hintere Körperdrittel (lower body negative pressure = LBNP) der Hunde erzeugt. 1981 wechselte er in die Universitätskinderklinik Leipzig (Direktor: Prof. Dr. W. Braun) und begann die Facharztausbildung in Pädiatrie, die er 1984 abschloss.

1986 habilitierte er sich mit einer Arbeit über „Chronische und akute Tierexperimente zur

Identifikation der Blutdruckregulation unter orthostatischen Belastungen“ und erhielt die *Facultas docendi* für das Fach Pädiatrie.

Von Beginn der Facharztausbildung an betreute er Kinder mit bronchopulmonalen Erkrankungen, die abhängig vom Schweregrad der Erkrankung in den Klinikstandorten Klinga und Leipzig/Dösen stationär oder in der Klinik und Poliklinik in Leipzig stationär oder ambulant behandelt wurden. Zu ihnen gehörten auch Kinder mit Mukoviszidose, Asthma bronchiale und allergisch reagierende Kinder einschließlich der Insektengiftallergiker.

Es ist ihm gelungen, trotz mancher Widerstände ein komplettes funktionstüchtiges Lungenfunktionslabor zu installieren, kontinuierlich auf den neuen Stand zu bringen und die Allergiediagnostik und -betreuung abzusichern.

Er erwarb die Schwerpunktbezeichnung „Kinder-Lungen- und Bronchialheilkunde“ und die Zusatzbezeichnung „Allergologie“.

Ein für 1976 geplanter Studienaufenthalt in Leeds (Großbritannien) sowie ein einjähriger Aufenthalt in San Antonio (USA) konnten nicht realisiert werden, da er keine Ausreise erhielt.

Nach der politischen Wende 1989 wurde es möglich, sich an einer im Oktober 1989 an der Kinderklinik der Universität München begonnenen Studie zu beteiligen.

In München waren asthmatische und allergische Erkrankungen bei Schulkindern mittels Fragebogen, Haut-Pricktests und Lungenfunktions-tests erfasst worden.

Durch die Einbeziehung Leipziger Schulkinder bot sich die Möglichkeit zu prüfen, wie sich die zu dieser Zeit beträchtlichen Unterschiede in den Lebensbedingungen in beiden Städten (Emissionsbelastung, Krippenbesuch, Ernährungsgewohnheiten u.a.) auf das Vorkommen allergischer und bronchitischer Erkrankungen ausgewirkt haben.

Mit Förderung durch das BMFT und mit technischer Unterstützung der Münchener Universitätskinderklinik (Pneumoskop, Kaltluftgerät) führte Ch. Fritsch 1991 eine Pilotstudie durch, der dann 1991/92 die Hauptstudie folgte. Bei Letzterer wurden nicht nur Schulkinder aus Leipzig und Umgebung, sondern auch Kinder aus der Region Halle einbezogen.

Drei Jahre später wurden die selben Schüler (inzwischen im Alter von 12 bis 14 Jahren) unter identischen Bedingungen nachuntersucht. Letztere Untersuchung war insofern besonders interessant, da es nach der Wiedervereinigung im Osten, und speziell in der Region Leipzig-Halle, bald zu deutlichen Veränderungen der Lebensbedingungen kam.

Durch Abschaltung von Großemittenten und Umstellung von Braunkohlefeuerung auf Erdgas verbesserten sich die lufthygienischen Verhältnisse drastisch, damit auch die Wohnbedingungen, und unabhängig davon erfolgte eine gewisse Umorientierung der Ernährungsgewohnheiten.

Die Ergebnisse dieser Studien wurden inzwischen in internationalen (*Lancet*, *British medical Journal*, *Am J. Respir. Crit. Care Med.*, *Eur. Respir. J.*, *Eur. J. Pediatr.*) und nationalen Fachzeitschriften veröffentlicht. Sie dokumentieren die Veränderungen und deren medizinisch relevanten Folgeerscheinungen in Deutschland.

Ch. Fritsch ist u.a. Mitautor des in 2 Auflagen erschienenen Buches „Kinderheilkunde systematisch“ (Herausgeber: Braun 1996, Kiess/Braun 2002) und des Handbuches *Diagnostik und Therapie „Pädiatrie in Schlagworten“* (Herausgeber: W. Hoepffner, 1. Auflage 1992, 2. Auflage 2000).

Er ist Mitglied der Deutschen Physiologischen Gesellschaft, der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie, der Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin sowie der Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Pneumologie und Allergologie (APPA) e.V.

In der Kinderklinik beteiligte er sich an Seminaren, hielt Vorlesungen und war als Prüfer bzw. Prüfungsvorsitzender im Staatsexamen tätig.

Wir wünschen Herrn Priv.-Doz. Dr. Fritsch für den kommenden Lebensabschnitt, dass Sie mit viel Freude und Muße all die Dinge tun können, für die im Berufsleben keine Zeit vorhanden war.

Prof. Dr. med. habil. Erika v. Mutius,  
Universität München  
Prof. Dr. med. habil. Werner Handrick, Leipzig

# Unsere Jubilare im Januar

Wir gratulieren

03.01.	<b>60 Jahre</b> Dr. med. Schoßig, Christine 01127 Dresden	20.01.	Dr. med. Gehrig, Peter 04299 Leipzig	31.01.	01069 Dresden Dr. med. Vogler, Wolfgang 04808 Wurzen
07.01.	Vasylyev, Vladyslav 01067 Dresden	20.01.	Prof. Dr. med. habil. Keller, Eberhard 04157 Leipzig		<b>Alter: 75</b>
08.01.	Peschel, Ursula 01259 Dresden	20.01.	Müller, Juliane 08209 Rebesgrün	02.01.	Dr. med. Weißbach, Renate 08371 Glauchau
15.01.	Dipl.-Med. Keller, Petra 01156 Dresden	20.01.	Dr. med. Petermann, Günther 04736 Waldheim	03.01.	Dr. med. Schulz, Hans-Jürgen 04838 Eilenburg
19.01.	Dipl.-Med. Kobus, Bernhard 04435 Schkeuditz	21.01.	Feydt, Brigitte 01309 Dresden	07.01.	Dr. med. Hoffert, Manfred 01705 Freital
20.01.	Dr. med. Gitt, Hans-Albrecht 04207 Leipzig	21.01.	Dr. med. Siegert, Monika 04349 Leipzig	10.01.	Dr. med. Nothaaß, Ernestine 04275 Leipzig
27.01.	Priv.-Doz. Dr. med. habil. Zerbes, Helmut 01189 Dresden	22.01.	Prof. Dr. med. habil. Höring, Helmut 08645 Bad Elster	18.01.	Dr. med. Herrig, Ruth 09127 Chemnitz
29.01.	Dipl.-Med. Togoschow, Sieglinde 04425 Taucha	22.01.	Neubauer, Gisela 09217 Burgstädt	23.01.	MUDr. Benetka, Alois 08058 Zwickau
30.01.	Schubert, Iraidia 01705 Freital	23.01.	Dr. med. Engelstädter, Monika 01936 Königsbrück	25.01.	Prof. Dr. med. habil. Baerthold, Wolfgang 01187 Dresden
	<b>Alter: 65</b>	23.01.	Prof. Dr. med. Zimmer, Heinz-Gerd 04275 Leipzig	30.01.	Dr. med. Heuschkel, Harald 04509 Delitzsch
02.01.	Dr. med. Suntheim, Helga 04356 Leipzig	24.01.	Dr. med. Göckritz, Wolfgang 08318 Hundshübel		<b>Alter: 80</b>
03.01.	Dr. med. Adomeit, Anke 09350 Lichtenstein	24.01.	Hentschel, Günter 01097 Dresden	01.01.	Prof. Dr. med. habil. Aßmann, Dietmar 01796 Pirna
03.01.	Franck, Regina 01855 Sebnitz	24.01.	Dr. med. Martin, Sieglinde 09131 Chemnitz	13.01.	Dr. med. Schubert, Edith 08066 Zwickau
04.01.	Dr. med. Loose, Helga 01097 Dresden	24.01.	Dr. med. Siebert, Wolf 01587 Riesa	20.01.	Dr. med. Peschel, Gerhard 09130 Chemnitz
04.01.	Dr. med. Puschmann, Matthias 08223 Höhenluftkurort Grünbach	25.01.	Dr. med. Haller, Wolfgang 08527 Plauen		<b>Alter: 81</b>
05.01.	Dr. med. Ebermann, Rosemarie 01796 Pirna	25.01.	Schürer, Helmut 09661 Hainichen	01.01.	Dr. med. Bernhard, Joachim 01326 Dresden
05.01.	Dr. med. Weber, Gerd 01829 Stadt Wehlen	26.01.	Dr. med. Müller, Eveline 08064 Cainsdorf	03.01.	Dr. med. Keller, Ruth 04838 Eilenburg
06.01.	Dr. med. Schöne, Heideleinde 02827 Görlitz	27.01.	Kolle, Ulla 09350 Lichtenstein	08.01.	Dr. med. Kliemant, Günter 01612 Nünchritz
08.01.	Dr. med. Coder, Ingeborg 08280 Aue	27.01.	Dr. med. Koßmagk, Renate 04249 Leipzig	22.01.	Dr. med. Bulang, Benno 02625 Bautzen
09.01.	Dr. med. Gehlhar, Siegfried 01454 Ullersdorf	27.01.	Dr. med. Mager, Sabine 01328 Dresden		<b>Alter: 82</b>
10.01.	Bischoff, Lutz-Gregor 08451 Crimmitschau	27.01.	Dr. med. Oelschlägel, Heidemarie 08261 Schönock	13.01.	Prof. Dr. med. habil. Dürwald, Wolfgang 04299 Leipzig
10.01.	König, Gerlinde 09120 Chemnitz	30.01.	Prof. Dr. med. habil. Spencker, Friedrich-Bernhard 04277 Leipzig		<b>Alter: 83</b>
10.01.	Teich, Horst 09306 Rochlitz	31.01.	Dr. med. Bollmann, Joachim 04838 Eilenburg	31.01.	Dr. med. Kliemant, Hans-Jürgen 01662 Meißen
11.01.	Dr. med. Frey, Elke 01129 Dresden	31.01.	Dr. med. Fischer, Gisela 01591 Riesa		<b>Alter: 84</b>
11.01.	Dr. med. Krause, Peter 01217 Dresden	31.01.	Dr. med. Glaß, Dagmar 08248 Klingenthal	07.01.	Dr. med. Rocholl, Albrecht 01309 Dresden
12.01.	Derneff, Barbara 01307 Dresden		<b>Alter: 70</b>		<b>Alter: 85</b>
12.01.	Dr. med. John, Uta 01307 Dresden	02.01.	Grübel, Wilfried 09337 Hohenstein-Ernstthal	13.01.	Dr. med. Purrucker, Fritz 09114 Chemnitz
12.01.	Prof. Dr. med. habil. Nitzsche, Hartmut 01705 Freital	04.01.	Dr. med. Unger, Christine 04105 Leipzig	18.01.	Dr. med. Herzog, Eleonore 01217 Dresden
12.01.	Dr. med. Weber, Ulrich 02906 Hohendubrau	05.01.	Dr. med. Ehmann, Gertraude 08529 Plauen	26.01.	Dr. med. Möbius, Werner 01723 Wilsdruff
13.01.	Dr. med. Berger, Fritz 01824 Kurort Gohrlich	06.01.	Dr. med. Eisenreich, Roland 08060 Zwickau		<b>Alter: 86</b>
13.01.	Rothe, Christa 09126 Chemnitz	07.01.	Dr. med. Linemann, Ingrid 01217 Dresden	22.01.	Dr. med. Burkhardt, Hans 04357 Leipzig
14.01.	Hickel, Annelies 04564 Böhlen	08.01.	Dipl.-Med. Lauschke, Gertraud 01728 Goppeln	28.01.	Dr. med. Lorenz, Irene 01067 Dresden
15.01.	Dr. med. Nitzsche, Monika 01705 Freital	09.01.	Dr. med. Zwarz, Dietrich 09496 Marienberg	29.01.	Dr. med. Leibiger, Wolfgang 01896 Pulsnitz
15.01.	Rösler, Elisabeth 02730 Ebersbach	11.01.	Dr. med. Kohlschmidt, Eberhard 02994 Bernsdorf		<b>Alter: 87</b>
16.01.	Dr. med. Schulze, Christine 08064 Zwickau	13.01.	Dr. med. Vogler, Martina 04808 Wurzen	02.01.	Dr. med. Patzelt, Oskar 04808 Wurzen
17.01.	Buch, Volker 09217 Burgstädt	16.01.	Dr. med. Tzschoppe, Achim 01129 Dresden	08.01.	Dr. med. von Zimmermann, Blandine 01217 Dresden
17.01.	Dr. med. Leuteritz, Karin 04860 Torgau	19.01.	Dr. med. Thierfelder, Maria 09366 Stollberg	09.01.	Dr. med. Gawantka, Joachim 09468 Geyer
17.01.	Dr. med. Stoll, Dietmar 09128 Euba	22.01.	Dr. med. Ferse, Wolfgang 01328 Dresden	22.01.	Dr. med. Nickol, Renatus 01219 Dresden
18.01.	Dr. med. Weise, Wolfgang 04249 Leipzig	22.01.	Dr. med. Schmiedt, Gert 09599 Freiberg		<b>Alter: 89</b>
18.01.	Dr. med. Wepner, Dorit 08645 Bad Elster	24.01.	von der Höh, Heinrich 01067 Dresden	23.01.	Dr. med. Illing, Heinrich 09496 Marienberg
19.01.	Dr. med. Baldauf, Monika 09131 Chemnitz	25.01.	Dr. med. Kumpff, Hanspeter 01445 Radebeul		<b>Alter: 91</b>
19.01.	Dr. med. Fiege, Arnold 04860 Torgau	26.01.	Dr. med. Beyer, Ursula 04157 Leipzig	17.01.	Dr. med. Sieg, Heinz 09599 Freiberg
19.01.	Dr./Med.Üniv. Budapest Sohn, Ulrich 09131 Chemnitz	26.01.	Dr. med. Rockstroh, Werner 09395 Hornersdorf		<b>Alter: 93</b>
20.01.	Fasold, Ursula 01445 Radebeul	28.01.	Dr. med. Werner, Dieter 01877 Bischofswerda	02.01.	Dr. med. Runge, Anneliese 04129 Leipzig
20.01.	Dr. med. Gaunitz, Monika 04157 Leipzig	29.01.	Dr. med. König, Klaus 04207 Leipzig	04.01.	Dr. med. Langer, Horst 01689 Weinböhla

## Sankt Nikolaus 6. Dezember

Die Tage sind wieder kürzer geworden und die Abende länger. Das Jahr neigt sich dem Ende zu. Es beginnt nun eine Zeit, die mit frohen und zugleich besinnlichen Tagen das Jahr ausklingen lassen sollte. Die Weihnachtszeit und der Jahreswechsel stehen vor der Tür.

Sie, verehrte Leser unseres Kammerorgans, halten das Weihnachtsheft des „Arzteblatt Sachsen“ in der Hand, und auch in diesem Jahr soll in der Rubrik Feuilleton die Weihnachtszeit wieder etwas beleuchtet werden. Wenden wir uns in den weihnachtlichen Betrachtungen diesmal dem Nikolaustag zu. Unsere Kinder halten unter anderem Sprüche wie den folgenden für den Nikolaustag bereit:

*„Lieber guter Nikolaus,  
komm doch heut' auch in unser Haus,  
lehr uns an die Armen denken,  
laß uns teilen und verschenken,  
zeig uns, wie man fröhlich gibt,  
wie man hilft und wie man liebt.“*

In der Woche nach dem 1. oder 2. Advent liegt am 6. Dezember mit dem Tag des heiligen Nikolaus ein weiterer kleiner Festtag, der vor allem für die Kinder zu einem wichtigen Tag geworden ist. Der heilige Nikolaus erfreut sich bei den Kindern großer Beliebtheit, solange er nicht erzieherisch missbraucht und zu einer Drohfigur umfunktioniert wird. Die Legendentradition weist Nikolaus vor allem als Helfer und Beschützer von Kindern und jungen Menschen aus.

Die Kinder stellen in unserer Region am Vorabend des 6. Dezember ihre selbstverständlich gut geputzten Schuhe vor die Tür oder hängen in anderen Regionen ihre Socken vor das Fenster und freuen sich darauf, am nächsten Morgen allerlei kleine Geschenke und Überraschungen darin zu finden. Dieser Brauch illustriert spielerisch den Grundzug der Nikolauslegenden, und er beinhaltet eine über Jahrhunderte zu verfolgende Tradition.

Wer aber war nun Nikolaus, und wo und wann lebte er?

Über die geschichtliche Gestalt des Nikolaus ist sehr wenig bekannt. Legenden und Fakten sind heute kaum zu trennen. Im Laufe der Zeit entstand mit dem Nikolaus eine Figur, die alle guten Charaktereigenschaften in sich vereint.

Nikolaus wurde wahrscheinlich in Patara in der Nähe von Antalya in der Türkei geboren. Als Geburtsjahr wird 280 bzw. 286 vermutet.



Foto: Walter Möbius, Dresden

Nach der Heiligenlegende des Jacobus de Voragine war Nikolaus der Sohn der frommen Eltern Johanne und Epiphanes, die nach seiner Geburt ein vorbildliches Leben geführt haben sollen. Der Name Nikolaus, aus dem Griechischen stammend, bedeutet etwa Sieger aus dem Volk.

Der Legende nach soll Nikolaus schon am ersten Tag nach seiner Geburt aufrecht in der Badewanne gestanden haben. Als heranwachsender Knabe spielte er selten mit Kindern seines Alters, und Kirchenbesuche und das Bibelstudium waren ihm offenbar wichtiger. Später soll er in Xanthos Theologie studiert



haben. Er wurde durch seinen bischöflichen Onkel im Alter von etwa 20 Jahren zum Priester geweiht, und er war als Abt im Kloster Sion nahe seiner Heimatstadt tätig gewesen. Als seine Eltern an der Pest erkrankt verstorben waren, erbte Nikolaus ihr Vermögen, und er teilte es mit armen Menschen aus seiner Umgebung. Nikolaus achtete und half Menschen, die sich in Not und Bedrängnis befanden. Seine menschliche Größe, so weiß die Legende, machte ihn zur Persönlichkeit, an die sich zahlreiche Weihnachtsbräuche kopeln. Die Legende weiß unter anderen folgende Geschichte zu überliefern.

Ohne angemessene Mitgift war es früher jungen Frauen nicht möglich, eine Ehe zu schließen. Zwei oder drei jungen Frauen aus Nikolaus Umgebung blieb aus Geldnot nur der Weg sich unehrenhaft zu verhalten und sich zu prostituieren. Als Nikolaus vom Schicksal der jungen Frauen erfuhr, kletterte er auf das Dach des Hauses und warf Goldklumpen durch das Fenster in die Wohnung. Den angemessenen Hochzeiten stand nun nichts mehr im Wege.

Eine andere Geschichte berichtet folgendes. In Myra herrschte eine große Hungersnot. Nikolaus bat deshalb eine Schiffsbesatzung aus Alexandria, mit Weizen aus ihrer Ladung, zu helfen. Trotz drohender schwerer Strafe im Heimatland teilte der Kapitän seine Ladung mit Nikolaus. Durch ein Wunder war aber der Laderaum des Schiffes wieder aufgefüllt, als das Schiff in seinem Heimathafen vor Anker ging. Die Hungersnot wurde aber so in Myra beseitigt.

Nikolaus wurde etwa im Jahr 300 zum Bischof von Myra geweiht.

Während der Christenverfolgung unter Kaiser Diokletian wurde er offenbar um das Jahr 310 gefangen genommen und auch gefoltert. Durch glückliche Umstände kam Nikolaus aber frei, da die Christenverfolgung nicht mehr von langer Dauer war. Im Jahr 325 nahm er am 1. Konzil von Nicäa teil. Auf dieser Konferenz wird die Dreieinigkeit von – Gott / Jesus / Heiliger Geist – zum Dogma erhoben, und Nikolaus vertritt die Glaubensgrundsätze der Trinität.

Am 6. Dezember 345 (oder 351/352) verstirbt Nikolaus und wird in Myra beigesetzt. Das Grab in Myra wurde ein viel besuchter Wallfahrtsort. Die Verehrung des Heiligen war zuerst im Osten verbreitet. So wurde auch Nikolaus Schutzheiliger Russlands. Im 11. Jahrhundert (8. Mai 1087) wurden die Gebeine des Nikolaus von Seefahrern geraubt und nach Bari in Unteritalien übergeführt. In der Basilika Sankt Nicola wurden sie verwahrt. Von Bari nahmen Kreuzfahrer eine Fingerreliquie mit nach Lothringen. Sie wird in der Kirche von Saint Nicolas de Port, südlich von Nancy, aufbewahrt. Die Verehrung des Heiligen nahm nun in ganz Europa großen Aufschwung. Der Nikolauskult in Deutschland wurde im 10. Jahrhundert besonders durch Kaiserin Theophanu, die griechische Ehefrau des Kaisers Otto II., gefördert. Schon damals entstand der Brauch, dass Nikolaus die Kinder beschenkt. Da Nikolaus auch der Schutzpatron der Seeleute ist, finden sich in alten Hafenstädten häufig Nikolauskirchen / Nikolaikirchen. Weiterhin ist er der Schutzheilige der Bäcker, Weinhändler, Jungfrauen, Schüler, Lehrer, Rechtsanwälte, Wirte, Fischer, Apotheker, Kaufleute, etc. etc. Nikolaus schützt vor Dieben, hilft für eine glückliche Ehe, und er ist vor allem der Gabenbringer.

Im Mittelalter wurde in den Klosterschulen am Nikolaustag einer der Schüler zum Abt eingesetzt. Der Schülersprecher hatte die Gelegenheit, die Erwachsenen in einer Predigt auf Mängel hinzuweisen. Auf jeden Fall hatten die Kinder Anspruch auf ein Geschenk ihrer Eltern und Paten.

Mit der Reformation verblasste diese Tradition. Insbesondere Martin Luther wollte den Nikolaus gegen den „Heiligen Christ“, das spätere Christkindel, eintauschen. Trotzdem hat sich die Nikolaustradition bis in unsere Tage erhalten. So volkstümlich wie Sankt Nikolaus ist kein zweiter Heiliger geworden.

Seine Begleiter sucht sich der Nikolaus regional unterschiedlich seit dem 17. Jahrhundert aus. In den Niederlanden wird Sinterklas vom Zwarten Pieten unterstützt. Krampus hilft in

Österreich, und die Schmutzli umringen den Samichlaus in der Schweiz. Knecht Ruprecht ist in Deutschland nicht unbekannt. Er nimmt eine Sonderstellung ein, und er schlüpft zeitweilig in die Rolle des Nikolaus und ist so von dem Heiligen nicht mehr zu unterscheiden.

Inzwischen ist Sankt Nikolaus offenbar zum Vater des Weihnachtsmannes geworden. Holländische Siedler brachten die Nikolaustradition im 17. Jahrhundert nach Amerika. Damals lenkte der Weihnachtsmann weder ein Rentiergespann über den Himmel, noch kam er durch den Schornstein herab, wenn er Geschenke brachte. So wie es pädagogischer Unsinn ist, den Kindern mit dem Nikolaus Angst einzujagen, so wenig hat der Heilige mit dem Weihnachtsmann im eigentlichen Sinn zu tun. Der Weihnachtsmann mit weißem Bart und braunem Mantel ist nämlich erst seit dem 19. Jahrhundert als Geschenkbringer bekannt. Er wurde von Coca Cola in den dreißiger Jahren des 20. Jahrhunderts mit rotem Mantel und roter Mütze eingekleidet und so wurde er nicht ohne Grund zur Hauptfigur der Vor- und Weihnachtszeit entwickelt.

Seine Geschenkwerkstätten soll der heutige Gabenbringer übrigens unbestätigten Gerüchten zufolge auf dem Nordpol haben, und oft kommt er mit einem Schlitten, der von Rentieren gezogen wird zu den Kindern.

Damit schließt sich nun der Kreis um das Wissen über Sankt Nikolaus und seine legendäre Geschichte. Vielleicht hat diese Darstellung ein wenig zum Schmunzeln angeregt?

Eine schöne Vorweihnachtszeit sowie ein friedliches und gesundes Weihnachtsfest wünschen der Autor, der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer und das Redaktionskollegium „Ärzteblatt Sachsen“ allen Kolleginnen und Kollegen, verbunden mit einem guten Rutsch in das Jahr 2006.

Dr. med. Hans-Joachim Gräfe,  
Kohren-Sahlis