

# Ärzteblatt Sachsen



## Inhalt 6/2004

<b>Editorial</b>	Pauschalkritik am Gesundheitswesen in Deutschland ist falsch!	<b>216</b>
<b>Berufspolitik</b>	107. Deutscher Ärztetag	<b>217</b>
	Fortbildungspflicht der Ärzte im Lichte der Gesundheitsreformgesetzgebung	<b>223</b>
	Kassenmodelle sind Einkaufsmodelle	<b>224</b>
<b>Gesundheitspolitik</b>	3. Jahrestagung für Transplantationsbeauftragte, Region Ost	<b>225</b>
	Stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Versorgung in Sachsen	<b>226</b>
	Der Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	<b>229</b>
<b>Originalie</b>	H.-J. Gräfe Unterstützte Kommunikation	<b>230</b>
<b>Buchbesprechung</b>	Handbuch Infektionen bei Kindern und Jugendlichen	<b>233</b>
<b>Tätigkeitsbericht</b>	Tätigkeitsbericht der Sächsischen Landesärztekammer 2003	<b>234 – 309</b>
<b>Mitteilungen der Geschäftsstelle</b>	Fortbildung zur Arzthelferin/zum Arzthelfer	<b>310</b>
	Mitteilung der Bezirksstelle Chemnitz	<b>310</b>
	Ausstellungen	<b>310</b>
<b>Mitteilungen der KVS</b>	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	<b>311</b>
<b>Personalien</b>	Unsere Jubilare im Juli	<b>312</b>
<b>Medizingeschichte</b>	Der Medaillenzyklus »Arzt und Patient (Patient und Arzt) rundum«	<b>313</b>
<b>Aus den Ausschüssen</b>	Seniorentreffen Torgau 2004	<b>315</b>
	Impressum	<b>317</b>
<b>Beilage</b>	Fortbildung in Sachsen – August/September 2004 Impfempfehlungen der Sächsischen Impfkommision EI	

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),  
 „Gesundheitslotse Sachsen“: [www.gesundheitslotse-sachsen.de](http://www.gesundheitslotse-sachsen.de)

## Pauschalkritik am Gesundheitswesen in Deutschland ist falsch!



Der Vergleich „Mercedes zahlen und Volkswagen fahren“ wird in der öffentlichen Diskussion immer wieder benutzt, um das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich als teuer und nur mittelmäßig leistungsfähig darzustellen. Grundlage dieser Behauptung sind im Wesentlichen eine Untersuchung der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die Deutschland im internationalen Vergleich nur Platz 25, zuweist sowie Statistiken der OECD und andere internationale statistische Vergleiche.

In einer kritischen Analyse dieser WHO-Studie kommt das bekannte Fritz-Beske-Institut in Kiel zu der klaren Aussage, dass diese von der Politik viel zitierten Ergebnisse auf einer falschen Grundlage beruhen. Die Untersuchung hat keinen Anhalt dafür gegeben, dass Deutschland über ein weniger leistungsfähiges Gesundheitssystem verfügt als vergleichbare Länder. Denn offensichtlich hat die WHO

Äpfel mit Birnen verglichen. Trotz dieser kritischen Analyse des WHO-Berichtes 2000 durch das Beske-Institut, der besonders hinsichtlich seiner Rangordnung der verglichenen Gesundheitssysteme wissenschaftlich nicht haltbar ist, wird mit den Schlagworten von „Über-, Unter- und Fehlversorgung“ gegen die Ärzte polemisiert. In der öffentlichen Diskussion werden angebliche Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsmängel in bestimmten Versorgungsbereichen beklagt und deshalb durch den Berater von Gesundheitsministerin Ulla Schmidt, Prof. Dr. Karl Lauterbach, staatliche Eingriffe gefordert.

Es ist festzustellen, dass Deutschland ein sehr leistungsfähiges Gesundheitswesen mit einem umfassenden Leistungskatalog hat. Müssten die Versicherten mit ihren Beiträgen nicht auch versicherungsfremde Leistungen finanzieren wie Haushaltshilfe, Krankengeld bei Erkrankung des Kindes und Kuren und hätte es keine politischen Entscheidungen mit einer finanziellen Belastung der gesetzlichen Krankenversicherung und einer finanziellen Entlastung anderer Zweige der Sozialversicherung und des Staates (Verschiebebahnhof) gegeben, so würde es auch keine finanziellen Probleme in der Gesetzlichen Krankenversicherung geben. Es besteht der Eindruck, dass in keinem anderen hoch industrialisierten Land der Welt so kritisch über das eigene Gesundheitswesen diskutiert wird wie in Deutschland.

Den hohen Ausgaben für Gesundheit steht eine umfassende Versorgung gegenüber. Die deutsche Bevölkerung hat ein großes Maß an Versorgungssicherheit und praktisch keine Wartezeiten in der medizinischen Betreuung.

Es gibt weltweit keine so perfekte Versorgungsplanung im Gesundheitswesen, dass jeder Patient an jedem Ort und zu jeder Zeit eine bedarfsgerechte Versorgung erhalten kann.

Das Fehlen von Wartezeiten in Deutschland ist Folge einer flexiblen Leistungserbringung, die bei eigenständigen und erwerbsorientierten Leistungserbringern offenbar größer ist als bei staatlichen Einrichtungen. Eine Planung an der Grenze des Versorgungsbedarfs oder darunter kann dagegen zu Unterversorgung führen. Wesentliches Charakteristikum einer Unterversorgung sind Wartezeiten.

Defizite in der Versorgung gibt es mit Sicherheit in jedem Gesundheitssystem. Dies gilt auch für Deutschland. Defizite zu minimieren, ist auch eine Aufgabe der ärztlichen Selbstverwaltung. Und die Verbesserung des Gesundheitssystems ist daher ein permanenter Prozess. Diesem Prozess hat sich der 107. Deutsche Ärztetag in Bremen gestellt und auch der Sächsische Ärztetag am 25. Juni in Dresden wird sich diesen Fragen widmen.

Aber wir können noch Stolz auf unser Gesundheitssystem sein – den Politikern zum Trotz. Ob wir auch in Zukunft diesen Stolz und Optimismus aufbringen, wird auch davon abhängen wie sich die Rahmenbedingungen ärztlicher Arbeit in ideeller und materieller Hinsicht entwickeln werden. Anstatt staatlichem Dirigismus, Bürokratie, Reglementierung, Ökonomisierung und Misstrauen bedarf es eines nachhaltigen ärztlichen sowie ethischen „Heilklimas“ für ein optimales Patienten-Arzt-Verhältnis.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
Präsident

<sup>1</sup> *Fritz-Beske-Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel: WHO Collaborating Centre for Health Care Systems Research and Development; Das Gesundheitswesen in Deutschland im internationalen Vergleich – Eine Antwort auf die Kritik – ; Bd. 100; 159 S.; 2004.*

## 107. Deutscher Ärztetag

Bremen  
18. bis 21. Mai 2004



*Rathaus in Bremen*

### Ärzteschaft stellt Weichen für Zukunft

Die Medizin muss ihre menschliche Komponente behalten und darf nicht durch Begriffe und Methoden aus der Marktwirtschaft zu einem Dienstleistungsbereich umgewandelt werden. In diesem Punkt waren sich die Eröffnungsdredner des 107. Deutschen Ärztetages in Bremen, der Bundespräsident Dr. h.c. Johannes Rau und der Präsident der Bundesärztekammer Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, einig. Der Bürgermeister der Freien Hansestadt Bremen Dr. Henning Scherf möchte auch in Zukunft individuell in Praxis und Klinik behandelt werden. Mit Blick auf die anwesenden Vertreter der Politik machte er die Notwendigkeit des offenen und fairen Gesprächs deutlich. Denn nur so würden die Bürger nicht das Vertrauen in die Politik verlieren. Unverständlich ist vor allem, dass gerade die Ent-

scheidungsträger in Deutschland über das Gesundheitswesen derart negativ sprechen und zusätzlich die Leistungserbringer diffamieren. So etwas gibt es in keinem anderen europäischen Land. Die Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt versuchte in ihrem Grußwort die Gemeinsamkeiten in der Gesundheitsreform zwischen Ärzten und ihrem Ministerium besonders herauszustellen. Dies brachte ihr einige Unruhe im Saal ein. Worauf sie sich mit einem entschiedenen „Ruhe“ wieder Gehör verschaffte. Insgesamt wirkte Frau Schmidt unsicher, auch in der Argumentation. Prof. Dr. Hoppe stellte in seinem anschließenden Eröffnungsreferat zur Gesundheitspolitik die aktuellen Tendenzen dar: Rationierung von Gesundheitsleistungen, Machtzuwachs für Krankenkassen und keine Entbürokratisierung.



*600 Jahre alt, der Bremer Roland*

Patienten mutieren durch die ökonomische Ausrichtung des Gesundheitswesens vom Menschen zur DRG-Nummer mit Wirtschaftlichkeitsreserven.



*Weltbekannt, die Bremer Stadtmusikanten*



*Eröffnung: Ulla Schmidt, Dr. h.c. Johannes Rau, Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe*

**Die Schwerpunktthemen des 107. Deutschen Ärztetages** in den Beratungen der 250 Delegierten aus den 17 Landesärztekammern zur Gesundheitspolitik und zur ärztlichen Berufspolitik waren:

**AiP-Stichtagregelung, Umwandlung von AiP-Stellen in Bat-II-Stellen**

Das Ärzteparlament begrüßte in Bremen ausdrücklich die beschlossene Abschaffung der AiP-Phase zum 1. Oktober 2004. Die Bundesregierung wurde aufgefordert dafür Sorge zu tragen, dass die zur Finanzierung der AiP-Abschaffung bereitgestellten Finanzmittel nicht durch Kürzungen der zu verhandelnden Budgets bereits im Vorfeld eingespart werden und ohne bürokratische Hindernisse in voller Höhe den Kliniken und Krankenhäusern zur Verfügung stehen sowie die entsprechende Vergütung bei Weiterbeschäftigung im Gesetz verbindlich zu regeln. Mit der Abschaffung der AiP-Phase hat der Gesetzgeber ein bedeutsames Signal gesetzt, um die Attraktivität des Arztberufes wieder zu steigern.

**(Muster-)Weiterbildungsordnung**

Bis zum Mai 2004 haben mehr als die Hälfte der Kammerversammlungen der Landesärztekammern die auf dem 106 Deutschen Ärztetag novellierten (Muster-)Weiterbildungsordnung beraten. Mit Hamburg, Berlin, Brandenburg, Nordrhein und Bayern haben bisher fünf Landesärztekammern die Annahme der (Muster-)Weiterbildungsordnung beschlossen. Auf dem 14. Sächsischen Ärztetag werden die Delegierten am 26. Juni 2004 über die Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer diskutieren und abstimmen. Der 107. Deutsche Ärztetag hat die Zusatzweiterbildungen „Suchtmedizinische Grundversorgung“ und „Ärztliches Qualitätsmanagement“ beschlossen. Der 107. Deutsche Ärzt-

---

tetag beschloss neben dem Gebiet „Arbeitsmedizin“ die Zusatz-Weiterbildung „Betriebsmedizin“ zu erhalten, die in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Wechselbeziehung zwischen Arbeit und Beruf einerseits sowie Gesundheit und Krankheiten andererseits und die Förderung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit des arbeitenden Menschen umfasst. Die Zusatz-Weiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Vorbeugung, Erkennung, Behandlung und Rehabilitation von Krankheitsbildern im Zusammenhang mit dem schädlichen Gebrauch suchterzeugender Stoffe und nicht stoffgebundener Suchterkrankungen. Die Zusatz-Weiterbildung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ beinhaltet die Grundlagen für eine kontinuierliche Verbesserung von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen in der medizinischen Versorgung.

#### **Ärztliche Fortbildung und neue Fortbildungssatzung**

Fortbildung ist integraler Bestandteil der ärztlichen Berufsausübung. Die Fortbildung ist ein Element der Qualitätssicherung ärztlicher Tätigkeit. Zeitpunkt, Inhalt und Dauer der Fortbildung ergeben sich aus den Anforderungen der Patientenversorgung und müssen vom einzelnen Arzt selbst bestimmt werden. Seit Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes sind alle Vertragsärzte und die Fachärzte an Krankenhäusern zur Fortbildung verpflichtet. Der Ärztetag hat eine „(Muster-) Satzungsregelung Fortbildung und Fortbildungszertifikat“ verabschiedet. Die Ärzteschaft reagierte auf die gesetzlichen Vorgaben zur Fortbildungsnachweispflicht. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung bestimmt im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer verbindlich den angemessenen Umfang der im Fünfjahreszeitraum notwendigen Fortbildung. Wir weisen auf den Artikel von Herrn Professor Dr. Otto Bach auf der Seite 223 in diesem Heft.

#### **Neue Kooperationsmöglichkeiten der Ärzte**

Mit der „Novellierung einzelner Vorschriften der (Muster-)Berufsordnung“ (MBO) wird dem durch das GKV-Modernisierungsgesetz initiierten Vertragswettbewerb unter verschiedenen Versorgungsformen Rechnung getragen. Ärzte können künftig leichter untereinander und mit anderen Fachberufen kooperieren. Ärzte können über ihren Praxissitz hinaus an weiteren Stellen tätig sein. Ärzte



Prof. Dr. Jan Schulze

haben in Zukunft die Möglichkeit, in verschiedenen Kooperationsformen ärztlich tätig sein (Teilgemeinschaftspraxen, Teilpartnerschaften, überörtliche Gemeinschaftspraxen). Die Möglichkeiten zur Anstellung von Ärzten werden erweitert. Voraussetzung ist, dass der niedergelassene Arzt seine Praxis persönlich ausübt, leitet und dem angestellten Arzt/der angestellten Ärztin eine angemessene Vergütung und eine angemessene Zeit für die Fortbildung gewährt. Die Novellierung einzelner Vorschriften der MBO sieht auch erweiterte Kooperationsformen mit anderen Leistungserbringern vor – mit Angehörigen anderer akademischer Heilberufe im Gesundheitswesen, Naturwissenschaftlern und/oder mit Mitarbeitern sozialpädagogischer Berufe. In Hinblick auf den neuen Versorgungstypus der Medizinischen Versorgungszentren wurde eine Regelung in der Berufsordnung aufgenommen, die den Ärzten die Gründung einer eigenen Gesellschaftsform, der Ärztesellschaft, ermöglicht. Bei allen Formen dieser ärztlichen Kooperationen muss die freie Arztwahl gewährleistet sein. Für die neuen Ärzte-Kooperationen müssen noch Bestimmungen in den Heilberufegesetzen der einzelnen Länder geändert werden.

#### Reduzierung des Dokumentationsaufwandes

Erstmals auf einem Deutschen Ärztetag stand die Entbürokratisierung der ärztlichen Tätigkeit auf dem Programm. Schreibearbeiten aller Art, Statistiken, Bescheinigungen, Dokumentationen und Auswertungen nehmen inzwischen einen Großteil der gesamten Arbeitszeit ein, kritisierten die Delegierten. Rund 70 Prozent der Arbeitszeit in einer Arztpraxis entfallen auf Bürokratie. Davon allein 30 Prozent direkt auf den Arzt. Die Ärztinnen und Ärzte wollen nicht länger hinnehmen, dass ihnen durch bürokratische Vorgaben immer mehr Zeit für ihre eigentliche Arbeit, die Patientenversorgung,



Prof. Dr. Otto Bach

genommen wird. Der 107. Deutsche Ärztetag in Bremen forderte eine konzertierte Aktion von Politik, ärztlicher Selbstverwaltung und Krankenkassen damit diese Entwicklung gestoppt wird. Als gemeinsames Ziel müsse eine massive Reduzierung der Dokumentationsmengen angestrebt werden. Nach einer Analyse der Bundesärztekammer werden Ärzte durch vermeidbare Doppeldokumentation, unnütze oder arztfremde Dokumentation, überbordende Kontrolldokumentation, uneinheitliche Dokumentationsmaßstäbe, unzureichende Dokumentationsinstrumente und eine übermäßige Komplexität von Abrechnungsbestimmungen, Kodierrichtlinien und Vergütungsverordnungen von der Patientenversorgung abgehalten. Die „Krönung“ im ambulanten Bereich sind die Chroniker-Programme (Disease Management-Programme), für die allein drei Bögen pro Patient auszufüllen sind. Als ein gutes Beispiel für effiziente Dokumentationsverfahren wurde in Bremen das bisherige Diabetes-Leitlinien Programm in Sachsen angeführt. Grundsätzlich ist die Ärzteschaft nicht gegen Dokumentation und Qualitätssicherung. Sie ist lediglich dagegen, sich mit der Erfassung von Daten zu belasten, die hinterher nicht sinnvoll genutzt werden“, erklärte Dr. Ursula Auerswald, Vizepräsidentin der Bundesärztekammer und Präsidentin der Ärztekammer Bremen. Bei der Einführung neuer Dokumentationen muss deshalb dringend kontrolliert werden, ob ältere Dokumentationen dadurch entfallen können.

#### Von Quantität zu Qualität

Die Einführung von Mindestmengen als Qualitätskriterium für operative Behandlungen an Kliniken war ein weiterer Schwerpunkt in Bremen. Die Mindestmengendebatte beruht auf der Grundannahme „Übung macht den Meister“. Also, je höher die operative Fallzahl, desto besser die Qualität. Eine Analyse aus ärztlicher und wissenschaftlicher Sicht



Dr. Stefan Windau

brachte dagegen ganz andere Ergebnisse. Rudolf Henke, Vorsitzender der Krankenhaus-Gremien der BÄK, machte auf die politischen und strukturellen Folgen von Mindestmengen aufmerksam. Dem Konzentrationsprozess im Krankenhaus durch DRG folgt Personalkürzung. Und durch Mindestmengen wird dieser Prozess durch die anschließende Zentrenbildung verstärkt. Eine weitere Folge nach der Einführung von Mindestmengen: Produktion von Warteschlangen durch Reduktion der Anzahl Krankenhäuser und die Ausdünnung der wohnortnahen Versorgung.

Prof. Dr. Max Geraedts von der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf hatte den Auftrag, eine wissenschaftliche Evidenz zwischen Frequenz und Qualität durch den Vergleich von zahlreichen Studien herauszufinden. Die vorliegenden Studien sind durch mangelnde Methodik allerdings schwer vergleichbar. Hauptziel der Analyse war eine Antwort darauf zu finden, was entscheidender ist: Fallzahl der Klinik oder Fallzahl des Arztes? Sein Zwischenergebnis dazu lautet: für die Festlegung von Mindestmengen sind die Studien nur bedingt auswertbar. Insgesamt ist durch den Vergleich kein signifikanter Zusammenhang zwischen Fallzahlen und Letalität und damit kein Beleg für Mindestmengen als Qualitätskriterium zu finden. Dennoch ist das Thema Mindestmengen immer noch in der Qualitätsdebatte, ohne ausreichende Nachweise dafür zu haben, das Übung tatsächlich den Meister macht. Genau so kann „Klasse statt Masse“ und „klein aber fein“ zutreffen. Betrachtet man die Auswirkungen von Mindestmengen auf Ärzte und Patienten, so ergeben sich folgende Punkte:

- Behandlung der Patienten nur noch in hochspezialisierten Zentren,
- wohnortnahe Versorgung nicht mehr möglich,
- für Ärzte Erfahrungsverlust durch frühzeitige Spezialisierung,
- Reduktion der Weiterbildungskapazitäten und komplizierte Rotationsverfahren.



Prof. Dr. Rolf Haupt

Für die weitere Debatte sind aus diesen Gründen die positiven und negative Effekte von Mindestmengen abzuwägen. Zusätzlich wird eine Forschung nach besseren Qualitätsindikatoren als die Leistungsfrequenz gefordert. In der anschließenden Diskussion forderte der sächsische Delegierte, Prof. Dr. Rolf Haupt, die Ergebnisse von Obduktionen für Qualitätskriterien heranzuziehen.

#### Stärkung der Prävention

Der 107. Deutsche Ärztetag hat die Bestrebungen für ein Präventionsgesetz ausdrücklich unterstützt:

- Gesundheitsförderung und Prävention muss auf allen gesellschaftlichen Ebenen gestärkt und weiterentwickelt werden.
- Das vom Gesetzgeber geplante Präventionsgesetz muss dazu beitragen, dem Individuum eine stärker präventionsorientierte Lebensweise zu ermöglichen.
- Die Arztpraxis ist ein geeigneter Ort, Versicherte in Fragen der Gesundheit und der Prävention von Erkrankungen zu beraten und sozial ungleiche Chancen in der Gesundheitsförderung und Prävention auszugleichen.
- Der Arzt hat die Kompetenz, gesundheitliche Risiken abzuklären, über geeignete Maßnahmen aufzuklären und deren Erfolg zu überprüfen.



Kritische Beobachtung: Dr. Stefan Windau, Erik Bodendieck

#### Gleichstellung und Integration von Menschen mit Behinderungen

Der Ärztetag appellierte an alle Ärzte, ihre Tätigkeit im Rahmen von Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation bei behinderten Menschen in besonderem Maße auf deren spezifischen Belange auszurichten. Der Ärztetag beschloss, einen ganzheitlichen Rehabilitations- und Integrationsansatz zur Richtschnur ärztlichen Handelns zu machen.

Die Gleichstellung und Integration behinderter Menschen sind eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Von einer barrierefreien Gestaltung der Lebensbereiche profitieren nicht nur Menschen mit Behinderungen, sondern alle Bürger, die in ihrer Bewegungsfreiheit eingeschränkt sind. Die Ärzteschaft als Teil der

Gesamtgesellschaft ist sich ihrer besonderen Aufgabe bewusst, zu einer wirkungsvollen Integration behinderter Menschen ihren Beitrag zu leisten.

#### Entschließungsanträge der Sächsische Landesärztekammer

##### Einführung eines Arztausweises und einer Gesundheitskarte

Die Ärzteschaft unterstützt die Einführung eines Arztausweises und einer Gesundheitskarte und fordert eine angemessene Berücksichtigung der Patienteninteressen und der geeigneten technischen Funktionalität, damit derzeitige Barrieren der Anwendung der Telematik im Gesundheitswesen überwunden werden können.

### Ärztmangel in (Ost-)Deutschland

Der Ärztetag fordert die Bundesregierung und die Landesregierungen auf, strukturelle Maßnahmen einzuleiten, damit der Arztberuf für deutsche Absolventen der Medizin wieder attraktiv wird und unser Nachwuchs nicht weiter in das westeuropäische Ausland abwandert. Dazu gehören insbesondere die Anpassung der Vergütung an das westdeutsche Niveau sowie Förderungen für die Niederlassung in ländlichen Regionen.

Der Ärztetag fordert die Einführung von Sonderregelungen für die befristete Anstellung oder Niederlassung ärztlicher Kollegen aus Osteuropa, um Versorgungengaps in einzelnen Regionen Ostdeutschlands kurzfristig auszugleichen und den ausländischen Kollegen schon heute die Chance zu eröffnen, Auslandserfahrung zu sammeln.

### Angleichung der Berufsordnung an neue Versorgungsstrukturen

Die Ärzteschaft wird ihre Berufsordnungen auf Grund der neuen Versorgungsstrukturen den Erfordernissen einer freien und wirtschaftlich sinnvollen Niederlassung in einer Einzelpraxis angleichen. Damit sollen Benachteiligungen insbesondere gegenüber Medizinischen Versorgungszentren vermieden werden.

Der Deutsche Ärztetag fordert die Gesetzgeber auf, die sozialrechtlichen und anderen Regelungen so zu ändern, dass die Kompatibilität zu den Beschlüssen des 107. Deutschen Ärztetages zur (Muster-)Berufsordnung schnellstens hergestellt wird, dies unter besonderer Berücksichtigung der Chancengleichheit von niedergelassenen Kollegen und Versorgungszentren.

### Bürokratie in der Arztpraxis

Die Deutsche Ärzteschaft richtet sich gegen jede weitere Bürokratisierung ihrer Tätigkeit und fordert von den Entscheidungsträgern eine deutliche Beschränkung der Bürokratie in Praxis und Klinik.

Wir fordern eine Minimierung des Aufwandes an medizinischer Dokumentation bei DMP und DRG, wir fordern eine Reduktion der Nachfrageleistungen der Krankenkassen, wir fordern eine Reduktion des Dokumentationsaufwandes zur Begründung optimaler Patientenversorgung.

### Maßstäbe der Ethik

Die Ärzteschaft wird trotz der ökonomisch ausgerichteten Maßnahmen der Bundesregie-



*Delegierte der Sächsischen Landesärztekammer*

rung und einer fortschreitenden Bürokratisierung ihr ärztliches Handeln nach den Maßstäben der ärztlichen Ethik ausrichten und ein von Vertrauen geprägtes Patienten-Arzt-Verhältnis erhalten. Dem Wohl des Patienten zu dienen, Krankheitsverhütung und Heilung sowie krankheitsbegleitende Betreuung und der feste Wille, dem Patienten nicht zu schaden, bleiben höchste Wertprinzipien. Die Ärzteschaft wendet sich deshalb gegen Überfremdung ärztlicher Tätigkeit, zunehmende bürokratische Reglementierung, Ökonomisierung und Verrechtlichung der Medizin.

### Qualität des Deutschen Gesundheitswesens

Die Deutsche Ärzteschaft fordert die Bundesregierung auf, dass deutsche Gesundheitswesens nicht mehr mit der Formulierung „Über-, Unter und Fehlversorgung“ zu kennzeichnen.

### Anpassung GOÄ/EBM

Der 107. Deutsche Ärztetag fordert die sofortige Angleichung der Vergütung nach GOÄ und EBM für die Ärzte in den ostdeutschen Bundesländern an das Niveau der alten Bundesländer.

### Leistungsgerechte Vergütung

Die Vergütung der ärztlichen Tätigkeit in Praxis und Klinik muss leistungsgerecht erfolgen. Sie sollte der sehr langen Ausbildung, der kontinuierlichen Fortbildung, den langen Arbeitszeiten und der großen Verantwortung des Arztberufes Rechnung tragen.

Besonders in der Phase des Berufseinstieges in die ärztliche Laufbahn ist eine leistungsgerechte Vergütung selten gegeben. In den Krankenhäusern ist eine zuverlässige Dokumentation der geleisteten Arbeitszeit erforderlich. Deshalb müssen als erster Schritt sämtliche

Überstunden erfasst und entsprechend vergütet werden.

### Praxisrelevanz der Fortbildung und des Fortbildungszertifikats

Der Deutsche Ärztetag setzt sich bei den Arbeiten für eine „Muster-Satzungsregelung Fortbildung und Fortbildungszertifikat“ dafür ein, dass

1. Fortbildungen, die wirtschaftliche Praxisführung sowie berufs- und gesundheitspolitische Inhalte umfassen, nach gleichen Kriterien bewertet werden wie medizinische Fachfortbildungen.
2. Mehrtägige Kongresse im In- und Ausland ohne Einzelnachweis von der vorab Anerkennung durch eine Ärztekammer ausgenommen werden.
3. Hospitationen mit mindestens zwei Punkten pro Stunde bewertet werden.
4. Die Kosten und Finanzierung bei den Fortbildungsveranstaltungen liegen und keine Gebühren für die Zertifizierung durch die Kammern erhoben werden.

### Erhalt der Rechtsmedizinischen Institute

Der Deutsche Ärztetag fordert die Länder auf, rechtsmedizinische Institute in ihrem Bestand und ihrer Vielfalt (Universitätsinstitute, Landesinstitute) zu erhalten.

Im Internet unter [www.slaek.de](http://www.slaek.de) sind die Entschließungsanträge mit den ausführlichen Begründungen veröffentlicht. Das vollständige Beschlussprotokoll des 107. Deutschen Ärztetages finden Sie unter [www.baek.de](http://www.baek.de).

Prof. Dr. med. Winfried Klug  
Knut Köhler M.A.  
Sächsische Landesärztekammer



# Fortbildungspflicht der Ärzte im Lichte der Gesundheitsreformgesetzgebung

Die Ärztekammern Deutschlands und in deren Vertretung auch die Bundesärztekammer haben sich in den vergangenen Jahren vehement gegen eine vom Gesetzgeber festgeschriebene Fortbildungspflicht für ihren Berufsstand gewehrt und dabei viele vernünftige nachträglich nicht erneut zu wiederholende Gründe ins Feld geführt. Die gesundheitspolitisch Verantwortlichen der Bundesregierung haben andere Wege eingeschlagen und eine nachweisbare Pflicht zur Fortbildung festgelegt.

Der § 95d des Gesundheitsreformgesetzes schreibt nunmehr vor, dass Vertragsärzte alle fünf Jahre gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung den Nachweis zu erbringen haben (in der Regel durch ein Fortbildungszertifikat der Kammern), dass sie dieser Fortbildungspflicht genügen. Kann dieser Nachweis nicht erbracht werden, hat der entsprechende Kollege mit Honorarkürzungen zu rechnen. Vertragsärzte, die am 30. Juni 2004 zugelassen sind, hätten mithin am 30. Juni 2009 erstmals den Nachweis zu erbringen. Der Umfang der Fortbildung ist in Absprache zwischen den Kammern und der Kassenärztlichen Vereinigung mit 250 Punkten vorgesehen.

In der Regel entspricht dabei eine 45-minütige Fortbildung einem Punkt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung regelt im Einzelnen das Verfahren der Anerkennung des Fortbildungsnachweises und der angedachten Honorarkürzungen.

Aus dem § 137 SGB V leitet der Gemeinsame Bundesausschuss die Fortbildungsverpflichtungen auch für angestellte Ärzte ab, die ähnlichen Regeln folgen sollen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (dem unter anderem die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Bundesverbände der Kassen angehören) beschließt unter Beteiligung des Verbandes der privaten Krankenversicherungen und der Bundesärztekammer Maßnahmen der Qualitätssicherung für Krankenhäuser, zu denen auch Nachweise der im Abstand von fünf Jahren zu erfüllenden Fortbildungspflichten und deren Nachweis durch Fachärzte gehört. Auf die sächsischen Verhältnisse bezogen, haben wir bezüglich derartiger Fortbildungsnachweise insofern einen guten Vorlauf, als hier das Fortbildungszertifikat schon 1999 eingeführt und in einer Modellphase von drei Jahren erprobt wurde und inzwischen etwa 1500 Ärzte das Zertifikat (früher Fortbildungsdiplom genannt) erworben haben. Auch die nicht unerheblichen – und zukünftig sich eher erhöhenden – bürokrati-

schon Aufwendungen (ein typischer Effekt solcher deutscher Überregulierungswut folgenden Gesetzgebung) hat unsere Kammer gut in den Griff bekommen; und es ist zu erwarten, dass zukünftig durch elektronische Erfassungs- und Abrechnungssysteme der Aufwand für den einzelnen Arzt vermindert wird. In Gesprächen zwischen der Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung wurden Modalitäten der Anerkennung (das Kammerzertifikat als zentrale Nachweismöglichkeit) und der gerechten und auf die Verhältnisse der Ärzte bezogen angemessenen Bewertung von Fortbildungsaktivitäten erörtert. In der Kammerversammlung im November 2004 wird den Ärztevertretern eine modifizierte Satzung zum sächsischen Fortbildungszertifikat zur Abstimmung vorgelegt, welche sich an eine Modellsatzung der Bundesärztekammer anschließt (unsere geltende Satzung entspricht auch derzeit schon den Satzungen vieler deutscher Kammern), Besonderheiten für Sachsen weiterführt und sich vor allem der Frage widmen wird, wie die notwendige Bewertung von Fortbildungsveranstaltungen durch die Kammer und die Akkreditierung von Veranstaltern zur Selbstbewertung ihrer Fortbildungsangebote sinnvoll zu handhaben sei. Auch hier hat unsere Kammer in der Satzung schon Regelungen vorgelegt.

Kooperationen mit wissenschaftlichen Gesellschaften und ärztlichen Berufsverbänden, die eigene Fortbildungsakademien betreiben und CME-Punktsysteme der Fortbildung anbieten, werden satzungsmäßig fixiert werden im Sinne einer direkten Übernahme der dort er-

worbenen CME-Punkte. Die modifizierte Satzung wird im „Ärzteblatt Sachsen“ veröffentlicht.

Die Sächsische Landesärztekammer und speziell das für die Fortbildungsfragen zuständige Team wird sich bemühen, den Ärztinnen und Ärzten beratend zur Verfügung zu stehen und den Aufwand an Bürokratie für den Einzelnen so gering wie möglich zu halten.

Zusammengefasst ist festzustellen:

■ Ab 30. Juni 2004 haben Vertragsärzte und angestellte Fachärzte einen Nachweis über 250 Fortbildungspunkte in fünf Jahren\* nachzuweisen. Erster Termin: 30. Juni 2009.

■ Die Ärztekammer bietet mit dem sächsischen Fortbildungszertifikat die beste Möglichkeit einer einheitlichen Punkteerfassung und deren Verwaltung.

■ Kooperationen mit und Akkreditierungen von Fortbildungsanbietern sollen eine unkomplizierte Zusammenfassung alles dessen, was der einzelne Arzt für die Fortbildung tut, ermöglichen.

■ Die modifizierte und an die neuen Bedingungen angepasste Satzung zur Erteilung des Fortbildungszertifikates wird der Kammerversammlung am 13. November 2004 zur Verabschiedung vorgelegt.

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

\* entspricht unserer bisherigen Regelung von 150 Punkten in 3 Jahren

## Kassenmodelle sind Einkaufsmodelle



Dr. Stefan Windau

Auf einem „Tag der Berufspolitik“ am 28. April 2004 in der Sächsischen Landesärztekammer haben die vertretenen sächsischen Berufsverbände, Ausschüsse und Körperschaften die Weichenstellungen der Gesundheitsreform kritisch diskutiert. Als „riesiges Experiment“ bezeichnete der Präsident Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze die politische Vorgehensweise bei der Umsetzung der Reformmaßnahmen in deren Zuge gängige Begrifflichkeiten wie Integrierte Versorgung „perviert und ökonomisch ausgerichtet“ wurden. Denn nach seiner Auffassung „gibt es die integrierte Versorgung schon lange und ist von unten, also aus der ärztlichen Praxis gewachsen und wurde nicht von oben gesetzlich vorgeschrieben“. Das die Gesundheitsreform nur einzig dazu dient ökonomische Interessen zu bedienen und den Einfluss von den Leistungserbringern im Gesundheitswesen auf die Krankenkassen zu verlagern, darüber waren sich alle einig. Die Reduzierung von medizinischen Leistungen und die verdeckte Anhebung der Krankenkassenbeiträge durch Praxisgebühr und Zuzahlungsregelungen bei Medikamenten wurde durch die anwesenden Vertreter der Berufsverbände stark kritisiert. „Wir verlangen mehr Transparenz und Ehrlichkeit in der politischen Vorgehensweise“, so Dr. med. Stefan Windau, Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer, in seinem Impulsreferat. „Für die Sächsische Landesärztekammer steht der Erhalt der Freiberuflichkeit im Mittelpunkt der Bemühungen, auch bei der Umsetzung neuer Versorgungsstrukturen. Denn diese dürfen nicht dazu führen, dass niedergelassene Ärzte dem Konkurrenzdruck von Medizinischen Versorgungszentren weichen müssen oder gezwungen sind, ihre Zulassung an eine GmbH zu verkaufen, um überleben zu können. Die Sächsische Landesärztekammer und die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen müssen



Dr. Klaus Heckemann

gerade in diesem Bereich eine umfassende Beratungsfunktion einnehmen. Deutschlandweit muss dies auch über die Arbeitsgemeinschaft Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung erfolgen“. Auch der stellvertretende Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, Dr. med. Klaus Heckemann, schloss sich dieser Sichtweise an und vertrat die Auffassung, dass „Medizinische Versorgungszentren die Kooperation im ambulanten Bereich eher verhindern“. Auch der Entwicklung einer integrierten Versorgung per Gesetz gab er wenig Aussicht auf Erfolg, weil „die ökonomischen Anreize die fachliche Kompetenz nicht ersetzen können, wie wir am Beispiel DMP erleben konnten. Krankenkassen folgen nur dem Lockruf des Geldes und orientieren sich nicht am Wohl ihrer Patienten“. Das zeigen auch die ersten Hausarztmodelle der Krankenkassen besonders deutlich. Ziel ist dort Kostenreduktion und nicht Qualitätsverbesserung der Versorgung. Konsens fand in der Diskussion die Forderung nach einer Verbesserung der Vergütung für Ärzte und die Einführung des Kostenerstattungsprinzips. Bewusst machen muss man sich aber, dass durch die Forderung nach höherer ärztlicher Vergütung der finanzielle Kuchen insgesamt nicht größer wird, sondern die Stücke anders verteilt werden müssten. Das gilt auch für die Arztgruppen untereinander. Die Bundesregierung jedenfalls wird keine zusätzlichen Mittel in das Gesundheitssystem leiten, sondern die Preise drücken. Mit offenen Armen empfängt sie deshalb diejenigen, welche sich dem Prinzip „teile und herrsche“ unterwerfen und die Ärzteschaft gegeneinander ausspielen. Denn es ist ein Irrglauben, dass Einzelverträge die Position des Arztes verbessern. Im Gegenteil, die Krankenkasse als Vertragspartner hat das Geld, und wer das Geld hat, hat die Macht. Und Kassenmodelle sind Einkaufs-



Friedrich München

modelle für ärztliche Leistungen, die dann im Wettbewerb gegeneinander stehen. Das sich die Gesundheitsreform auch im Krankenhausbereich negativ auswirkt, machte Herr Friedrich München von der Krankenhausgesellschaft Sachsen deutlich. Nach seiner Einschätzung nimmt die Qualität in der stationären Versorgung vor allem durch die Einführung der DRG ab. Die Reform kam in diesem Punkt zu einem schwierigen Zeitpunkt, weil sich die stationären Einrichtungen in der Umstellungsphase befinden. „Bis 2006 wird sich klären, welches Krankenhaus in Sachsen überleben wird“. Als weitere Problempunkte bezeichnete Herr München die unechte Stichtagsregelung bei der Abschaffung der AiP-Phase und die fehlenden Tarifverhandlungen sowie das EuGH Urteil zur Arbeitszeit, dessen Umsetzung in Deutschland bis 2006 ausgesetzt wurde. „Die Krankenhäuser sollten aber nicht darauf bauen, dass die EU selbst eine Änderung dieses Arbeitszeiturteils durch eine Richtlinie zugunsten der Krankenhäuser vornehmen wird. Vielmehr sind heute schon Konzepte zu entwerfen, wie in Sachsen der Mehrbedarf von 600 Ärzten im stationären Bereich abgedeckt werden kann“. Damit wurde indirekt das Problem des Ärztemangels in Sachsen angesprochen, denn bereits heute sind 370 Stellen in den sächsischen Kliniken und rund 60 Arztpraxen nicht besetzt. Nur mit Anreizen ist es möglich, Ärzte zu gewinnen. Dazu könnte eine einheitliche GOÄ und das Kostenerstattungsprinzip beitragen. Zumindest kann das als ein Nenner zwischen dem Hartmannbund, dem Marburger Bund, dem NAV-Virchowbund und der Gemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände festgehalten werden. Erheblichen Diskussionsbedarf löste an dieser Stelle die Zukunft der Kassenärztlichen Vereinigungen aus. Dem Vorwurf, nur Abrechnungsstelle und verlängerter

Arm der Krankenkassen zu sein, begegnete Dr. Klaus Heckemann mit dem Argument, dass die KV gerade unter den neuen Bedingungen auf Verwerfungen im Vergütungssystem achten muss, weil es kein anderes Gremium gibt, welches diese Kontrollfunktion übernehmen könnte. Zudem wäre das Problem der Kostenunterdeckung im Gesundheitssystem ohne die KV nicht gelöst, es sei denn, Ärzte lassen sich mit Dumpingpreisen in Einzelverträgen über den Tisch ziehen. Zum Abschluss wurde dann doch noch ein kleinster gemeinsamer Nenner für die anwe-

senden Berufsverbände und Körperschaften deutlich. Dieser kann an drei Punkten fest gemacht werden:

- Ärzte dürfen sich nicht in Verträge binden, welche gegen die Berufsfreiheit wirken.
- Ärzte müssen die ethische Zuwendungsmedizin erhalten.
- Ärzte müssen immer das Wohl der Patienten in den Mittelpunkt stellen.

Die rege Diskussion und Teilnahme an dem „Tag der Berufspolitik“ wird mit Sicherheit eine weitere solche Veranstaltung nach sich ziehen. Denn es wurde sehr deutlich, wie wichtig

es ist, im Gespräch zu bleiben, um gemeinsame Positionen zu finden, die man gegenüber der Politik wirksam vertreten kann. Mit der weiteren Bearbeitung der aktuellen Problemfelder sowie der Entwicklung von Konzepten wurde das „Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen“ und eine Strategieguppe des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer betraut.

Knut Köhler M. A.  
Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit  
Sächsische Landesärztekammer

### 3. Jahrestagung für Transplantationsbeauftragte, Region Ost

Die Aus- und Weiterbildung von Transplantationsbeauftragten ist ein wesentliches Anliegen der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO), um damit die Organspende in den Krankenhäusern zu thematisieren und Handlungssicherheit für die Kolleginnen und Kollegen vor Ort zu schaffen.

Die Frage, ob das Thema „Sterbekultur im Krankenhaus“ Interesse in der Region finden würde, war im Vorfeld der Veranstaltung am 6. Mai 2004 ein viel diskutierter Punkt. Deutlich wurde für uns bei der Suche nach ausgewiesenen Referenten, dass nur ein sehr kleiner und sozial engagierter Kreis von Personen sich mit dieser Problematik beschäftigt. Angeregt durch Vorgespräche ergab sich ein erheblicher Informationsbedarf auch im Schnittbereich zwischen medizinisch-ethischer Betrachtung und möglichen juristischen Problemen in diesem Zusammenhang.

Die Themenvielfalt verlangte von den Zuhörern viel Engagement und Konzentration. Dabei wurde die in den vergangenen Veranstaltungen praktizierte Möglichkeit der seminaristischen Diskussion reichlich und teilweise leidenschaftlich genutzt. Im Dialog mit Professor Dr. Lilie (MLU Halle-Wittenberg) wurden die Überschneidungen zwischen Recht und Medizin sehr kontrovers und engagiert diskutiert. Es gelang ihm, durch eine konkrete Darstellung der gesetzlichen Vorgaben und ihrer Interpretationen Klarheit zu schaffen. Die Tatsache, dass die Region Ost die Bundesländer Sachsen, Sachsen Anhalt und Thüringen umfasst und somit hier auch die Unterschiede in den Bestattungsgesetzen der einzelnen Bundesländern für alle deutlich wurden, hat das Thema noch einmal etwas komplexer ge-

macht. In den Vorträgen von Dr. Weinert (St. Elisabeth Krankenhaus Leipzig) und Pfarrer Paulsen (Johanniter Krankenhaus Stendal) über den Umgang mit Trauernden und die Erklärung und Interpretation von Trauerphasen wurde deutlich, dass die Medizin in der persönlichen Zuwendung auf Trauernde und die Fähigkeit des Umganges mit Trauernden noch sehr am Anfang steht. Geprägt durch seine Erfahrungen stellte Dr. Weinert sehr anschaulich den Trauerprozess dar. Die Verknüpfung von emotional geprägter Erscheinung und sachlicher Einordnung trug sehr entscheidend zu einem besseren Verständnis für die Anwesenden bei. Die Darstellungen von Pfarrer Paulsen über die praktische Arbeit im Krankenhaus und die Möglichkeiten, ohne großen Auf-

wand Verständnis zu zeigen und somit die Trauer von Angehörigen zu ermöglichen, zeigte, dass dies durchaus entscheidend ist für die vom Angehörigen empfundene Qualität eines Krankenhauses. Beide Referenten konnten die Anwesenden noch mehr für den menschlichen Aspekt in der Intensivmedizin sensibilisieren. Die Gefühle und Gedanken von Betroffenen und Angehörigen wurden durch Dr. Sielaff (BDO) anschaulich vermittelt. Dabei wurde das von ihm selbst erlebte Hoffen und Leiden in der Wartezeit auf ein Spenderorgan auf der einen Seite und die Verarbeitung von Tod und Verlust bei Angehörigen auf der anderen Seite durch eine Vielzahl von Rezitationen aus dem Buch „Mein Leben durch Dich“ für alle Anwesenden sehr einprägsam dargestellt.



Auditorium



Prof. Dr. Heinz Diettrich



Dr. Christa Wachsmuth

Bedauerlich war, dass eine ethische Betrachtung aus Sicht der Transplantationsmedizin auf Grund einer kurzfristigen Absage des Referenten nicht möglich war.

Wir bedanken uns bei allen Referenten für die engagierten Vorträge, bei allen Anwesenden für das lebhafteste Interesse und besonders bei Professor Dr. Diettrich für seine wesentliche Unterstützung und die Hilfe bei der Realisierung. Wir hoffen, dass diese Veranstaltung allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern fruchtbare Anregung für ihre Arbeit im Krankenhaus geben konnte.

Dr. med. Lukas Wohrab, Leipzig

## Stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Versorgung in Sachsen

Im Freistaat Sachsen wurden in den vergangenen Jahrzehnten leistungsfähige stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Versorgungsstrukturen aufgebaut. Es ist das Anliegen des Beitrages, das Leistungsspektrum dieser Einrichtungen übersichtlich darzustellen. Damit hoffen die Autoren, dem zunehmend häufiger geäußerten Bedürfnis vieler niedergelassener wie klinisch tätiger Ärzte nach Informationen über spezielle psychosomatische Behandlungsmöglichkeiten innerhalb Sachsens zu entsprechen.

Um diese Darstellung nicht mit speziellen Informationen über fachpolitische und strukturelle Aspekte der stationären psychosomatischen Versorgung zu überfrachten, sind der tabellarischen Übersicht über die vorhandenen Einrichtungen und ihre Schwerpunkte nur kurze Hinweise auf Rolle, Funktion und typische Besonderheiten der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie vorangestellt.

### Rolle und Funktion stationärer Einrichtungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie im Versorgungssystem

Die bettenführenden Einrichtungen, die in Deutschland als Psychosomatische Kliniken bezeichnet werden, sind Bestandteil des Fachgebiets Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (früher Psychotherapeutische Medizin). Das Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie befasst sich mit den

psychogenen Erkrankungen und den psychosomatischen wie auch den somato-psychischen Störungen. Dazu gehören:

- posttraumatische Belastungsstörungen (F43),
- Psychoneurosen (F42 und F33 zum Teil, F34.1, F40 bis 42, FF 44, F48),
- somatoforme Störungen (F45, F51, F52),
- Essstörungen und bestimmte Formen der Adipositas (F50, E66),
- Persönlichkeitsstörungen (F60 bis F69),
- Psychosomatosen im engeren Sinne (F54),
- Suchterkrankungen (teilweise, F10 bis F19)
- somatopsychische Störungen (F54).

Die Zuständigkeit für diese Patientengruppen erklärt sich aus der Vorrangigkeit der Psychotherapie als Behandlungsmethode dieser Störungen. Psychotherapie ist gleichsam die Kernprozedur des Fachgebietes Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Dessen Spezifik gegenüber anderen therapeutischen Disziplinen besteht gerade darin, ausdrücklich die psychosoziale Ebene als methodischen Zugang zum Kranken zu konzeptualisieren und für alle Fächer methodisch aufzubereiten.

Insofern hat die Psychosomatische Medizin und Psychotherapie einerseits eine spezialistische Rolle in Versorgung, Lehre und Forschung und andererseits die Aufgabe, die Entwicklung der Psychotherapie als Querschnittsdisziplin der gesamten Medizin zu befördern.

Diese Doppelrolle der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie wird auch in Struk-

turen und Aufgabenstellung der stationären psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung deutlich, indem Fachabteilungen für Psychosomatik und Psychotherapie einerseits spezialistische psychotherapeutische Leistungen für psychogene, psychosomatische und somatopsychische Störungen erbringen, und andererseits über Konsiliar- und Liaisondienste die anderen klinischen Fächer bei der Versorgung psychosomatischer, somatopsychischer und sonstiger psychotherapiebedürftiger Störungsformen unterstützen. Darüber hinaus erfüllen die psychotherapeutisch-psychosomatischen Krankenhäuser und Abteilungen wesentliche Aufgaben in der Vernetzung ambulanter und stationärer Versorgung als Zentren der Aus-, Weiter- und Fortbildung der ärztlichen und nichtärztlichen Berufsgruppen sowie als Zentren für die Entwicklung psychotherapeutischer und psychosomatischer Behandlungskonzepte.

### Strukturqualitative und andere Anforderungen an eine psychosomatisch/psychotherapeutische Fachklinik oder Abteilung

Psychosomatisch/psychotherapeutische Fachkliniken oder Abteilungen sind Einrichtungen, die folgenden Kriterien zu genügen haben:

- Sie werden von einem Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie selbständig und eigenverantwortlich geleitet und haben eine Mindestgröße von 18 Betten.



- Sie sind an einem Allgemeinkrankenhaus etabliert oder können als Fachklinik die Nähe zu den anderen Fächern der Medizin herstellen (Konsiliar- und Liaisondienst).
- Sie arbeiten regionalisiert, bilden ab einer gewissen Größe (> 40 Betten) Behandlungsschwerpunkte und haben die Möglichkeit zur praestationären Diagnostik und poststationären Behandlung.
- Sie können neben akuter stationärer Versorgung auch teilstationäre Angebote, zum Beispiel eine integrierte Tagesklinik, vorhalten.
- Sie sind konzeptionell an wissenschaftlich anerkannten Methoden, zumindest psychodynamischen und/oder verhaltenstherapeutischen Verfahren orientiert und haben ein multimodales Therapiesetting (zum Beispiel Körpertherapien, Gestaltungstherapie, Kunsttherapie, physikalische Therapie und andere).
- Sie verfügen über einen angemessenen Personalschlüssel, der der Spezifik des Fachgebietes entspricht.

#### Wirksamkeit stationärer Psychotherapie

Die wissenschaftlichen Hauptverfahren der Psychotherapie – tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie – haben in über 4000 klinischen Studien ihre Wirksamkeit bewiesen. Damit gehören diese Verfahren zu den am besten untersuchten Therapieverfahren der Medizin überhaupt. Je nach Störungstyp rangieren die Heilungsraten zwischen 80 bis 95 % bei funktionellen Störungen, zwischen 75 und 85 % bei Neurosen und 50 bis 70 % bei psychosomatischen Krankheiten und Persönlichkeitsstörungen. Besserungen in Symptomatik und im Verhaltensbereich sind bei mehr als 85 % der Patienten aller Störungsgruppen nachzuweisen. Vergleicht man Kosten und Nutzen von Psychotherapie auf der Wirksamkeitsebene (Break-Even  $d = 0.22$ ) liegt für stationäre Psychotherapie die Effektstärke bei  $d = 1.20$ . Das Ergebnis übersteigt den Kosteneinsatz bei stationärer Psychotherapie um das Fünffache. Nach den von der BfA durchgeführten Untersuchungen bezüglich der poststationären Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben erreichen Patienten mit der Diagnose Neurose ( $n = 12.511$  Patienten) in 85,1 % ein vollschichtiges Leistungsbild im zuletzt ausgeübten Beruf. Von den Patienten mit funktionellen Syndromen ( $n = 4.438$  Patienten) werden 91,4 % als vollschichtig leistungsfähig einge-

schätzt. Die Rehabilitationsverlaufsstatistik (EU/BU-Berentung) bei psychischen Erkrankungen zeigt, dass von den Patienten mit funktionellen Syndromen als Erstdiagnose nur 7,9 % und bei den Psychoneurosen 12 % der Patienten innerhalb von fünf Jahren vorzeitig aus dem Arbeitsleben ausscheiden (Janssen et.al 1998).

#### Differentielle Indikation

Die bisherige Psychotherapieforschung hat eine prinzipielle Überlegenheit einer der beiden Hauptmethoden nicht stringent nachweisen können. Jedoch existieren mittlerweile für einzelne Krankheitsbilder störungsspezifische Behandlungskonzepte, die teilweise für eine Kombination beider Ansätze sprechen. Damit stehen die in der Weiterbildungsordnung vorgesehenen zwei Weiterbildungsstränge „tiefenpsychologisch“ und „verhaltenstherapeutisch“ gleichberechtigt nebeneinander.

#### Indikationskriterien zur stationären Versorgung

Stationäre Psychotherapie insgesamt soll dazu dienen:

- aktuell bestehende oder drohende somatische und psychische, aber auch interpersonelle Krisen zu behandeln,
- eine psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung zu initiieren, die dann ambulant weitergeführt werden kann,
- eine Chronifizierung der Störung wie des Krankheitsverhaltens zu verhindern,
- bei bereits eingetretener Chronifizierung der Störung wie des Krankheitsverhaltens und damit verbundener relevanter Beeinträchtigungen in unterschiedlichen psychosozialen Kompetenzen und Handlungsbezügen des Patienten, kann die stationäre Behandlung auch über ergänzend psycho- und soziotherapeutische Maßnahmen an der Behebung dieser Defizite arbeiten und dem Patienten so unter Umständen eine bessere Integration in den Alltag (zum Beispiel auch das Berufsleben) ermöglichen.

Diesen Indikationskriterien entsprechen derzeit mit einer breiten Überschneidungszone sowohl stationäre Akutversorgung wie stationäre Rehabilitation.

#### Konsiliar- und Liaisondienste für andere medizinische Bereiche (C/L-Dienste)

Seit Bestehen des Faches Psychosomatische Medizin und Psychotherapie wurden vor allem an den Universitätskliniken, aber auch

an größeren Allgemeinkrankenhäusern und Reha-Einrichtungen modellhaft Erfahrungen im Aufbau von C/L-Diensten gesammelt.

Übereinstimmung besteht in der Forschungsliteratur über die hohe Morbiditäts- und Komorbiditätsrate psychischer Störungen zwischen 30 bis 60 % aller Krankenhauspatienten. Schwerpunktmäßig sind Kooperationsmodelle mit der Inneren Medizin, Neurologie und Dermatologie praktiziert worden. Trotz vielfach replizierter Befunde im Sinne einer hohen Effektivität funktionierender C/L-Dienste ist allerdings heute die Chance, dass ein Patient im Versorgungskrankenhaus mit einer somatoformen Störung oder einer Begleitdepression eine adäquate Diagnostik und Behandlung erhält, unter 5 %. Auf Grund dieser Datenlage forderte auch der Wissenschaftsrat dringend die Entwicklung von psychosomatischen Kooperationsformen.

Aus volkswirtschaftlicher und gesundheitspolitischer Perspektive muss festgestellt werden, dass Defizite in der psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung nicht dadurch sichtbar werden, dass keine medizinische Behandlung oder Rehabilitation stattfindet. Die von diesen Defiziten betroffenen Patienten werden im großen Maßstab im Rahmen von Fehlallokationen und Fehlbehandlungen versorgt. So führt die Platzierung dieser großen Gruppe von Patienten im „somatischen“ Versorgungsbereich nicht zu Heilungen, sondern zu Chronifizierungen. Eine sachgerechte Psychotherapie findet, wenn überhaupt, erst durchschnittlich sieben Jahre nach dem Auftreten der psychotherapiebedürftigen Erkrankungen statt. Innerhalb dieser Chronifizierungsspirale entstehen erhebliche Kosten, aber auch soziale Verwerfungen, individuelles Leid und beruflicher und sozialer Abstieg der Betroffenen.

Dieser Zustand ist angesichts der nachgewiesenen Effektivität der stationären psychotherapeutisch/psychosomatischen Akutversorgung weder volkswirtschaftlich noch sozialpolitisch hinnehmbar.

Prof. Dr. med. Michael Geyer  
im Auftrag der Landeskonferenz der Direktoren  
psychosomatisch-psychotherapeutischer  
Einrichtungen in Sachsen  
Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und  
Psychosomatische Medizin  
Karl-Tauchnitz-Str. 25, 04107 Leipzig  
E-Mail: michael.geyer@medizin.uni-leipzig.de

## Der Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Der Facharzt für psychosomatische Medizin – es gibt ihn seit dem 106. Deutschen Ärztetag! Ein Bild aus der Alltagspraxis: Der Patient äußert Beschwerden, hat schon mehrere Ärzte und Fachärzte aufgesucht in der Hoffnung, eine Klärung und Behandlung zu erhalten. Er hat erfahren, dass die Befunde der Norm entsprechen, alles sei in Ordnung, Gott sei Dank. Die Symptome sind aber weiter da. Er fühlt sich nun verunsichert und nicht ernst genommen. Wir wünschen ihm, dass einer der Kollegen auf die Idee kommt, ihn nicht nur organbezogen, sondern auch auf der psychosomatischen Ebene zu explorieren. Das letzte Mal hatte er ja womöglich resigniert den Heilpraktiker aufgesucht. Diesmal soll er ohne Umwege fachgerecht untersucht und behandelt werden – beim Psychosomatiker, dem Facharzt für Psychosomatische Medizin. Der nimmt dann auch seinen Kummer ernst, beleuchtet diesen vor dem Hintergrund seiner Biographie, Charakterstruktur und auslösenden Situation, erwägt individuelle Behandlungsstrategien. Die psychosomatische Medizin steht in der ärztlichen Tradition einer ganzheitlichen Sicht des Menschen.

Die Zusatzbezeichnung Psychotherapie wurde bereits in den 50er Jahren für Ärzte eingeführt und neben der psychosomatischen Grundversorgung zunehmend verfeinert.

In den 60er Jahren konnte anhand großer Fallzahlen nachgewiesen werden, dass analytische Psychotherapie kausal wirksam ist. Sie führt zu einer nachhaltigen Gesundheit, Reduzierung von Krankheitstagen und Krankenhausaufenthalten. Daraufhin wurde die Psychotherapie als Pflichtleistung in die Gesetzliche Krankenversicherung übernommen.

Anfang der 70er wurde Psychosomatische Medizin Pflichtfach in der ärztlichen Approbationsordnung. In der DDR wurde 1978 der Facharzt für Psychotherapie – als „Zweifach-

arzt“ geschaffen. Durchaus folgerichtig, denn Psychotherapie kommt aus der Medizin, sie ist Heilkunde.

In der BRD wurde die Zusatzbezeichnung Psychoanalyse in den 80ern eingeführt.

Nach der Wiedervereinigung wurde 1992 das Fachgebiet „Psychotherapeutische Medizin“ durch den Deutschen Ärztetag festgelegt, 2003 neu definiert und umbenannt: „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“. Die entstandene Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer wurde von allen Landesärztekammern übernommen.

Sie beinhaltet eine 5-jährige Weiterbildung, davon ein Jahr in der somatischen Medizin (Innere, Neurologie, Dermatologie, Gynäkologie, Pädiatrie oder Orthopädie), 3 Jahre Psychotherapeutische Medizin, 1 Jahr Psychiatrie. Inhaltlich sollen eingehende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in den theoretischen Grundlagen, in der Diagnostik und Differenzialdiagnostik seelisch bedingter und mitbedingter Krankheiten und solcher Leidenszustände, an deren Entstehung psychosomatische und somatopsychische Momente maßgeblich beteiligt sind, erworben werden, sowie in der differenzierten Indikationsstellung und selbstständigen, eigenverantwortlich durchgeführten Psychotherapie im ambulanten wie stationären Bereich, einschließlich präventiver und rehabilitativer Maßnahmen.

Zurück zu unserem Patienten: um dem oben angenommenen Beschwerdebild gerecht zu werden, ist eine ärztlich-psychotherapeutische Doppelqualifikation Voraussetzung für die Entwicklung eines adäquaten Verständnisses. Auch die psychischen Faktoren, die bei der Entwicklung der Krankheit mitspielen, müssen beleuchtet werden. Vielleicht lässt er sich gewinnen für die Reise in seine Innenwelt, und er macht eine Psychotherapie beim Facharzt für Psychosomatische Medizin. Hier liegt

der Schlüssel für einen positiven Behandlungsverlauf, der die körperlichen, psychischen und sozialen Gegebenheiten mit berücksichtigt.

Von der Kompetenz her bietet die psychosomatische Facharztpraxis alle, das heißt organisatorische wie methodische Voraussetzungen für ein fachspezifisches, umfangreiches und differenziertes Angebot an alle medizinischen Fachdisziplinen: er ist der Spezialist für die differentialdiagnostische Abklärung und Behandlung neurotischer, psychosomatischer, funktioneller und somatoformer Störungen. An dieser Schnittstelle zwischen somatischer und psychologischer Krankheitsbetrachtung nimmt er die Koordinationsfunktion wahr mit dem Ziel, Fehlbehandlungen und damit verbundene Chronifizierungen zu vermeiden.

Das universitäre Lehrfach in der ärztlichen Approbationsordnung heißt Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. In Übereinstimmung damit wurde auch das Fachgebiet in der Musterweiterbildungsordnung umbenannt. Dies erscheint zweckmäßig und ist darüber hinaus folgerichtig, da so deutlicher wird, dass es sich um einen medizinischen Versorgungsbereich mit einem eigenständigen wissenschaftlichen Paradigma handelt, zu dessen praktischer Umsetzung eine ärztlich-psychotherapeutische Doppelkompetenz unerlässlich ist.

Darüber hat der Deutsche Ärztetag im Mai 2003 entschieden – aus dem ärztlichen Psychotherapeuten ist so per Facharzt für Psychosomatische Medizin das geworden, was er schon lange war: der Psychosomatiker.

Dr. Charlotte Neidhardt  
 Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie,  
 Fachärztin für Psychosomatische Medizin  
 Psychotherapie und Psychoanalyse  
 Merschwitzer Straße 18, 01612 Diesbar-Seußlitz

— ANZEIGE

**Informationen im Internet**  
**[www.slaek.de](http://www.slaek.de)**

H.-J. Gräfe

# Unterstützte Kommunikation

## Zusammenfassung:

Es gibt gegenwärtig in der Bundesrepublik Deutschland eine zunehmende Anzahl von Kindern und Erwachsenen, die expressive Sprache aus gesundheitlichen, medizinischen Gründen und durch psychologische Ursachen vorübergehend oder auf Dauer nicht anwenden können. Für sie besteht durch „Unterstützte Kommunikation“ die Möglichkeit, an der Kommunikation teilzuhaben. Leider ist diese Tatsache gegenwärtig in der Medizin weniger bekannt und gebräuchlich als in der Förderpädagogik.

Der Beitrag führt in diese umfangreiche und bedeutende Problematik ein, da in letzter Zeit auch eine Zunahme der Sprachentwicklungsstörungen bei Kindern zu beobachten ist.

## Schlüsselwörter:

**Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache, „Unterstützte Kommunikation“, körpereigene und externe (Talker) Kommunikationshilfen, ISAAC.**

Kommunikation ist ein menschliches Grundbedürfnis und auch subjektiv für die Lebensqualität von herausragender Bedeutung. Wichtigstes Hilfsmittel zur Verständigung mit anderen Personen stellt für die überwiegende Mehrzahl aller Menschen die Lautsprache dar. Die Kommunikation in Form der Lautsprache ist ein Prozess der Mitteilung, des wechselseitigen Austausches von Gedanken, Meinungen, Wissen, Erfahrungen und Gefühlen. Kommunikation ist also die Übermittlung von Nachrichten und Informationen neben der Lautsprache durch Zeichen aller Arten. Es gibt weltweit eine Anzahl von Menschen so auch in Deutschland, die sich nicht oder nur unzureichend mit Hilfe der Lautsprache verständigen können. Dafür gibt es unter anderem medizinische und psychologische Gründe. Betroffene sind sowohl Kinder und auch Erwachsene. Bei Erwachsenen stellen Gefäßerkrankungen (Schlaganfall), Tumorleiden (Tumore des Hirn-Hals- und Gesichtsbereiches) und Unfälle die Hauptursachen dar. Auch Krankheitsbilder aus den Bereichen der Neurologie und Psychiatrie wie auch psychologische Probleme können ursächlich sein.

Wenden wir uns den betroffenen Kindern zu. Die Zunahme der schwer und mehrfach beeinträchtigten Kinder in allen Behinderungsgruppen hat dazu geführt, dass der Anteil der Kinder, die sich nicht oder nur sehr eingeschränkt verständlich machen können, angestiegen ist. In verschiedenen vorschulischen und schulischen Einrichtungen, insbesondere für Kinder mit Behinderungen, nehmen schwere Formen von Beeinträchtigungen zu. Die Ursachen für diese Beeinträchtigungen sind vielfältig. So gibt es durch den zunehmenden medizinischen Fortschritt heute mehr Kinder als vor 25 Jahren, die extreme Frühgeburt, schwere Unfälle und Krankheiten mit erheblichen Folgebeeinträchtigungen überstehen. Auch Kinder, die nach Ertrinkungsunfällen reanimiert werden oder mit seltenen medizinischen Syndromen leben müssen, können erhebliche Schä-

digungen so auch des Spracherwerbs oder den Verlust der bereits erworbenen Sprache haben. Der Fachliteratur zufolge können sich etwa 10 Prozent der cerebralbewegungsgestörten Kinder und Jugendlichen nicht oder nur unzureichend über die expressive Lautsprache mitteilen. Diese Form der Schädigung wird Anarthrie genannt, und sie ist meist mit einer Bewegungsstörung beziehungsweise der Störung von Fein- und Grobmotorik verbunden. Bei mehr als 30 Prozent der Betroffenen findet man Sprechstörungen in Form der Dysarthrie. Der Terminus Dysarthrie steht für die Störung der Sprache infolge von Erkrankungen der zentralen Bahnen und Kerne der Hirnnerven, durch die unsere Artikulationsmuskulatur innerviert wird. Daraus resultiert eine eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit. Diese wiederum nimmt Einfluss auf alle Bereiche der Entwicklung eines Kindes, so die Wahrnehmung, die Gefühle, die Bewegung, die Kognition, die Sozialerfahrung und nicht zuletzt und wesentlich auch auf die Sprache. Sprachschädigungen betreffen das Verständnis und den Gebrauch der Sprache sowie der damit verbundenen Funktionen inklusive des Lernen. Die Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und der Beeinträchtigungen (ICIDH) wurde in den siebziger Jahren entwickelt und 1980 von der WHO als Instrument zur Klassifikation der Folgeerscheinungen von Krankheit sowohl aus Verletzungen als auch aus anderen Störungen herrührend und ihrer Auswirkungen auf das Leben der Menschen herausgegeben. Daraus resultierend werden Sprachschädigungen wie folgt eingeteilt:

- Schädigungen der Sprachfunktionen
- Schwere Schädigung der Kommunikation
- Schädigung von Verständnis und Gebrauch der Sprache
- Schädigung von extralinguistischen und sublinguistischen Funktionen
- Schädigung von anderen linguistischen Funktionen
- Andere Schädigungen des Lernens

- Schädigungen des Sprechens
- Schädigung der Stimmbildung
- Andere Schädigung der Stimmfunktion
- Schädigung der Sprechform
- Schädigung des Sprechinhaltes
- Andere Schädigung des Sprechens.

Im Zusammenhang mit der Beschreibung des Gesundheitszustandes stellt eine Schädigung einen beliebigen Verlust oder eine Normabweichung in der anatomischen, physiologischen oder psychischen Struktur oder Funktion dar. Die Schädigung ist charakterisiert durch Normabweichungen oder Verluste, die zeitweise oder ständig bestehen können, und umfasst die Existenz oder das Auftreten einer Anomalie, des Defektes oder Verlustes eines Gliedes, Organs, Gewebes oder einer anderen Körperstruktur, einschließlich des Systems der geistigen Funktionen. Schädigung stellt die Exteriorisation eines pathologischen Zustandes dar und spiegelt im Prinzip Störungen auf Organebene wider.

In der ICD-10-SGB V, der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, ist die Diagnosenummer F 80. – „Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache“ für diesen pathologischen Zustand festgeschrieben.

Die umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache werden deshalb wie folgt eingeteilt:

- F80.0 Artikulationsstörung
- F80.1 Expressive Sprachstörung
- F80.2 Rezeptive Sprachstörung
- F80.3 Erworbene Aphasie mit Epilepsie (Landau-Kleffner-Syndrom)
- F80.8 Sonstige Entwicklungsstörungen des Sprechens oder der Sprache
- F80.9 Entwicklungsstörung des Sprechens oder der Sprache, nicht näher bezeichnet.

Es handelt sich dabei um Störungen, bei denen die normalen Muster des Spracherwerbs von frühen Entwicklungsstadien an beeinträchtigt sind. Diese Störungen können nicht di-



rekt neurologischen Störungen oder Veränderungen des Sprachablaufs, sensorischen Beeinträchtigungen, Intelligenzminderung oder Umweltfaktoren zugeordnet werden. Die umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache ziehen häufig sekundäre Folgen nach sich, wie Schwierigkeiten beim Lesen und in der Rechtschreibung, Störungen im Bereich der zwischenmenschlichen Beziehungen, im emotionalen und im Verhaltensbereich.

Obwohl im eigentlichen Sinne hier ein medizinischer Sachverhalt vorliegt, ist es insbesondere in Deutschland das sonderpädagogische Fachgebiet, das sich dem Problemkreis der betroffenen Kinder und jugendlichen Menschen zugewandt hat. Wenn Kommunikation mit gesprochener Sprache nicht erreicht wird, obwohl die Mittel und Methoden der Logopädie in Anwendung gekommen sind, so ist eine besondere Form der Kommunikation erforderlich. Es besteht die Notwendigkeit, beeinträchtigten Kindern möglichst frühe und entwicklungsbegleitende Hilfen zur Verständigung anzubieten.

Unter dem Terminus „Unterstützte Kommunikation“ verstehen wir alle therapeutischen und pädagogischen Hilfen, die Personen ohne oder mit erheblich eingeschränkter Lautsprache angeboten werden.

„Unterstützte Kommunikation“ ist der deutsche Fachbegriff für das international anerkannte Fachgebiet *Augmentative and Alternative Communication*. Dieses Fachgebiet hat sich die Zielsetzung gegeben, zur Verbesserung der kommunikativen Möglichkeiten von Menschen mit schwer verständlicher oder fehlender Lautsprache beizutragen.

Die „Unterstützte Kommunikation“ ist in der Bundesrepublik Deutschland offenbar aber den Kinderschulen noch nicht ganz erwachsen, wenngleich auch in fachübergreifenden wissenschaftlichen Projekten Ansätze zur Bearbeitung dieses Themas vorhanden sind. In den USA beispielsweise werden an verschiedenen Universitäten neben Medizinern, Sonderschulpädagogen und Sprachtherapeuten bereits schwerpunktmäßig in diesem Bereich ausgebildet. Diese Disziplin entwickelte sich schon in den siebziger Jahren in den Vereinigten Staaten aus unterschiedlichen Einzelströmungen insbesondere unter dem Einfluss einer fortschrittlichen Gesetzgebung, die eine weitgehende Integration behinderter Menschen beförderte. Bis Anfang der siebziger Jahre herrschte das sogenannte Oralisten-

dogma vor. Es wurde geprägt von der Angst, ein frühzeitiger Einsatz von Kommunikationshilfen könnte die Entwicklung der Lautsprache verhindern oder hemmen. So wurden Alternativen zur Lautsprache nur als ultima ratio nach langanhaltender erfolgloser Sprachtherapie akzeptiert. Die Erkenntnis, dass nicht-sprechende Kinder in allererster Linie aus ihrer kommunikativen Not befreit werden müssen, setzte sich nur allmählich durch.

In den Heilmittelrichtlinien vom 1. Juli 2001, zweiter Teil, II. Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (Beschluss Bundesausschuss 16. Oktober 2000) ist nachfolgende Einteilung vorgenommen worden:

1. Störungen der Stimme
  - 1.1. Organische Störungen der Stimme
  - 1.2. Funktionelle Störungen der Stimme
  - 1.3. Psychogene Störungen der Stimme
2. Störungen der Sprache
  - 2.1. Störungen der Sprache vor Abschluss der Sprachentwicklung
  - 2.2. Störungen der Artikulation
  - 2.3. Störungen der Sprache bei hochgradiger Schwerhörigkeit oder Taubheit
  - 2.4. Störungen der Sprache nach Abschluss der Sprachentwicklung
  - 2.5. Störungen der Sprechmotorik
3. Störungen des Redeflusses
4. Störungen der Stimm- und Sprechfunktion
5. Störungen des Schluckaktes.

Als Heilmittelverordnung wird Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie angeboten. Alternativen sind nicht aufgeführt und gehören somit noch nicht zum Repertoire.

In der Ausbildung der Logopäden in der BRD kommt offenbar bisher die „Unterstützte Kommunikation“ bezüglich der Kinder ohne Spracherwerb nicht wesentlich zum Tragen. Eine logopädische Praxis, die in „Unterstützter Kommunikation“ Kompetenz besonders für sprachlose Kinder besitzt, ist eher noch die absolute Ausnahme.

Die „Unterstützte Kommunikation“ zielt darauf ab, die Kommunikationsmöglichkeiten nicht-sprechender oder nur unzureichend artikulierender Kinder/Menschen zu verbessern, indem ihnen Hilfsmittel, Techniken und Strategien zur Verfügung gestellt werden, die eine Lautsprache entweder ergänzen (augmentativ) oder ersetzen (alternativ). Die Methoden der „Unterstützten Kommunikation“ werden teilweise auch unbewusst von den natürlich sprechenden Menschen täglich gebraucht

und benutzt. Typische Beispiele sind das Kopfnicken und das Kopfschütteln für die Termini „ja“ und „nein“.

Die „Unterstützte Kommunikation“ ist für Betroffene mit unterschiedlichen Behinderungsformen und Erkrankungen relevant.

Gegenwärtig werden drei Zielgruppen unterschieden:

- Menschen, die Lautsprache verstehen, aber unzureichende Möglichkeiten besitzen, sich selbst auszudrücken,
- Menschen, die Unterstützung zum Lautspracherwerb benötigen und deren lautsprachliche Fähigkeiten nur dann verständlich werden, wenn sie über ein zusätzliches Hilfsmittel verfügen und
- Menschen, für die Lautsprache als Kommunikationsmittel zu komplex ist und die daher eine geeignete Alternative benötigen. (von Tetzchner u. Martinsen 2000).

Alternativen und Ergänzungen zur Lautsprache werden im Folgenden ohne Anspruch auf Vollständigkeit skizziert.

Bei den Methoden der „Unterstützten Kommunikation“ werden körpereigene und externe Kommunikationsformen und Kommunikationshilfen unterschieden. Die externen Kommunikationshilfen werden in nichtelektronische und elektronische Kommunikationshilfen unterteilt.

Körpereigene Kommunikationsformen, die auch von natürlich sprechenden Personen häufig gebraucht werden, können bei nicht sprechenden Menschen zum Teil hochgradig individuellen Charakter annehmen. So werden zum Beispiel Ja/Nein – Signale auch durch Augenbewegungen, Lautierungen oder durch Hand- und Fußzeichen verdeutlicht.

Gestik und Mimik lassen sich ebenfalls – wenn die motorischen Fähigkeiten des Betroffenen es zulassen – gezielt zur Kommunikation setzen. Auch die Gebärdensprache der Gehörlosen in vereinfachter Form kann Anwendung bei nicht sprechenden Menschen finden. Lässt sich Kommunikation nicht mit Hilfe körpereigener Möglichkeiten oder nur unzureichend realisieren, sollten externe Hilfsmittel herangezogen werden. Zu den externen Kommunikationshilfen gehören erstens die nichtelektronischen Hilfen. Zu ihnen zählen beispielsweise Kommunikationstafeln (Bildtafeln, Bliss – Symbole), Kommunikationskästen (vergleichbar Setzkästen mit kleinen Figuren und Symbolen), Kommunikationsbücher (Bildwörterbücher, zum Beispiel Langenscheidts „OhneWörterBuch“),

Kommunikationsschürzen, Kommunikationsrollen, Symbol- oder Bildposter sowie einzelne Bild- Symbol- oder Wortkarten.

Bei der Kommunikationsform mit Symbolen gibt es zweierlei Arten von Symbolen. Es gibt dynamische Symbole (Gestik, Mimik, Gebärdensprache, Fingeralphabet, Augenbewegungen, Morsealphabet, gesprochene Sprache, synthetische Sprache) und statische Symbole (reale Objekte, Miniaturen realer Objekte, Fotos, Bilder und Strichzeichnungen, graphische Symbole, abstrakte Symbole, Orthographie). Nichtelektronische Hilfsmittel bieten einerseits große Vorteile, da sie preiswert und robust, gut handhabbar und transportierbar, sowie einfach herzustellen sind. Andererseits haben sie erhebliche Nachteile, da sie nur im begrenzten Umfang einzusetzen sind und die absolute Aufmerksamkeit einer Person benötigen. Außerdem haben die meisten nichtelektronischen Hilfsmittel keine Möglichkeit, den kommunizierten Inhalt in irgendeiner Form zu speichern.

Zu den externen Kommunikationshilfen zählen zweitens die elektronischen Hilfen. Durch diese ist es möglich, die totale Abhängigkeit nichtsprechender Personen von ihrem Kommunikationsumfeld aufzuheben. Sie bieten die Möglichkeit einer selbständigen Bedienung, selbst wenn auch nur minimale Bewegungsreste vorhanden sind (Lähmungen).

Weiterhin erlauben elektronische Kommunikationshilfen die Speicherung und einen schnellen Abruf von oft verwendeten Kommunikationsinhalten, und es besteht die Möglichkeit, durch Anschluss an einen Drucker den Kommunikationsinhalt schriftlich abzurufen. Durch die Nutzung von elektronischen Kommunikationshilfen mit Sprachausgabe (Talker, Small Talker) ist sogar die lautsprachliche Möglichkeit für ein Gespräch eröffnet. Bei den elektronischen Hilfen wird zwischen stationären und transportablen Geräten (ähnlich Laptop) unterschieden.

Die genaue Anpassung des Gerätes an die motorischen Fähigkeiten des Nutzers und die Wahl der Software spielen eine entscheidende Rolle für den Erfolg der Anwendung. Es gibt mittlerweile neben Textverarbeitungssystemen, die auf die Nutzer mit motorischen Behinderungen zugeschnitten sind, auch Programme, die mit Symbol- und Bildsystemen arbeiten.

Tragbare Computer wie Laptops und Notebooks (Talker) die speziell für nichtsprechende Menschen, die sich fortbewegen können, entwickelt wurden, werden in zunehmender

Zahl angeboten, haben aber einen erheblichen Anschaffungspreis.

Die Produktpalette umfasst inzwischen ein größeres Angebot. So gibt es beispielsweise Geräte mit Schriftausgabe, Geräte mit digitaler Sprachausgabe und begrenzter Speicherkapazität und komplexe Geräte mit synthetischer Sprachausgabe und hoher Speicherkapazität. Die angebotenen Hilfsmittel sind fast alle Hilfsmittel im Sinne der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), und sie können bei entsprechender medizinischer Indikation zu Lasten der Krankenkasse entsprechend Antragstellung und gegebenenfalls Prüfung und Empfehlung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) verordnet werden.

Die Hilfsmittel müssen allerdings im Hilfsmittelverzeichnis (HMV) der gesetzlichen Krankenversicherung aufgeführt sein, um verordnet werden zu können. Die Liste der Hersteller im In- und Ausland ist beim Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte abrufbar. In diesem Zusammenhang muss auch der Begriff ISAAC Erklärung finden. ISAAC ist ein Informations-, Forschungs- und Austauschforum für Fragen „Unterstützter Kommunikationssysteme“ für nicht Nichtsprechende. Schwerpunkt der Tätigkeit von ISAAC ist unter anderem die Bemühung darum, Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, die normal hören und verstehen, aber nicht oder nur begrenzt lautsprachlich kommunizieren können, Alternativen beziehungsweise Ergänzungen zur lautsprachlichen Kommunikation zu erschließen. Der Name ISAAC bezeichnet den deutschsprachigen Teil einer internationalen Vereinigung, namentlich der International Society for Augmentative (Lausprache ergänzend) and Alternative (Lausprache ersetzend) Communication, die ihren Hauptsitz in Toronto, Kanada hat. ISAAC bietet regelmäßige Fortbildungen zur Thematik der „Unterstützten Kommunikation“ an und gibt die Informationsschrift „ISAAC's Zeitung“ heraus. Eine enge Zusammenarbeit besteht mit dem oben genannten Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V.

Kommunikation ist für alle Menschen eine grundsätzlich lebensnotwendige Angelegenheit. Mit ihr wird die Grundlage jeden Kontakts, jeder Beziehung und Wechselbeziehung hergestellt. Die Erschließung der Umwelt durch die Sprache, deren Grundlagen Kinder im Regelfall bis zum dritten Lebensjahr erlernen, ist eine wesentliche Grundlage für die weitere Entwicklung.

Wenn den betroffenen Kindern von frühester Kindheit an viele Kommunikationsangebote gemacht werden, können sich Denken und Sprache entwickeln. Unter dem Begriff Sprache werden hier nicht nur Sprechen schlechthin sondern auch Sprachverständnis, innere Sprache, passiver Wortschatz und auch die Schriftsprache verstanden. Es darf nie vergessen werden, wenn Betroffene eine sprachliche Leistung nicht produzieren oder nur mit erheblichen Einschränkungen produzieren, dass sie ohne weiteres in der Lage sind, innere sprachliche Denkleistungen vollziehen können. Sie besitzen ebenso wie die Nichtbetroffenen eine innere Sprache. Deshalb benötigen diese Kinder eine besonders ausdauernde, liebevolle und sensible Zuwendung mit hoher Frustrationstoleranz, damit sie ihr Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein entwickeln können. Maßnahmen der „Unterstützten Kommunikation“ bei nicht- oder kaum sprechenden Kindern setzen kein bestimmtes Entwicklungsniveau voraus. Es erfordert aber seitens der Betroffenen und ihrer Partner (Eltern, Geschwister, Schule, Ausbildungseinrichtung, etc.) große Geduld, Ausdauer und Toleranz wie auch Zeit, bei dem bestehenden Kommunikationsproblem nach Lösungen zu suchen. Denn eine Stimme zu haben, heißt auch mitbestimmen zu können. Mitbestimmung ist eine wesentliche Voraussetzung im menschlichen und gesellschaftlichen Umgang. Die sprechenden Menschen neigen dazu, die gesprochene Sprache neben der Schriftsprache einzig und allein anzuerkennen. Selbst die Gebärdensprache wird mit Skepsis betrachtet. Das liegt aber wiederum an der Beschränktheit unserer eigenen Erfahrung und Weltanschauung. Die Tatsache, dass es viele Menschen gibt, die nicht sprechen können, fordert von uns geradezu, andere symbolische und Sprache ersetzende Möglichkeiten anzuerkennen. Für Menschen mit erheblich eingeschränkter Lausprache müssen deshalb künftig systematisch Methoden eingesetzt werden, die eine Kommunikation sowohl zwischenmenschlich als auch gesellschaftlich erlauben. Dabei müssen zum Teil neue und auch ungewöhnliche Kommunikationswege erschlossen und bereitgestellt sowie umgesetzt werden. In diesem Prozess sind vor allem Mediziner, Logopäden, Sozialarbeiter und Pädagogen wichtige Partner. Insbesondere Mediziner wie Pädiater, HNO-Ärzte zum Beispiel mit der Spezialisierung Phoniatrie/Pädaudiologie, Neurologen/Psychiater und Sozialmediziner wie auch Psychologen sollten sich dabei besonders be-

mühen, gemeinsam mit den Pädagogen den Betroffenen stützend zu begleiten. Nicht zuletzt ist unbedingt ein erhebliches Umdenken bei den Logopäden erforderlich, um ihrer Berufung gerecht zu werden. Mit Sicherheit werden die geistigen Fähigkeiten von nicht-sprechenden oder sprachbehinderten Menschen zu niedrig bewertet. Sie wissen und verstehen viel mehr als wir oft denken. Hier tut sich ein weites Feld für Mediziner, Pädagogen und Therapeuten auf, einen Humanisierungsprozess für Betroffene mit Sprachbehinderung in die Wege zu leiten. Es gibt leider noch immer

viel zu wenig Therapeuten und Interessierte die Kompetenz in „Unterstützter Kommunikation“ besitzen. Für die medizinischen Universitäten und Hochschulen in Deutschland ist im internationalen Vergleich sicherlich noch Nachholebedarf vorhanden. „Unterstützte Kommunikation“ ist weltweit immer stärker im Vormarsch. Es ist höchste Zeit sich deshalb mit den Methoden der „Unterstützten Kommunikation“ auseinander zu setzen. Die Vermittlung und der Einsatz der „Unterstützten Kommunikation“ darf nicht davon abhängen, dass ein „behindert“ genannter Mensch

das Glück hat, auf eine besonders einfühlsame Bezugsperson zu treffen. „Unterstützte Kommunikation“ muss lehrbar und erlernbar sein. Zu hoffen ist, dass durch diesen Beitrag ein Anstoß gegeben wurde, damit „Unterstützte Kommunikation“ auch im medizinischen Bereich in Zukunft einen festen Platz finden wird.

Anschrift des Verfassers:  
Dr. med. Hans-Joachim Gräfe  
Facharzt für Physikalische und  
Rehabilitative Medizin,  
Facharzt für Chirurgie  
Im Kirschgarten 10, 04655 Kohren-Sahlis

Deutsche Gesellschaft für  
pädiatrische Infektiologie (Hrsg.)  
**„Handbuch Infektionen bei Kindern  
und Jugendlichen“**  
4. erweiterte und neu bearbeitete Auflage  
FuturaMed Verlag München 2003  
984 Seiten, gebunden  
Preis: 59,00 Euro, ISBN: 3-923599-90-0

Das Handbuch der Deutschen Gesellschaft für pädiatrische Infektiologie (DGPI) ist innerhalb von 8 Jahren bereits in 4. Auflage erschienen. Dies spricht für die hohe Akzeptanz, die das Buch seit seiner Einführung errungen hat. Pädiatrische Infektiologen aus Ost und West gründeten nach der deutschen Einigung die DGPI, die sich rasch zu einem Forum des lebhaften wissenschaftlichen Austausches und laufender aktueller Fortbildung entwickelt hat. Von Anfang an war klar, dass man eine zuverlässige Informationsquelle benötigt, die stets den aktuellen Wissensstand wiedergibt. Das Red Book des „Committee on Infectious Diseases“ der American Academy of Pediatrics – für viele deutsche Experten die „Infektionsbibel“ überhaupt – konnte diesen Wunsch nicht vollständig erfüllen, weil die Epidemiologie der Infektionskrankheiten in den USA nicht ohne weiteres auf Europa übertragbar ist und außerdem regionale Unterschiede in Diagnostik, Therapie und Prävention zu berücksichtigen sind. Man entschloss sich deshalb, ein eigenes Handbuch zu schreiben, in welchem alle Ärzte bei Fragen zur Diagnostik, Therapie und Prophylaxe sämtlicher Infektionskrankheiten des Kindes- und Jugendalters schnell eine praktisch nutzbare Antwort finden können.

Das DGPI-Handbuch wurde ein gesamtdeutsches Werk. Ein Redaktionskollegium sorgt

für die strukturellen Vorgaben und für die Zusammenführung und Abstimmung der einzelnen Beiträge. Eine große Anzahl von Experten, neben ausgewiesenen pädiatrischen Infektiologen und anderen auch klinische Mikrobiologen, Virologen, Immunologen und Tropenmediziner, ist mit einzelnen Kapiteln betraut, wobei für jedes Kapitel ein Koordinator die Federführung übernimmt und von mindestens einem weiteren Experten fachlich und stilistisch unterstützt wird. Auf diese Weise entstand ein Werk, in dem nicht die Meinung eines einzelnen Autors, sondern die aktuelle infektiologische Lehrmeinung vermittelt wird. In die vorliegende Auflage wurden erstmals Evidenzkriterien eingearbeitet, wobei vier Evidenzgrade unterschieden werden. Empfehlungen mit Evidenzgrad I liegen Metaanalysen von randomisierten Studien zugrunde, Evidenzgrad II beruft sich auf nicht randomisierte, kontrollierte Studien, Evidenzgrad III beruht auf Ergebnissen aus Vergleichs- bzw. Fallkontrollstudien und Evidenzgrad IV geht auf Expertenmeinungen und Erfahrungen anerkannter Wissenschaftler zurück. Damit haben Autoren und Herausgeber praktisch die Leitlinien auf dem Gebiet der pädiatrischen Infektiologie verfasst.

Das Buch gliedert sich in drei Teile. Im Teil 1 („Allgemeines“) finden sich Ausführungen zu Schutzimpfungen, mikrobiologischer und virologischer Diagnostik, Infektionskontrolle, antimikrobieller Chemotherapie, Fieber unklarer Genese und anderes.

Im Teil 2 („Erregerbezogene Erkrankungen“) werden auf über 500 Seiten alle wichtigen Infektionskrankheiten in alphabetischer Reihenfolge praxisnah abgehandelt, wobei jedes Kapitel nach einem einheitlichen Muster gegliedert ist: Klinisches Bild, Ätiologie, Epi-

demiologie, Diagnose, Therapie, Prophylaxe, Literatur, Koordinator, Mitarbeiter.

Teil 3 enthält Ausführungen über wichtige „Organbezogene Krankheiten“. Hier finden sich unter anderem Kapitel über Atemwegsinfektionen, mikrobielle Endokarditis, infektiöse Enteritis, Enzephalitis, Harnwegsinfektionen, Kawasaki-Syndrom, Meningitis, neonatale bakterielle Infektionen und Sepsis.

Im Anhang findet der Leser wichtige Adressen (Nationale Referenzzentren, Institute für Tropenmedizin und Speziallaboratorien in Deutschland). Ein umfangreiches Sachwortverzeichnis erleichtert das Finden einer gewünschten Information.

Die 4. Auflage des DGPI-Handbuches zeichnet sich durch übersichtliche Struktur, klare Diktion und verständlichen Stil aus. Der interessierte Leser aus der Praxis wird auf jede Frage sehr rasch eine prägnante und konkrete Antwort finden. Dem Buch ist eine weite Verbreitung zu wünschen. Es darf in keiner Kinderklinik, aber auch in keiner ärztlichen Praxis fehlen.

Alle Leser werden im Vorwort ausdrücklich aufgefordert, Bemerkungen, Ergänzungen und besonders Kritiken an das Redaktionskollegium oder die Autoren zu schicken, denn es ist das Ziel der DGPI, die sehr wahrscheinlich in zwei Jahren zu erwartende 5. Auflage des Buches noch weiter zu verbessern. Wichtige Aktualisierungen werden vorab auf der Homepage der DGPI veröffentlicht.

Priv.-Doz. Dr. med. habil. M. Borte  
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin  
am Städtischen Klinikum „St. Georg“ Leipzig  
Akademisches Lehrkrankenhaus  
der Universität Leipzig  
Delitzscher Straße 141, 04129 Leipzig

# Tätigkeitsbericht der Sächsischen Landesärztekammer 2003

der 30. Kammerversammlung vorgelegt

## Inhalt

1	Vorwort.....	235
2	Kammerversammlung .....	236
3	Vorstand.....	238
4	Bezirksstellen und Kreisärztekammern .....	240
4.1	Bezirksstelle Chemnitz.....	240
4.2	Bezirksstelle Dresden .....	240
4.3	Bezirksstelle Leipzig .....	241
4.4	Kreisärztekammern .....	241
5	Ausschüsse .....	243
5.1	Satzungen .....	243
5.2	Ambulante Versorgung .....	244
5.3	Krankenhaus .....	245
5.4	Schwerpunktbehandlung und -betreuung chronisch Erkrankter in Praxis und Klinik .....	246
5.5	Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie.....	247
5.5.1	Ärztliche Stelle gemäß § 17a Röntgenverordnung (RöV) zur röntgenologischen Qualitätssicherung ..	248
5.5.2	Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung .....	248
5.5.2.1	Arbeitsgruppe Perinatalogie/Neonatalogie.....	249
5.5.2.2	Arbeitsgruppe Chirurgie .....	250
5.5.2.3	Arbeitsgruppe Gynäkologie.....	250
5.5.2.4	Arbeitsgruppe Urologie .....	251
5.5.2.5	Arbeitsgruppe Orthopädie .....	252
5.5.2.6	Arbeitsgruppe Kardiologie .....	253
5.6	Ärzte im Öffentlichen Dienst.....	255
5.7	Prävention und Rehabilitation .....	255
5.8	Hygiene und Umweltmedizin .....	256
5.9	Arbeitsmedizin .....	257
5.10	Notfall- und Katastrophenmedizin .....	258
5.11	Ärztliche Ausbildung.....	259
5.12	Weiterbildung .....	259
5.12.1	Widerspruchskommission .....	260
5.13	Sächsische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung .....	260
5.14	Berufsrecht .....	262
5.15	Junge Ärzte.....	262
5.16	Ärztinnen .....	263
5.17	Senioren.....	263
5.18	Sächsische Ärztehilfe .....	264
5.19	Finanzen .....	264
6	Kommissionen und Arbeitsgruppen .....	266
6.1	Redaktionskollegium.....	266
6.2	Arbeitsgruppe Multimedia in der Medizin .....	266
6.3	Ethikkommission .....	267
6.4	Gesprächskreis Ethik in der Medizin.....	268
6.5	Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen .....	268
6.6	Kommission Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung.....	270

6.7	Kommission Gewalt gegen Kinder/Misshandlung Minderjähriger.....	270
6.8	Kommission Transplantation .....	271
6.9	Kommission Lebendspende gemäß § 8 Abs. 3 TPG ..	272
6.10	Fachkommission Brustkrebs .....	273
6.11	Arbeitsgruppe Hirntoddiagnostik .....	273
6.12	Berufsbildungsausschuss Arzthelferinnen.....	274
7	Gesundheitspolitische Arbeit und Auslandskontakte ...	275
7.1	Sächsisches Bündnis Gesundheit 2000.....	275
7.2	Deutsch-polnische Arbeitsgruppe.....	275
8	Sächsische Ärzteversorgung .....	276
9.0	Hauptgeschäftsstelle .....	276
9.01	Öffentlichkeitsarbeit .....	277
9.02	Informatik / DV-Organisation .....	278
9.1	Ärztlicher Geschäftsbereich .....	278
9.2	Juristischer Geschäftsbereich .....	279
9.3	Kaufmännischer Geschäftsbereich .....	281
10	Ärztliche Berufsvertretung der Wahlperiode 2003/2007 .....	283
10.1	Vorstand.....	283
10.2	Kammerversammlung .....	283
10.3	Ausschüsse .....	285
10.4	Kommissionen und Arbeitsgruppen .....	290
10.5	Gesundheitspolitische Arbeit u. Auslandskontakte ..	292
10.6	Sächsische Ärzteversorgung .....	292
10.6.1	Verwaltungsausschuss .....	292
10.6.2	Aufsichtsausschuss .....	293
10.7	Kreisärztekammern .....	293
10.8	Träger der Hermann-Eberhard-Friedrich- Richter-Medaille.....	294

## Anhang

A	Ärztstatistik – Stand 31.12. 2003 .....	297
I	Überblick .....	297
II	Altersstruktur der Kammermitglieder .....	297
III	Zu- und Abgänge von Kammermitgliedern .....	298
IV	Kammermitglieder nach Gebieten und Spezialisierungen .....	298
V	Weiterbildung und Prüfungswesen .....	300
VI	Fortbildungsveranstaltungen der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung ...	303
VII	Veranstaltungstatistik (Gesamt) .....	305
VIII	Zusammensetzung der Kammerversammlung in der Wahlperiode 2003/2007 .....	305
B	Mitarbeiter der Sächsischen Landesärztekammer ..	306
C	Aufbau und Struktur der Sächsischen Landes- ärztekammer .....	308

---

# 1 Vorwort

*„Nicht alle Reformen kosten Geld, und nicht alles,  
was Geld kostet, ist deshalb schon eine Reform.“*

Helmut Schmidt

(Bundeskanzler der BRD 1974–1982, SPD)

Aus einem Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz der Bundesregierung im Februar 2003 wurde nach drei weiteren Entwürfen ein Gesetz zur Stabilisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Die Namensänderung durch das Bundesgesundheitsministerium für Gesundheit und soziale Sicherung bezeugt die Abkehr von der großen Reform hin zu einer Politik der kleinen Schritte. Hat sich die Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt zu viel vorgenommen? Die Frage bleibt offen, denn der Reformprozess geht weiter und wird die Kammerarbeit stark tangieren. Nicht umsonst hat sich der im Juni neu gewählte Vorstand die Berufs- und Standespolitik auf die Fahnen geschrieben. Auch eine Vorstandsgruppe hat sich gebildet, um die anstehenden Fragen zu diskutieren und gegenüber der Politik darzustellen.

Eine ursprünglich geplante Staatsmedizin konnte im Hinblick auf den ärztlichen Beruf abgeschwächt werden. Erreicht wurde dies nicht zuletzt durch den außerordentlichen Deutschen Ärztetag im Februar in Berlin und durch die kontinuierliche Einflussnahme der Ärztekammer auf die politischen Entscheidungsträger der Bundes- und Landesebene.

Grundtendenzen eines zentralstaatlich gelenkten Gesundheitssystems sind im beschlossenen Gesetz dennoch spürbar. Einschränkungen des freien Arztberufs durch Reglementierungen und Bürokratie zeugen davon. Viele negative Entwicklungen haben sich im Jahre 2003 verstärkt: Rationierung von Gesundheitsleistungen, Absenkung der Qualität der Medizin, Stellenabbau in den Kliniken und der Ärztemangel durch Abwanderung. Ihren Niederschlag fanden die Probleme auch in den Veranstaltungen der Kreisärztekammern. Hauptthema dort war der Ärztemangel, denn die Ärzte vor Ort spüren den Arbeitsdruck durch unbesetzte Arztpraxen und Klinikstellen zuerst. Erste Lösungsansätze gibt es, doch die Umsetzung auf Landesebene lässt auf sich warten.

Die Ökonomie hält immer mehr Einzug in unseren zutiefst menschlichen Beruf. Ethisch moralische Grundwerte werden auch durch die Reformmaßnahmen auf die Probe gestellt. Die Definition von „guter“ Medizin bleibt deshalb eine unserer Hauptaufgaben der Zukunft.

Doch Kammerarbeit bedeutete nicht nur Berufspolitik. Auch Fragen der Fort- und Weiterbildung galt es zu bearbeiten und Probleme der Qualitätssicherung zu lösen. Auch davon zeugt dieser Tätigkeitsbericht.

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

## 2

### Kammerversammlung

(Knut Köhler, M. A., Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit)

Wie jedes Jahr kamen die Mandatsträger der Sächsischen Landesärztekammer auch zweimal im Jahr 2003 in der Kammerversammlung zusammen. Die Kammerversammlung beschließt grundsätzliche Angelegenheiten wie Satzungen, Ordnungen sowie Haushalt und berät aktuelle Schwerpunktthemen. Als oberstes Organ der Sächsischen Landesärztekammer entlastet sie den Vorstand und die Geschäftsführung aufgrund des vorgelegten Jahresberichtes und der Jahresabrechnung. Die Versammlungen fanden vom 27. bis 28. Juni und am 15. November 2003 statt.

#### 13. Sächsischer Ärztetag / 28. Kammerversammlung

Zum 13. Sächsischen Ärztetag wählten die Mandatsträger den Vorstand und den Präsidenten für die Wahlperiode 2003–2007. Das Wahlergebnis wurde im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 07/2003, veröffentlicht.

#### Gesundheitspolitik

Im Hauptreferat des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, ging es um das aktuelle Thema „Die Zukunft der Medizin im Spannungsfeld von Selbstverwaltung und Fremdbestimmung“. Vor dem Hintergrund der anstehenden Gesundheitsreform in Deutschland machte Prof. Dr. Jan Schulze die Bedeutung der Selbstverwaltung deutlich. Die sächsische Ärzteschaft ist bereit zu einer umfassenden Reform, solange die Selbstverwaltung erhalten bleibt und die Berufsfreiheit gesichert wird. Zugleich muss eine Verbesserung der medizinischen Versorgung die Hauptzielrichtung einer Strukturreform sein. Aber die angedachten Maßnahmen im Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz sind nur auf eine Verbesserung der finanziellen Basis für die gesetzlichen Krankenkassen ausgerichtet. Prof. Dr. Jan Schulze wies darauf hin, dass die Einnahmehasis im Gesundheitssystem mit Sicherheit verbessert werden muss, wenn man weiterhin eine wohnortnahe, gute medizinische Betreuung wünscht. Dennoch handelt es sich um ein gesamtgesellschaftliches Problem, weil die hohe Arbeitslosigkeit sowie die gestiegene Lebenserwartung der Bevölkerung in Deutschland zu der Einnahmeschwäche der Sozialsysteme beitragen.

Ein schlechtes Beispiel für eine Verbesserung der medizinischen Versorgung ist das praktizierte Verfahren zur Einführung von Disease Management Programmen. Fachlich vollkommen unterentwickelt, in den Erfolgen nicht validiert und mit der Kopplung an den Risikostrukturausgleich (RSA) bilden diese Programme einen Höhepunkt an fachlicher Inkompetenz der Politik. Grundsätzlich sind Ärzte für eine integrierte Versorgung chronisch Kranker. Doch trotz berechtigter fachlicher Bedenken wurden die DMP auf den Weg gebracht. Die Versorgung von zum Beispiel Diabetes-Patienten in Sachsen wird mit der Einführung von DMP schlechter. Auf „Wunsch“ des Bundesversicherungsaufsichtsamtes mussten zudem wichtige medizinische Zielwerte aus den Vertragsentwürfen gestrichen werden, damit Aussicht auf Zulassung besteht und das Geld aus dem RSA fließt. Wieder siegt die Bürokratie über den medizinischen Sachverstand.

Die Diagnoseorientierten Fallpauschalen (DRG) an Krankenhäusern bedürfen ebenfalls einer dringenden fachlichen Nachbesserung. Die auftretenden Probleme hinsichtlich Zeitplan und Krankheitsbildern wurden frühzeitig und noch vor der Einführung dieser Fallpauschalen dargelegt, doch war die Politik nicht bereit, auf Bedenken einzugehen. Damit Krankheitsbilder besser abgebildet werden können und damit am Krankenhaus zum Beispiel auch die Palliativmedizin adäquat bezahlt und Schwerstverletzte umfassend behandelt werden können, müssen Nachbesserungen erfolgen. Weiterhin sollte die Einführungsphase auf fünf Jahre verlängert werden, um den beteiligten Krankenhäusern und vor allem den Ärzten die Umstellung ohne negative Auswirkungen auf die Patienten möglich zu machen. Zu weiteren strittigen Punkten der angestrebten Gesundheitsreform gehören:

- die Stärkung der Krankenkassen,
- der Aufbau neuer Versorgungsstrukturen sowie
- zu enge Vorschriften für die medizinische Behandlung und
- die steigende Bürokratie in den Arztpraxen.

Ein „Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin“ war fester Bestandteil des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes. Dieses Zentrum soll Maßstäbe für die medizinische Behandlung entwickeln und überprüfen. Gleichzeitig sollen verbindliche Empfehlungen für die ärztliche Fortbildung gegeben werden, welche dann einzuhalten und auch nachzuweisen sind, sonst droht der Entzug der Zulassung. Ein Nutzen durch das Qualitätszentrum ist aber nicht zu erwarten. In Großbritannien entstehen dem Staat Kosten von jährlich 930 Millionen Euro nur für die Bewertung von Arzneimitteln durch das dortige Institut. Der Zugang zu innovativen Medikamenten wird für Patienten erheblich erschwert. Eine unannehmbare Einmischung in die ärztliche Berufsfreiheit ist auch die geplante Vorgabe von Fortbildungsinhalten sowie die damit verbundene Rezertifizierung.

Der Ärztemangel in ländlichen Gebieten gehört zu einem Dauerthema, weil er in Sachsen jetzt schon spürbar ist. Ärzte gehen in den Ruhestand und finden keinen Nachfolger. Die Praxis schließt, die Patienten müssen sich in immer größerer Entfernung einen neuen Arzt suchen. Aus fast allen Kreisärztekammern kommen ähnliche Meldungen oder persönliche Briefe. Auch die eigenen Statistiken sprechen eine deutliche Sprache. Die so genannten Reformen werden die Situation verschärfen. Seit Jahren bemüht sich die Sächsische Landesärztekammer auf allen politischen Ebenen um die Lösung dieser Generationenaufgabe. Im Freistaat haben sich ab 2001 Politik, Krankenkassen und Körperschaften in Arbeitsgruppen zusammengefunden, um Strategien zu erarbeiten. Lösungsmöglichkeiten reichen von Landarztzulagen bis hin zu zinslosen Praxiskrediten. Die älteren Kollegen sind ausgebrannt. Rund 47 leerstehende Arztpraxen gibt es bereits in Sachsen. Bessere Rahmenbedingungen, wie eine gleichwertige Vergütung und angemessene Arbeitszeiten, damit die jungen Ärzte in Sachsen bleiben, sind notwendig. Auf Bundesebene sieht man das Problem nicht. Es ist an der Zeit, das Arbeitszeitgesetz an das europäische Recht anzupassen. Es ist an der Zeit, 14 Jahre nach der politischen Wende, für mehr Leistung eine angemessene finanzielle Vergütung zu erhalten. Die Abschaffung des „Arzt im Praktikum“ und die Modernisierung des Studiums sind nur kleine Schritte, die bei der Politik durchgesetzt wurden. Es bedarf sehr viel mehr Anstrengungen, damit es in weniger als zehn Jahren keinen Versorgungsnotstand in Sachsen zu verzeichnen gibt.

### *(Muster-)Weiterbildungsordnung*

In Zukunft wird es einen Facharzt für Innere Medizin und Allgemeinmedizin geben. Damit wird den Entwicklungen der Europäischen Union und den Vorgaben der Politik Rechnung getragen und gleichzeitig die hohe Qualität der Weiterbildung in Deutschland gegenüber dem Europäer gesichert. Die Entscheidung auf dem 106. Deutschen Ärztetag ist nicht nur den dort versammelten Ärztevertretern schwer gefallen, sondern auch den sächsischen Ärzten. Mit der Änderung der Weiterbildungsordnung war zu befürchten, dass die internistische Fachkompetenz und die hausärztliche Weiterbildung qualitativ leiden könnten. Nach dem neuen Stufenmodell wird es im Wesentlichen nur eine neue Verpackung mit gleichen Inhalten geben. Letztendlich stellt der Änderungsbeschluss ein Kompromiss für alle Seiten dar. In der anschließenden Diskussion der Kammerversammlung kamen noch einmal alle Probleme der sächsischen Ärzteschaft zur Sprache. Viele der Redner forderten ein einheitliches Vorgehen der Ärzteschaft gegenüber der Politik, um die Interessen des Berufsstandes und der Patienten wirksamer darstellen zu können.

### *29. Kammerversammlung*

Das Hauptreferat des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer stand unter dem Titel „Ärztliche Standespolitik im Prozess der Gesundheitsreform“. Darin erläuterte Prof. Dr. Jan Schulze die weiteren Entwicklungen in der Gesundheitsreform sowie den Einfluss der Standespolitik.

### *Gesundheitspolitik*

Für die Ärzteschaft ist das beschlossene Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung im Vergleich zum ersten Entwurf moderater ausgefallen. Von Misstrauen und Staatsdirigismus geprägte Passagen wurden gemildert oder gänzlich verändert. Der Arztberuf ist nicht so institutionalisiert, wie es im ersten Entwurf zu Beginn des Jahres noch beabsichtigt war. Das Misstrauensinstrumentarium konnte weitestgehend zurückgedrängt werden. Auch ein staatlicher Korruptionsbeauftragter hat der sachlichen Diskussion nicht standgehalten. Die ärztliche Fortbildung bleibt in wesentlicher Verantwortung der Landesärztekammern. Eine Pflichtfortbildung wird es nicht geben. Und die in den Heilberufekammergesetzen sowie in den Berufsordnungen geregelte Fortbildungspflicht wird Bestandteil des Sozialgesetzbuches. Damit erfährt das Fortbildungszertifikat der Sächsischen Landesärztekammer eine deutliche Aufwertung. Denn mit der Fortbildungspflicht sind auch Sanktionen verbunden, wenn man diese gegenüber der Kassennärztlichen Vereinigung nicht nachweisen kann. Es drohen Honorarkürzungen und nach sieben Jahren der Zulassungszug. Die Sächsische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung wird sich auf eine noch größere Nachfrage nach dem Fortbildungszertifikat einzustellen haben. Den Ärzten wird ab dem 1. Januar 2004 mit dem Fortbildungszertifikat eine Plakette ausgehändigt, welche auf dem Praxisschild den Erhalt des Zertifikates dokumentiert.

Viele der Änderungen und Neuregelungen sind im Prozess des Gesetzgebungsverfahrens erst durch die massive Intervention der Selbstverwaltungskörperschaften zu Stande gekommen. Allen voran ist hier die Bundesärztekammer zu nennen. Die Sächsische Landesärztekammer, als akzeptierter sachlicher Gesprächspartner, hat gleichfalls über zahlreiche Wege die ärztli-

chen Standpunkte deutlich gemacht, um die gravierendsten Eingriffe zu verhindern oder abzuschwächen. In der Analyse der Hauptziele des Reformgesetzes wird deutlich, dass es im Verbund mit DRG und DMP, integrierter Versorgung, Hausarztmodellen, Gesundheitszentren oder Teilöffnungen der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung zu einer enormen Vielfalt von Vertragsverhältnissen mit nachhaltiger Modifizierung der Krankenversorgung kommen wird. Über dem Schmidt/Seehofer Gesetz steht unverkennbar die Rationierung von Gesundheitsleistungen, von der alle direkt oder indirekt betroffen sind. Aufgabe der Ärzteschaft bleibt es deshalb, „gute Medizin“ zu definieren.

Alle so genannten Reformmaßnahmen greifen zu kurz und gewähren der Politik nur eine Schonfrist von vielleicht einem Jahr. Inwieweit die integrierte Versorgung eine Verbesserung erfährt, ist offen. Auch die Einrichtung von Medizinischen Versorgungszentren ist im Detail noch nicht zufriedenstellend geregelt. Ob es aber vorteilhaft ist, wenn nichtärztliche Personen oder Gesellschaften Träger solcher Zentren sein können, ist mit Blick auf die ärztliche Unabhängigkeit zu überdenken. Dass die Bundesgesundheitsministerin die Abschaffung der Polikliniken nach der politischen Wende 1989 als Fehler bezeichnet hat, ist sächsischen Ärzten nur schwer zu vermitteln. Dennoch sollten sich die niedergelassenen Kollegen bei der Ausgestaltung einer integrierten Versorgung verstärkt einbringen. Denn im Gegensatz zur Praxisgebühr besteht hier sehr viel Spielraum, den es zu füllen gilt. Die Krankenhäuser haben fertige Konzepte in der Schublade, doch ob sie den wirtschaftlichen Erfordernissen einer staatlichen versus privatwirtschaftlichen Gesundheitsversorgung gerecht werden, ist gegenwärtig offen.

Das ursprünglich geplante Zentrum für Qualität in der Medizin ist nun ein Institut der Selbstverwaltung. Die Einwände der Körperschaften haben ein Umdenken bewirkt.

Ein erklärtes Ziel der Gesundheitsministerin war die Minimierung der Bürokratie. Doch wird das genaue Gegenteil eintreten. Auch die Praxisgebühr ab 1. Januar 2004 wird dazu beitragen. Die frühzeitige positive Stellungnahme der Kassennärztlichen Bundesvereinigung zur Praxisgebühr hat eine wirksame Gegenargumentation verhindert. Die Spaltung der Ärzteschaft hat in diesem Punkt wieder dazu geführt, dass die Politik ohne großen Widerstand eine unausgelegene Entscheidung durchsetzen konnte. Die Praxisgebühr steht nun im Gesetz und muss ab dem 1. Januar 2004 von den Ärzten für die Krankenkassen eingezogen werden.

Ob die Ziele der Gesundheitsministerin durch die Gesundheitsreform erreicht werden, ist fraglich. Die Praxisgebühr wird durch den Verwaltungsaufwand aufgebraucht, die DMP verursachen Mehrkosten von zwei bis vier Millionen Euro durch die Bürokratie, die „Aut idem“-Regelung hat auch keinen nennenswerten wirtschaftlichen Nutzen gebracht. Damit steht es jetzt schon schlecht um die Anfänge der Gesundheitsreform. Ob eine Werbekampagne des Bundesgesundheitsministeriums mit 3,1 Millionen Euro Kosten daran etwas ändert? Sicher nicht! Der Bundesregierung vollkommen aus dem Ruder gelaufen sind die notwendigen Maßnahmen auf dem Arbeitsmarkt. Wenn es nicht ständig steigende Arbeitslosenzahlen gäbe, wären die Einnahmen im Renten- und Sozialbereich höher und damit auch die finanziellen Probleme in diesen Bereichen weitaus geringer.

Durch eine hausarztzentrierte Versorgung werden sich gravierende Veränderungen für Leistungserbringer und Patienten im

ambulanten Sektor ergeben. Die vorgesehenen Einzelverträge zwischen Krankenkassen und „besonders qualifizierten“ Hausärzten schwächen diese Arztgruppe in ihrem Verhandlungsstatus und bringen den Krankenkassen mehr Einfluss- und Gestaltungsmöglichkeiten. Der Sicherstellungsauftrag teilt sich in Zukunft stärker zwischen Krankenkassen und Kassenärztlicher Vereinigung (KV). Rechtlich nicht definiert ist der Begriff „besonders qualifiziert“. Und kein Arzt hat Anspruch auf einen solchen Vertrag. Durch Einzelverträge wird die Position der Hausärzte und die Bedeutung der KV geschwächt.

Das Zeitalter der Informationstechnologie wird auch verstärkt in Praxis und Klinik Einzug halten, die Schlüsselworte lauten elektronische Gesundheitskarte und Heilberufsausweis. Beide Chipkarten sollen bereits ab 2006 genutzt werden können. Der Fahrplan ist knapp bemessen. Im I. Quartal 2004 soll die Architektur für die neuen Technologien entwickelt werden. Daran schließt sich die Erarbeitung von Anforderungen und Kriterien der Umsetzung an. Gleichzeitig soll es 2004 auch noch eine Testphase unter realen Bedingungen geben, damit bereits ab 2005 die Gesundheitskarte für Patienten verteilt werden kann. Wie der konkrete Zeitplan für den Heilberufsausweis aussehen soll, ist offen. Doch nur die gleichzeitige Einführung beider Chipkarten ist sinnvoll, wenn man die Funktionalität eines Datentransfers hinsichtlich Versicherungsstand, den ärztlichen Befunden, einem elektronischen Rezept und Notfallinformationen sicher und effektiv nutzen will. Erst dann kann es auch zu den erwarteten jährlichen Einsparungen im Gesundheitswesen von rund 1,2 Mrd. Euro kommen. Rund 80 Millionen Bundesbürger müssen mit einer elektronischen Gesundheitskarte ausgerüstet werden. Und allein 300.000 berufstätige Ärzte in Deutschland benötigen einen Heilberufsausweis.

#### *Novellierung der Berufsordnung*

In Sachsen stehen neben den bundespolitisch hervorgerufenen Veränderungen auch auf Landesebene wichtige Aufgaben an. Dazu gehören die neuen Regelungen über erlaubte Informationen durch Ärzte (Werbung), zur medizinischen Ausbildung durch die neue Approbationsordnung und die Abschaffung des AiP ab 1. Oktober 2004 sowie die Weiterbildung durch die Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung. Sie ist eine bundeseinheitliche Empfehlung, welche die Qualität und Vergleichbarkeit der Weiterbildung sichern und zugleich die Flexibilität zwischen ambulantem und klinischem Bereich garantieren soll.

Ab 1. Januar 2005 wird in Sachsen nach Beschlussfassung durch die Kammerversammlung im Juni 2004 die neue Weiterbildungsordnung eingeführt.

#### *Abschaffung des „Arzt im Praktikum“*

Die Approbationsordnung sieht neben einem stärker praxisbezogenen Studium in kleineren Praxisgruppen die Abschaffung des Arzt im Praktikum vor. Durch die Abschaffung gewinnt das praktische Jahr eine neue wichtige Rolle. Außerdem ist damit zu rechnen und zu fordern, dass ein Absolvent der Medizin mit Berufseintritt wie ein Assistenzarzt gestellt werden muss. Vergütung inklusive.

#### *Ärztemangel*

Die Dynamisierung eines Versorgungsdefizits durch den Ärztemangel ist für die kommenden fünf Jahre in Sachsen zu erwarten. Zahlreiche Briefe von niedergelassenen Ärzten, Klinikärzten und

Bürgermeistern erreichen die Sächsische Landesärztekammer zu diesem ersten Problem. Ein Vorschlag zur Teillösung dieser Frage hat die Ärzteschaft in Sachsen beschäftigt: Das Förderdarlehen für die Niederlassung im ländlichen Bereich in Höhe von 100.000 Euro. Ein Vorschlag, der aber noch nicht über das Stadium einer Idee hinaus ist. Es ist weder die Finanzierung, noch sind die rechtlichen Grundlagen geklärt. Aber es gibt noch mehr dringlicheres: Die Angleichung der Vergütung an westdeutsches Niveau, eine verstärkte Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin, und weniger Bürokratie. Dass Letzteres eintritt, ist allerdings Illusion, wie DMP, DRG, Praxisgebühr etc. zeigen. Die Anwerbung von ausländischen Ärzten löst das Problem nicht, zumal nicht nur Sachsen Bedarf an Medizinern hat. Auch die Sprachbarriere schließt eine größere Zuwanderung aus. Eine positive Informationskampagne für die ärztliche Tätigkeit in Sachsen und auch Eigeninitiative könnten dagegen zum Erfolg führen.

Die Sächsische Landesärztekammer ist als Selbstverwaltungskörperschaft mehr denn je gefragt. Es gilt, politische Grenzen auszuloten, die eine Körperschaft einzuhalten hat. Doch die ärztliche Standespolitik im Prozess der Reformen wird auch weiterhin geprägt sein von:

- der Besinnung auf das Gesamtinteresse aller Ärzte,
- der wirtschaftlichen Sicherung der Berufsausübung,
- einer vehementen Verteidigung der ärztlichen Berufsfreiheit,
- dem Kampf gegen die wachsende Bürokratie im ärztlichen Berufsalltag und
- einer Aufklärung der Patienten über die Hintergründe gesundheitspolitischer Maßnahmen.

Das Jahr 2004 wird die Sächsische Landesärztekammer nicht minder stark mit berufspolitischer Arbeit beschäftigen. Der Fortgang der Gesundheitsreform wird viele neue Probleme erzeugen, denen sich die ärztliche Selbstverwaltung stellen muss. Und die Erwartungen der kranken Menschen können nur dann erfüllt werden, wenn eine Medizin nach menschlichem Maß erhalten wird. Doch die Rahmenbedingungen dafür müssen immer wieder eingefordert werden.

Auf der 29. Kammerversammlung gab es nach dem Hauptreferat einen weiteren Schwerpunkt zur Thematik der Neuordnung des Medizinstudiums. Die Referenten waren Prof. Dr. Gebhardt von Jagow (Präsident des Medizinischen Fakultätentages), Prof. Dr. Jan Gummert (Studiendekan der Medizinischen Fakultät an der Universität Leipzig) sowie Prof. Dr. Peter Dieter (Studiendekan der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden). Die Referate wurden im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 12/2003 und 01/2004, abgedruckt. Eine ausführliche Darstellung des Reformstudienganges DIPOL, der Medizinischen Fakultät an der Technischen Universität Dresden ist in den Heften 03/2004 und 05/2004 zu finden.

### **3**

#### **Vorstand**

**(Dr. Stefan Windau, Leipzig, Vizepräsident)**

Im Folgenden sollen einige der wesentlichen politischen Schwerpunkte aus der Tätigkeit des Vorstandes im Jahre 2003 umrissen werden. Erwartungsgemäß stand das Gesundheitssystemmoder-



nisierungsgesetz (GMG) im Zentrum unserer berufspolitischen Aktivitäten. Die Fakten sind hinlänglich bekannt, die Folgen absehbar, Ökonomie auf breiter Front. Man nennt es Qualität und Wettbewerb und verwendet viele hehre Begriffe, meint aber allzu oft nur Kostendämpfung und verfolgt ideologische Ziele. Die Behandlung der Grundfrage nach der langfristigen Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems wurde wieder vertagt. Die Politiker haben zu verantworten, dass Bewahrenswertes auf dem Altar der tagespolitischen Opportunität geopfert wird. Hierzu muss festgestellt werden, dass die Sächsische Landesärztekammer diesem Prozess weder tatenlos zugesehen hat noch zusehen wird. Wir haben alle sich uns bietenden Möglichkeiten auf Bundes- und Landesebene genutzt, dies in enger Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (KVS), den Partnern im Bündnis Gesundheit 2000 und mit vielen anderen Gruppen und Entscheidungsträgern, um unsere Ziele einzubringen.

Wir haben der Bundesgesundheitsministerin mehrfach und klar unsere Positionen dargelegt, vor den Folgen der beabsichtigten Gesetzgebung gewarnt, dabei aber auch strukturierte Lösungsansätze unterbreitet, dies sowohl zu Grundsatzfragen der Finanzierung als auch zur konkreten Ausgestaltung des Gesetzes in vielen Bereichen. Gleiches ist für die Disease Management Programme zu sagen. Gerade hier hatte Sachsen manches vorgelebt und konnte mit Recht auf Erfolge verweisen. Den jetzigen traurigen Stand kennen wir. Der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer (wie auch die Kammerversammlung) haben sich vehement dagegen gewehrt, dass die Vertragsärzte, so schon belastet durch überbordende Bürokratie, gezwungen werden, eine Gebühr für die Krankenkassen einzuziehen zu müssen – und dies zudem in dieser stümperhaften Form (Pressegespräche, Presseerklärungen, Resolution der Kammerversammlung im November, Foren etc.) Die Reaktion des Bundesgesundheitsministeriums war unbefriedigend oder teils gleich Null. Allerdings ist es auf Bundesebene gelungen, einige Zumutungen zu streichen beziehungsweise zu mildern, andere sind dafür hinzugekommen (Beispiel Einzelverträge für Hausärzte). Zumindest zu ersterem haben wir unseren bescheidenen Beitrag mit Engagement geleistet. Einige unserer Aktivitäten bezüglich GMG seien hier schlaglichtartig genannt:

- permanente Pressearbeit und Kontaktieren von Entscheidungsträgern,
- Teilnahme an Landesfachausschüssen von politischen Parteien, Anhörungen im Landtag und so weiter,
- gesundheitspolitisches Gespräch mit den Mitgliedern des Ausschusses für Soziales, Gesundheit, Familie, Frauen und Jugend des Sächsischen Landtages im April 2003 sowie eine gemeinsame Vorstandssitzung mit der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen zum GMG und eine gemeinsame Presseerklärung von Sächsischer Landesärztekammer und Kassenärztlicher Vereinigung Sachsen,
- Treffen mit Mitgliedern des Arbeitskreises Soziales der CDU, mit Landtagsvizepräsidentin Andrea Dombó und Staatsministerin Christine Weber sowie AOK-Vorstandsvorsitzendem Rolf Steinbronn im Mai 2003,
- Gespräch mit den sächsischen Bundestagsabgeordneten der SPD in Berlin (im Rahmen des Bündnisses Gesundheit 2000) im Juni 2003,

- Juli 2003 Kontaktieren des sächsischen Ministerpräsidenten Prof. Georg Milbradt und der neuen Staatsministerin Helma Orosz,
- Treffen mit Gesundheitsökonomieexperten, Krankenkassenvertretern, Apothekerverband etc.,
- Vorstellung unserer Positionen auf einem Forum des Arbeitskreises Christlich Demokratischer Juristen unter Teilnahme von Mitgliedern der Herzog-Kommission im August 2003,
- Teilnahme am PDS-Forum zur Gesundheitspolitik im September 2003,
- Teilnahme am Forum der CDU zur Gesundheitspolitik unter Leitung des sächsischen Ministerpräsidenten und der Staatsministerin im November 2003,
- Mitgestaltung eines gesundheitspolitischen Forums in Leipzig unter Mitwirkung des Präsidenten der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe,
- permanente Teilnahme und Moderation am/im Bündnis Gesundheit 2000.

Diese Aufzählung ist nicht vollständig und soll hier aber beleuchten, dass wir nicht nur kritisierten, sondern auch versucht haben mitzugestalten.

Die Sicherung der ärztlichen Versorgung in Sachsen, sowohl im ambulanten wie auch im stationären Sektor als auch im Öffentlichen Gesundheitsdienst, war ein weiterer Schwerpunkt unserer Vorstandsarbeit. Auf Initiative des Präsidenten wurden entsprechende Arbeitsgruppen beim Sächsischen Staatsministerium für Soziales unter dessen Federführung eingerichtet, dies unter Beteiligung der Sächsischen Landesärztekammer, Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, von Sächsischer Krankenhausgesellschaft, Krankenkassenvertretern und Kommunen beziehungsweise Landkreisen. Die Sächsische Landesärztekammer hat hier einen ganz wesentlichen Part in der Sensibilisierung für die Problematik des sich abzeichnenden beziehungsweise greifbaren Ärztemangels geleistet. Lösungsansätze, die natürlich immer im Schatten der bundespolitischen Rahmenbedingungen bleiben müssen, wurden formuliert und sollen umgesetzt werden. Der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer bemüht sich, dass auch über diese Ebene auf die Umsetzung der Vorgaben des GMG Einfluss genommen werden kann.

Der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer hat sich besonders im Jahre 2003 in das laufende Verfahren zur Novellierung des Sächsischen Rettungsdienstgesetzes beziehungsweise zur Schaffung eines einheitlichen Gesetzes für Brandschutz, Rettungsdienst und Katastrophenschutz eingebracht. Sehr viele Gespräche und strukturierte Beratungen auf den verschiedensten Ebenen, auch mit der Landesministerin und mit dem Innenministerium haben wir genutzt, um ärztliche Sachkompetenz und berufspolitisch aus unserer Sicht dringend notwendige „Essentials“ einzubringen. Leider zeigt sich beim derzeitigen Stand zumindest für den Bereich des Rettungsdienstes und der Sicherstellung der notärztlichen Versorgung eine sachlich unlogische und politisch hochriskante Gesetzeslösung ab, die unter anderem zu einer unverhältnismäßigen Stärkung der Kostenträger führen würde (Wir zeigen hier auch 2004 „Flagge“).

2003 wurde das Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen durch den Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer moderiert. Zusammen mit den vielen anderen Bündnispartnern gelang es, die Auswirkungen der bundespolitischen Vorgaben auf die Verhältnisse im Lande Sachsen zu prognostizieren und ge-

meinsame Interessen zu definieren. Unter anderem wurde eine entsprechende Patienteninformation aktualisiert und verteilt. Im Oktober 2003 ging das Bündnis in Form eines Aktionstages an die Öffentlichkeit. Die Reaktion der Öffentlichkeit war positiv. Natürlich wissen wir, dass unsere Wirkungsmöglichkeiten begrenzt sind, aber jede muss genutzt werden (Die teils harschen Reaktionen von Politikern zeigten, dass das Bündnis auch in Berlin wahrgenommen wird.).

Der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer hat nicht nur die aktuelle und perspektivische Gesundheitspolitik in Deutschland, sondern auch die Chancen und Risiken im Rahmen der EU-Erweiterung im Auge. Unter diesem Aspekt wurden (und werden) die guten Beziehungen zur polnischen Niederschlesischen Ärztekammer gepflegt. Ein aktueller Höhepunkt der Beziehungen zwischen unseren beiden Kammern war das Deutsch-polnische Symposium vom 12. bis 14. September 2003 in Meißen. Weitere gemeinsame Aktivitäten sind geplant.

Wie immer hat der Vorstand auch 2003 die gemeinsamen Beratungen der Kreisärztekammervorsitzenden moderiert sowie die Kammerversammlungen vorbereitet beziehungsweise geleitet (Präsident). Ebenso nahmen Vorstandsmitglieder an Sitzungen der vielen Ausschüsse und Kommissionen teil oder sind selbst deren Mitglied. Gleiches gilt für die vielfältigen Verpflichtungen auf Bundesebene sowie die Teilnahme am Deutschen Ärztetag.

Die Arbeit des Vorstandes im Jahre 2003 wurde hier nur für wenige politische Schwerpunkte skizziert. Sie ist aufwendig und zugegebenermaßen oft ernüchternd bezüglich der politischen Resultate. Entscheidend für die verfasste Ärzteschaft – und die Bewahrung der „Reste“ der Freiberuflichkeit – wird unter anderem sein, trotz widriger Rahmenbedingungen das Gemeinsame über das Trennende zu stellen und unsere Interessen zu bündeln. Hier bestehen die Chancen, aber auch die großen Risiken für die Ärzteschaft. Der zunehmenden und geradezu lächerlichen, aber schmerzlichen Überbürokratisierung muss entgegengewirkt werden. Wir müssen erreichen, dass die neuen Versorgungsformen durch die Ärzte und nicht gegen sie gestaltet werden. Der aufmerksame Leser mag sich vielleicht die Frage stellen, ob hier nicht Wunschvorstellungen geträumt und niedergeschrieben werden – ohne jegliche Realisierungschance. Diese Kritik kann ich nicht völlig entkräften, doch wäre es weitaus schlimmer, nichts zu tun. Die Arbeit des Vorstandes ist neben der Bewältigung der Regularien in 2003 noch politischer geworden. Diese Tendenz muss und wird sich fortsetzen – konsequent und als Realpolitik.

## **4 Bezirksstellen und Kreisärztekammern**

### **4.1 Bezirksstelle Chemnitz**

**(Dr. Roland Endesfelder, Chemnitz,  
Vorsitzender der Kreisärztekammer Chemnitz-Stadt,  
Verantwortlicher für den Regierungsbezirk Chemnitz)**

Als Nahtstelle zwischen Kreisärztekammern und Landesärztekammer sowie als Servicestelle für Ärzte und Patienten nahm die Bezirksstelle Chemnitz auch in diesem Jahr wieder ihre Aufgaben im Freistaat Sachsen wahr.

Durch die Nutzung gleicher Räumlichkeiten für Bezirksstelle und Kreisärztekammer Chemnitz und die ebenfalls gleiche personelle Vertretung durch Dr. Roland Endesfelder als Verantwortlichen für den Regierungsbezirk Chemnitz und Vorsitzenden des Vorstandes der Kreisärztekammer Chemnitz-Stadt sowie Beatrix Thierfelder als Sachbearbeiterin sind die Arbeiten komplett verzahnt.

Dr. Roland Endesfelder verabschiedete in Vertretung des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer die Arzthelferinnen des Regierungsbezirkes am 8. Juli 2003 in Chemnitz in einer feierlichen Stunde mit einer Rede anlässlich der Überreichung der Arzthelferinnenzeugnisse in den künftigen Beruf. Im Auftrag des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer war die Bezirksstelle Chemnitz durch Dr. Roland Endesfelder bei verschiedenen gesundheitspolitischen Veranstaltungen präsent.

Die Tätigkeit von Beatrix Thierfelder bestand in der Hauptsache in der Bearbeitung von Anfragen und Beschwerden von Ärzten und Patienten, dem Beglaubigen und Weiterleiten von Urkunden und Anträgen sowie der Organisation von Veranstaltungen. Sofern eine sofortige Beantwortung telefonischer Anfragen nicht möglich war, wurde der oder die Anfragende zu weiteren Ansprechpartnern vermittelt. Von den dreizehn schriftlich eingegangenen Anfragen/Beschwerden wurde eine in der Bezirksstelle geklärt, die anderen an die jeweils zuständige Institution weitergeleitet.

Die Mitarbeit unserer Leitenden Sachbearbeiterin in der Arbeitsgruppe Multimedia stellt ein weiteres wichtiges Tätigkeitsfeld dar. Von dieser Arbeitsgruppe beauftragt, pflegt, aktualisiert und verbessert sie die Internetseiten der Sächsischen Landesärztekammer, des Sächsischen Gesundheitslotsen und des Sächsischen Bündnis Gesundheit 2000. Außerdem arbeitet sie aktiv an der Neugestaltung der Internetseiten der Kammer mit.

Umfangreich war auch die Arbeit der Bezirksstelle bei der Mitorganisation des jährlichen sächsischen Seniorentreffens. Bei der Einladung der Teilnehmer, der Organisation der Busse und der Betreuung der Teilnehmer vor Ort war die Bezirksstelle aktiv vertreten.

Wie bereits 2003 so auch 2004 und in den folgenden Jahren wird weiterhin angestrebt, die Zusammenarbeit mit den Kreisärztekammern im Regierungsbezirk Chemnitz zu intensivieren; denn nach wie vor ist eine erschreckende Unkenntnis über die Aufgaben der Ärztekammer unter den Kolleginnen und Kollegen festzustellen, nur gemeinsam können wir dieser Ignoranz entgegentreten.

### **4.2**

#### **Bezirksstelle Dresden**

**(Dr. Gisela Trübsbach, Vorstandsmitglied, Verantwortliche für den Regierungsbezirk Dresden)**

Bei Betrachtung der bewältigten Arbeit im Jahr 2003 zeigt sich, dass die Hauptbeschäftigung darin bestand, sich mit den Reformvorhaben, dem Reformtaumel und der Abwehr schlimmer Konsequenzen in der Berufsausübung herumschlagen.

Am 17. Oktober 2003 ist das Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherungen durch den Bundesrat zur Realität geworden.

Der Ärzteschaft ist es gemeinsam durch unermüdlichen Einsatz und Aktionen gelungen – hier ist besonders der Außerordentliche Ärztetag im Februar 2003 in Berlin hervorzuheben –, die Demontage der ärztlichen Selbstverwaltung zu verhindern, aller-

dings mit gesetzlichen Vorgaben. Ein staatliches Qualitätsinstitut und der staatliche Korruptionsbeauftragte wurde ebenfalls aus dem Gesetz gestrichen. Die Fortbildung verbleibt in wesentlicher Verantwortung der Landesärztekammern.

Mit den Chronikerprogrammen (DMP) droht eine einheitliche Programmmedizin auf gedrosseltem Niveau, um die Versorgung chronisch Kranker zu finanzieren. Hier zeichnet sich eine bedrohliche Situation mit Rationierung der Gesundheitsleistungen ab, der wir energisch entgegen treten müssen.

Eine Bürokratiewelle droht uns zu ersticken und die ärztliche Kapazität bei schon bestehendem Ärztemangel weiter zu minimieren.

Neben dem alles beherrschendem Reformproblem fand in diesem Jahr die Landesärztekammerwahl statt. Dabei wurde auch die Bezirksvorsitzende Dresden in ihrem Amt bestätigt. Eine integrierende Tätigkeit durch die Arbeit im Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer und im Vorstand der Kreisärztekammer Dresden und im Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen ist gewährleistet.

Die Hauptaufgaben im Jahr 2004 werden weiterhin durch den Reformprozess vorgegeben:

- die Verteidigung der Berufsfreiheit,
- die Beachtung der rechtlichen und wirtschaftlichen Aspekte in der Berufsausübung im Hinblick auf die neuen Versorgungsformen,
- die Suche nach Maßnahmen gegen den verschärften Ärztemangel in den ostdeutschen Ländern durch fehlende wirtschaftliche Angleichung. Hier wurde Wesentliches von der Politik versäumt.

#### 4.3

##### **Bezirksstelle Leipzig (Prof. Dr. Eberhard Keller, Vorsitzender der Kreisärztekammer Leipzig-Stadt und Verantwortlicher für den Regierungsbezirk Leipzig)**

Im Jahre 2003 lag die Hauptaufgabe der Bezirksstelle darin, die Kontakte zwischen den Vertretern der verschiedenen Kreisärztekammern des Regierungsbezirkes sowie den Kammermitgliedern zu halten und zu pflegen. Täglich erscheinen im Bereich der Bezirksstelle durchschnittlich fünf Kollegen, um sich in den verschiedenen Angelegenheiten beraten zu lassen. Schwerpunkte bilden dabei Neuanmeldungen, Beglaubigungen von Unterlagen, Fragen zur Weiterbildung und zum Versorgungswerk. Zugenommen haben gegenüber den vergangenen Jahren telefonische Anrufe, es waren durchschnittlich 25 Anrufe täglich. Zu erwähnen sind noch die zunehmenden Anfragen von verunsicherten Patienten, welche sich infolge des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes hilfeschend an uns wandten.

Für Leipzig als Universitätsstadt kommt der Bezirksstelle eine wesentliche Bedeutung im Zusammenhang mit der Aufnahme des größten Teiles der Absolventen der Universität in die Sächsische Landesärztekammer zu. Dies beansprucht im jeweiligen Zeitraum der Anmeldungen einen recht erheblichen Zeitaufwand, da den AiP's die Aufgaben einer Ärztekammer erläutert werden müssen. Es werden ihnen die gesetzlichen Grundlagen wie Heilberufekammergesetz, Berufsordnung, Meldeordnung und so weiter erläutert und übergeben. Außerdem muss die Bestätigung des Nachweises des Besuches von AiP-gerechten Fortbildungsveranstaltungen durch die Kammer vorgenommen werden, deren Nachweis für die Beantragung der Approbation er-

forderlich ist. Weiterhin häufen sich die Anforderungen von Listen, auch aus anderen Bundesländern, über die weiterbildungsbefugten Ärzte und Einrichtungen in Sachsen. Im Zusammenhang mit der Ausbildung von Studenten der Humanmedizin an der Universität in Leipzig ist es im Jahr 2003 noch nicht gelungen, die Kammer mit ihrem Aufgabenbereich den Studenten im Rahmen einer Vorlesung vorzustellen. In erneuter Abstimmung mit der Universität Leipzig, Lehrstuhl Allgemeinmedizin, ist nunmehr vorgesehen, dass im Studienplan eine Vorlesung zur gemeinsamen Vorstellung der beiden ärztlichen Körperschaften vorgesehen wird.

Im Rahmen des zentralen Seniorentreffens wirkte die Bezirksstelle dahingehend unterstützend, dass sie für den Regierungsbezirk die Einladungen verschickte, die Teilnahme koordinierte, und Brigitte Rast an den Fahrten die Reiseleitung übernahm, welches von den Ärzten sehr wohlthuend empfunden wurde.

In Abstimmung mit der Kreisärztekammer Leipziger Land ist es uns gelungen, den ärztlichen Senioren, welche aus dem aktiven Berufsleben ausgeschieden sind und ihren Wohnsitz im Landkreis Leipzig haben, die Möglichkeit der Teilnahme an den Seniorenveranstaltungen der Kreisärztekammer Leipzig-Stadt zu ermöglichen. Die Kreisärztekammer Leipziger Land sicherte die Übernahme der entsprechenden Kosten zu.

Die der Bezirksstelle zugehenden Vermittlungsangelegenheiten, die nicht die Kreisärztekammer Leipzig-Stadt betreffen, wurden unverzüglich den zuständigen Kreisärztekammern oder der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen der Sächsischen Landesärztekammer zur weiteren Bearbeitung zugeleitet.

Zu dem gesundheitspolitischen Forum der Kreisärztekammer im November 2003 unter Anwesenheit des Präsidenten der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, wurden auch die Vorsitzenden der Kreisärztekammern des Regierungsbezirkes eingeladen, so dass das positive Echo dieser Veranstaltung auch Ausstrahlung auf die anderen Kreisärztekammern hatte. Das Interesse dieser Veranstaltung zeichnet sich auch dadurch ab, dass Christine Clauß als stellvertretende Landesvorsitzende der CDU und stellvertretende Fraktionsvorsitzende der CDU-Fraktion im Sächsischen Landtag anwesend war und sich für die Probleme der sächsischen Ärzteschaft im Landtag einsetzen will.

Zur weiteren Verbesserung der Arbeit mit der Basis der Ärzteschaft, insbesondere unter dem Blickwinkel der Einbeziehung von jungen Ärzten in die Kammerarbeit, ist in der Perspektive angedacht, derartige Veranstaltungen mit wichtigen berufspolitischen und medizinisch-relevanten Themen in Abstimmung mit den Kreisärztekammern des Regierungsbezirkes anzubieten.

Abschließend noch ein aufrichtiger Dank an die Leitende Sachbearbeiterin der Bezirksstelle Leipzig, für ihre enorme Einsatzbereitschaft und Umsicht bei der Lösung unserer Aufgaben, welches sich auch wohlthuend auf die Ärzte im Regierungsbezirk ausgewirkt hat.

#### 4.4

##### **Kreisärztekammern (Zusammenfassung der Tätigkeitsberichte der Vorsitzenden der Kreisärztekammern, Knut Köhler, M. A., Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit)**

Als rechtlich nichtselbstständige Untergliederungen der Sächsischen Landesärztekammer bestehen die Kreisärztekammern in jedem politischen Kreis und jeder kreisfreien Stadt Sachsens.

Die gewählten Vorstände der Kreisärztekammern organisieren Mitgliederversammlungen, Fortbildungsveranstaltungen und Veranstaltungen mit den ärztlichen Senioren der Kreise. Sie sind die Ansprechpartner für alle Ärzte in der Region.

Zu den Aufgaben der Kreisärztekammern gehören unter anderem:

- im Sinne des ärztlichen Berufsauftrages, unter Beachtung des Wohls der Allgemeinheit die beruflichen Belange aller Mitglieder wahrzunehmen und zu vertreten sowie für ein hohes Ansehen des Berufsstandes zu sorgen,
- bei berufsbezogenen Streitigkeiten unter den Mitgliedern oder zwischen Ärzten und Dritten auf Antrag eines Beteiligten zu vermitteln,
- die Erfüllung der berufsrechtlichen und berufsethischen Pflichten der Mitglieder zu überwachen und den Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer über erhebliche Verstöße zu unterrichten,
- geeignete Maßnahmen zur Gestaltung und Förderung der Fortbildung der Mitglieder zu treffen und zu unterstützen, auf ein gedeihliches Verhältnis der Mitglieder hinzuwirken,
- den Öffentlichen Gesundheitsdienst bei der Erfüllung seiner Aufgaben zu unterstützen.

## *Zusammenfassung der Tätigkeitsberichte*

### *1. Tätigkeit der Vorstände der Kreisärztekammern*

Im Berichtszeitraum fanden in allen Kreisärztekammern regelmäßig Vorstandssitzungen statt. In diesen Sitzungen wurden die Mitgliederversammlungen, Fortbildungsveranstaltungen, Veranstaltungen mit den ärztlichen Senioren, Ärztebälle und Wahlen zum Vorstand vorbereitet sowie aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen diskutiert. In den Beratungen der Vorstände standen aber auch die Auswertungen der Tagungen der Vorsitzenden der Kreisärztekammern in der Sächsischen Landesärztekammer im März und September 2003 und die Information über Beschlüsse und Anregungen des Vorstandes und der Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer auf der Tagesordnung. Für die Vorbereitung als hilfreich wurden die aktuellen Informationen eingeschätzt, welche regelmäßig per E-Mail von der Sächsischen Landesärztekammer an die Kreisärztekammern weitergegeben werden, welche über einen Laptop verfügen. Mitgliederversammlungen wurden in den Kreisärztekammern vorwiegend einmal jährlich durchgeführt. Das mangelnde Engagement einzelner Mitglieder, vor allem von jüngeren Kollegen, an der Kammerarbeit und die zum Teil geringe Teilnehmerzahl an den Mitgliederversammlungen wurde wie im Jahr zuvor von vielen Kreisärztekammervorständen beklagt. Wenige Kreisärztekammern berichteten aber auch über die positiv einzuschätzende steigende Akzeptanz der Mitgliederversammlungen bei den Kammermitgliedern. Besonders hervorzuheben ist die Herstellung eines Falblattes mit den Kandidaten zur Kammerversammlung durch die Kreisärztekammer Leipzig-Stadt. Dieses Falblatt sollte auch den jungen Ärzten eine Chance eröffnen, in die Kammerversammlung gewählt zu werden, obwohl sie selbst noch keinen hohen Bekanntheitsgrad haben.

Neben den aktuellen berufspolitischen Themen wurden auch regionale, die Ärzteschaft betreffende Probleme behandelt. Ebenfalls breiten Raum in den Berichten nahmen die Aktivitä-

ten in der Seniorenarbeit ein. Alle durchgeführten Veranstaltungen wurden sehr gut angenommen und können auf Grund der starken Nachfrage durchaus erweitert werden.

### *2. Einhaltung der Berufsordnung und Einschreiten bei Verstößen*

Aus den Berichten der Vorsitzenden der Kreisärztekammern geht hervor, dass zum großen Teil die Einhaltung der Berufsordnung gegeben war und keine unmittelbaren Verstöße bekannt wurden. Viele Fragen zur Genehmigung von Zweigpraxen, zur Beantragung von ausgelagerten Praxisräumen und zusätzlicher Praxisschilder konnten meist in persönlichen Gesprächen mit den Ärzten und in Zusammenarbeit mit dem Juristischen Geschäftsbereich der Sächsischen Landesärztekammer geklärt werden. Ein Rückgang in diesem Problemfeld lässt sich mittelbar auf die Änderung der Berufsordnung zurückführen.

### *3. Vermittlung bei Beschwerden oder Streitigkeiten zwischen Patienten und Kollegen oder Kollegen untereinander*

Die von den Kreisärztekammern bearbeiteten Fälle befassten sich im Wesentlichen mit folgenden Fragen:

- Vorwurf der unsachgemäßen Behandlung.
- Verletzung der ärztlichen Sorgfaltspflichten oder der ärztlichen Schweigepflicht.

Die meisten Beschwerden konnten durch persönliche Vermittlungsgespräche mit den beteiligten Parteien geklärt werden. Einige Vorwürfe von Patienten stellten sich als ungerechtfertigt heraus. Ein geringer Anteil der Fälle wurde an die Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen oder an den Ausschuss Berufsrecht der Sächsischen Landesärztekammer weitergeleitet. Streitigkeiten zwischen den Ärzten mussten nur in wenigen Fällen behandelt werden. In fast allen Angelegenheiten kam es zu einvernehmlichen Lösungen.

### *4. Zusammenarbeit und Abstimmung mit der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (KVS)*

Insgesamt wird die Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, soweit es eine aktive Zusammenarbeit gegeben hat, von den Kreisärztekammern vorwiegend als gut und problemlos eingeschätzt. Die Organisation der Notfall- und Rettungsdienste erfolgte in einem Großteil der Kreisärztekammern durch persönliches Engagement reibungslos.

### *5. Fortbildungsveranstaltungen*

In den Kreisärztekammern wurden regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen zu speziellen und aktuellen medizinischen Fragen und weiteren Themen der ambulanten und stationären Versorgung vorwiegend als Abendveranstaltungen organisiert und angeboten. Die durchschnittliche Anzahl in den einzelnen Kreisen lässt sich schwer feststellen, weil aus den Berichten nicht hervorgeht, welche Fortbildungsveranstaltung von der Kreisärztekammer, der Sächsischen Landesärztekammer oder anderen organisiert wurde. In den meisten Fällen waren die angebotenen Veranstaltungen gut besucht. Die Anzahl der Teilnehmer war in einigen Kreisen sogar ansteigend. Nähere Ausführungen zu diesem Thema von Prof. Dr. Otto Bach, Vorsitzender der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung, finden sie in diesem Tätigkeitsbericht, Abschnitt 5.13.

## 6. Zusammenarbeit mit den örtlichen und kommunalen Vertretungen zu Gesundheitsfragen

Die Zusammenarbeit mit den örtlichen und kommunalen Vertretungen, insbesondere mit den zuständigen Amtsärzten, gestaltete sich bei einigen Kreisärztekammern kooperativ, so bei der Organisation von gemeinsamen gesundheitspolitischen Veranstaltungen. Besonders im Raum Torgau-Oschatz gibt es unter Beteiligung der kommunalen Einrichtungen und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes eine enge Zusammenarbeit bei der Entwicklung von Konzepten gegen den dort bestehenden Ärztemangel. Andere Kreisärztekammern schätzten die Zusammenarbeit jedoch als ungenügend ein. Es wird aber deutlich, dass eine konstruktive Zusammenarbeit dann sinnvoll erscheint, wenn es um die Lösung regionaler Probleme der Ärzteschaft geht. Aus diesem Grund ist eine gute Kooperation der Kreisärztekammern mit den örtlichen und kommunalen Vertretern anzustreben.

## 7. Ausbildung von Arzthelferinnen

Trotz der bestehenden schwierigen wirtschaftlichen Situation in den Arztpraxen bilden viele Ärzte weiterhin Arzthelferinnen aus. Die eingehenden Anträge wurden von den Kreisärztekammern geprüft und weitergeleitet. Die Ausbildung der Arzthelferinnen wurde vom Referat Arzthelferinnenwesen in der Hauptgeschäftsstelle begleitend gefördert und zum Teil im direkten Kontakt unterstützt. Größere Probleme bei der Ausbildung von Arzthelferinnen wurden an die Sächsische Landesärztekammer weitergeleitet oder waren den Kreisärztekammern nicht bekannt. In Einzelfällen bedurfte es klärender Gespräche zwischen der Sächsischen Landesärztekammer und der Auszubildenden. Als weiterhin problematisch werden die teils ungenügenden schulischen Eingangsvoraussetzungen der zukünftigen Arzthelferinnen eingeschätzt. Hierbei handelt es sich aber um ein bundesweites Problem.

## 8. Soziale Problemfälle der Ärzteschaft

2003 sind in den Kreisärztekammern nur einzelne soziale Problemfälle der Ärzteschaft bekannt geworden. Es wurde Unterstützung gegeben, wo dies möglich war. Die meisten Kreisärztekammern bemerken außerdem eine anhaltend schwierige finanzielle Situation der niedergelassenen Ärzte aufgrund der Entwicklungen in der Gesundheitspolitik. Betroffene Ärzte beklagten Existenzsorgen, verursacht durch die ungerechte Honorierung der ärztlichen Leistungen und den Punktwertverfall.

## 9. Finanzen, Verwendung der Rücklaufgelder, Kammerbeitrag

Die Vorsitzenden der Kreisärztekammern bestätigten eine ausgeglichene Finanzsituation und ausreichende finanzielle Mittel für ihre Tätigkeit aus den Beitragsrückflussgeldern. Die Rücklaufgelder wurden außerdem in den Kreisärztekammern vor allem für die Finanzierung von Mitgliederversammlungen und Fortbildungsveranstaltungen und für Veranstaltungen mit den ärztlichen Senioren eingesetzt. Weitere Finanzierungszwecke waren die Unterstützung von Ärzten im Praktikum (AiP), Blumen und Präsente zu „runden“ Geburtstagen der Mitglieder, Aufwendungen für den Bürobetrieb (Raummiete, Büromaterial und Porto) und Unterstützung der Ärztebälle. Die Kreisärztekammern legten Rechenschaft über die ordnungsgemäße Verwendung der Finanzmittel in den jeweiligen Mitgliederversammlungen ab.

## 10. Verschiedene Probleme

Das Problem von Ärzten, vor allem Allgemeinmedizinern, Kollegen für die spätere Praxisübernahme zu finden, hat sich im Vergleich zum Vorjahr noch verstärkt. Fast alle Kreisärztekammern haben darauf aufmerksam gemacht. Die Problematik bezüglich der nicht mehr zu besetzenden allgemeinmedizinischen und auch fachärztlichen Praxen nach Übergang der niedergelassenen Kollegen in den Ruhestand und die Entwicklung der Zahlen und der Altersstruktur bei den Ärzten wird als bedrohlich angesehen. Ein Versorgungsnotstand ist nach Auffassung der meisten Kreisärztekammern vorgezeichnet.

Die anstehende Gesundheitsreform war ebenfalls ein häufiges Thema in den einzelnen Kreisärztekammern. Dabei ging es um die Sicherung der ärztlichen Berufsfreiheit, die Bewahrung der vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung und um wirtschaftliche Probleme. Eine wirksame Einflussnahme auf die Bundespolitik wird von den meisten Kämmerern als nicht gegeben eingeschätzt. Diese Aufgabe muss die Sächsische Landesärztekammer wahrnehmen.

## 5 Ausschüsse

### 5.1

#### Satzungen

#### (Prof. Dr. Wolfgang Saueremann, Dresden, Vorsitzender)

##### 1. Novellierung der Musterberufsordnung der Bundesärztekammer für den 106. Deutschen Ärztetag

Einen breiten Raum nahm in den vorbereitenden Diskussionen die Fortentwicklung des § 32 ff. ein, die sich inhaltlich mit den berufsrechtlichen Möglichkeiten und Grenzen der Zusammenarbeit von Ärzten und der Industrie beschäftigen und diese regeln.

Es zeichnete sich der berufspolitische Entscheidungswille der Ärzteschaft klar ab, dass das Berufsrecht die Unterstützungsmöglichkeiten der Fortbildung, aber auch der Forschung durch die Industrie nicht soweit eingrenzen sollte, dass eine angemessene Förderung von ärztlichen Kollegen im angestellten wie auch im niedergelassenen Bereich stark behindert oder gar unmöglich würden.

Die Diskussionen bewegten sich in einem Bereich, der zwischen berufsrechtlichen Möglichkeiten und Notwendigkeiten auf der einen Seite sowie strafrechtlichen Einschränkungen auf der anderen Seite besteht. Weiter war zu diskutieren, wer die Verantwortung für die Bewertung der angemessenen Höhe der Unterstützung durch die Industrie auf der einen Seite und die Neutralität des Veranstaltungsinhaltes zu tragen hat.

Im Ergebnis dieser Vordiskussionen hat die aktuelle (Muster-)Berufsordnung die berufsrechtlichen Voraussetzungen dafür geschaffen, dass sowohl angestellte wie auch niedergelassene Ärzte jetzt eigenverantwortlich und berufsrechtskonform über ihre Teilnahme in Hinblick auf angemessene finanzielle Unterstützung und Transparenz der Fortbildung hinsichtlich industriespezifischer Inhalte entscheiden können. Jedem Arzt muss bei seiner Entscheidung aber vor Augen bleiben, dass strafrechtliche Verantwortung durch das Berufsrecht nicht abgedeckt wird, wenn zum Beispiel der Anschein der Beeinflussung von

Entscheidungsträgern ohne Transparenz entsteht oder ein mangelnder Nachweis von Leistung und Gegenleistung besteht.

## 2. Vorbereitung der Novellierung der Sächsischen Berufsordnung auf der Grundlage der Beschlüsse des 106. Deutschen Ärztetages und Änderung der Satzung für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Sächsischen Landesärztekammer

In Sachsen wurde nach entsprechender Vorbereitung die Sächsische Berufsordnung erneut novelliert und damit den sich ständig entwickelnden äußeren Bedingungen angepasst. In Zusammenarbeit mit der Ständigen Konferenz „Zur Beratung der Berufsordnung für die deutschen Ärzte“ werden unter unserer Mitarbeit bereits wieder die berufsrechtlichen Weiterentwicklungen vorangetrieben. Für die sächsischen Belange hat sich der Ausschuss Satzungen auch mit dem Ausschuss für Berufsrecht in einer gemeinsamen Sitzung abgestimmt, als es um spezielle sächsische Anliegen, so zum Beispiel zur Führungsfähigkeit der Bezeichnung „Ärztehaus“ ging.

Der Begriff „Ärztehaus“ darf beim Patienten nicht zu dem Eindruck verführen, dass der Patient hier einen Vertrag mit einer Institution eingegangen sein könnte. Eine Darstellung, etwa vergleichbar mit der Struktur der Poliklinik, wie sie die Sachsen aus der Vergangenheit kennen, wäre durch die Berufsordnung derzeit nicht gedeckt. Die Information, dass in dem Haus mehrere Arztpraxen unter einem Dach sind, muss aber im Interesse der Information der Patienten gegeben werden können, wenn die konkrete Verantwortung und das Arzt-Patienten-Verhältnis mit dem einzelnen niedergelassenen Arzt dadurch nicht verwischt wird. Erst anhand solcher konkreten Gegebenheiten wurde deutlich, wie weit die Berufsordnung in unsere tägliche Arbeit und Entscheidungen hineinreicht. Die Berufsordnung kann so den einzelnen Kollegen vor – aus ärztlicher Sicht – unangemessenen Ansprüchen durch Dritte schützen, wenn die Vorschriften der Berufsordnung durch den Einzelnen beachtet werden.

Grundsätzlich war der Ausschuss auf Anfrage der Auffassung, dass alle einschränkenden Vorgaben des Berufsrechtes für den einzelnen Arzt soweit zurückgeschnitten werden sollten, wie es nur möglich und durch die Aufsichtsbehörde zustimmungsfähig ist.

Beispiele für diese Grundhaltung sind unsere Empfehlung an die Ständige Konferenz „Zur Beratung der Berufsordnung für die deutschen Ärzte“ zur großzügigen Auslegung der Zugehörigkeit zu einer Berufsausübungsgemeinschaft, der überörtlichen Gemeinschaftspraxis, aber auch die Aufgabe der Trennung von Zweigpraxis und ausgelagerter Praxisstätte.

In der Diskussion um die Satzung für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Sächsischen Landesärztekammer vertrat der Ausschuss die Auffassung, dass die Bewertung in Sachsen sich nicht grundsätzlich von den Bewertungen der Fortbildungsaktivitäten anderer Landesärztekammern unterscheiden sollte. Unsere konkreten Vorschläge wurden in die Überarbeitung einbezogen.

Wir möchten darauf verweisen, dass Einzelheiten und Beispiele für die Auslegung der Berufsordnung „Arzt – Werbung – Öffentlichkeit“ in der Internetpräsentation unserer Kammer hinterlegt sind ([www.slaek.de](http://www.slaek.de)).

## 3. Genehmigung medizinischer Kooperationsgemeinschaften

Wie in jedem Jahr hat sich der Ausschuss mit der Genehmigung neuer medizinischer Kooperationsgemeinschaften beschäftigt.

Dazu hat der Ausschuss die eingereichten Verträge auf ihre Konsistenz mit den Vorschriften der sächsischen Berufsordnung geprüft und gegebenenfalls Änderungen eingefordert. Liberalisierungstendenzen im ärztlichen Berufsrecht führten dazu, dass einzelne Bestimmungen großzügiger als in früheren Jahren ausgelegt werden konnten.

In der nächsten, absehbaren Zeit werden folgende Schwerpunkte der Tätigkeit des Satzungsausschusses gesehen:

1. Weitere Entwicklung der Berufsordnung hinsichtlich sachangemessener Information der Patienten, für freie ärztliche Berufsausübung, gegen reine Kommerzialisierungstendenz des Berufs und zur Bewahrung vor ärztlichen Abhängigkeiten gegenüber Dritten.
2. Weiterführung der bereits bewährten Kooperation mit dem Ausschuss Berufsrecht, insbesondere zur Besetzung einer gemeinsamen Kommission zur Beratung der Aufsichtsbehörde bei vorgesehenem Approbationsentzug für Ärzte, aber auch Zusammenarbeit mit weiteren Kommissionen für Satzungsentscheidungen mit besonders hohem ethischen Konfliktpotential.
3. Mitarbeit und sächsische Interessenvertretung in der Ständigen Konferenz „Zur Beratung der Berufsordnung für die deutschen Ärzte“.

## 5.2

### Ambulante Versorgung

**(Dr. Bernhard Ackermann, Zwickau, Vorsitzender;  
Dr. Barbara Gamaleja, Ärztin in der Geschäftsführung)**

Der Ausschuss „Ambulante Versorgung“ der Sächsischen Landesärztekammer tagte am 12. April, am 6. September und am 18. Oktober 2003.

Am 6. September fand die erste und konstituierende Sitzung des Ausschusses in der Wahlperiode 2003–2007 statt. Die Anzahl der Mitglieder wurde auf zehn erhöht, um die Effizienz der Arbeit zu steigern. Dabei konnte auf Ärzte zurückgegriffen werden, die bereits Erfahrung in standespolitischer Tätigkeit haben. Alle Mitglieder sind in eigener Niederlassung tätig. Die je fünf Hausärzte und Fachärzte verteilen sich ausgewogen auf die Regierungsbezirke Dresden (4), Leipzig (4) und Chemnitz (2).

Die Themen auf den Beratungen gruppierten sich um folgende Schwerpunkte:

- Der Hausarzt der Zukunft in Vision und Wirklichkeit.
- Die Auswirkungen des Gesundheitsreformgesetzes auf die ärztliche Tätigkeit und deren Zumutbarkeit für die sächsischen Ärzte.
- Probleme bei der Durchführung der DMP in der täglichen Arbeit vor Ort.
- Probleme bei der Verknüpfung von stationärer und ambulanter Behandlung – „Integrierte Versorgung“.
- Modernisierung der Ausbildung der Arzthelferinnen im Hinblick auf die Ausbildung zur Arztfachhelferin.

### Schwerpunkt 1: Der künftige Hausarzt, seine Ausbildung und Profilierung

Angesichts zunehmend knapper werdender Mittel für das Gesundheitswesen verlangt die gesicherte medizinische Betreuung der Bevölkerung eine weitgehende Erneuerung der basisärzt-

lichen Versorgung. Dazu hat der 106. Deutsche Ärztetag in Köln eine neue (Muster-) Weiterbildungsordnung beschlossen. Danach wird der künftige Basis- oder Hausarzt ein Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin sein.

Die Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer sieht ein zweistufiges Modell vor. Nach einer Basisweiterbildung von drei Jahren erfolgt eine Weiterbildung über zwei Jahre in der ambulanten hausärztlichen Versorgung zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt).

In den Sitzungen des Ausschusses „Ambulante Versorgung“ wurde dieses Modell ausführlich beraten, speziell die Notwendigkeit neuer Strukturen für den Hausarztberuf, die neuen Aufgaben des Hausarztes, die Weiterbildung in der hausärztlichen Praxis, die Kritik des Berufsverbandes Deutscher Internisten und der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin am Modell der Bundesärztekammer.

Für die Basisstufe hält der Ausschuss eine zweijährige internistische Weiterbildung nicht für ausreichend. Andererseits ist auch in Chirurgie, Pädiatrie, Ophthalmologie, Dermatologie, HNO eine angemessene Weiterbildung notwendig.

Der zweijährigen Weiterbildung in einer hausärztlichen Praxis muss besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Dabei wird eine kontinuierliche Kontrolle des dortigen Weiterbildungsassistenten erforderlich sein.

Für die Sicherung der Hausarztversorgung in den kommenden Jahren sind weitere flankierende Maßnahmen notwendig:

- Unabhängig von der Weiterbildung zum Hausarzt neuen Typs müssen bereits ab 2007 mehr Hausärzte bereitstehen, weil dann durch die Einführung der DRG's in den Krankenhäusern mehr Behandlungen im ambulanten Sektor zu erwarten sind.
- Um junge Ärzte für eine Hausarzt Karriere zu motivieren, müssen rechtzeitig die notwendigen Mittel bereitgestellt werden.
- Gleichzeitig mit den erweiterten Aufgaben in der Hausarztpraxis muss die Novellierung der Ausbildungsordnung für die Arzthelferinnen und die Weiterentwicklung zur Fachhelferin abgeschlossen sein.

### *Schwerpunkt 2: Die Auswirkungen des Gesundheitsreformgesetzes auf die ambulante ärztliche Tätigkeit und deren Zumutbarkeit für den Arzt*

Dem Ausschuss „Ambulante Versorgung“ lagen die „Eckpunkte der Konsensverhandlungen zur Gesundheitsreform“ vor, die sich ausführlich mit der Stärkung der Patientensouveränität sowie einer Neuordnung der Versorgungs- und Organisationsstrukturen und der Finanzierung des Gesundheitswesens befassen. Der Ausschuss „Ambulante Versorgung“ befürchtet mit dem Gesundheitsreformgesetz eine Verschlechterung der Patientenversorgung und macht folgende Einwände geltend:

- Grundsätzlich macht die offensichtlich größere Nähe zum Staatshaushalt das Gesundheitssystem vom politischen Tagesgeschäft abhängig.
- Es werden zusätzliche bürokratische Hürden eingeführt.
- Gewisse Krankheiten sind nicht mehr in den Versicherungsleistungen enthalten.
- Das Kassieren der Patientengebühr für die Krankenkassen ist eine Zumutung für die Ärzte, die dem Vertrauen beim Patienten Abbruch tut und die die organisatorischen Möglichkeiten einer Praxis erheblich belastet.

- Die obligatorische Überweisung zum Facharzt bedeutet eine Verzögerung, die bei akuten Fällen zur Gefahr für den Patienten werden kann.

- Die Einführung von Regelleistungsvolumina wird zu längeren Wartelisten bei den Fachärzten führen.

Von einem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen erwarten die ambulanten tätigen Ärzte praktikable Regeln für die Zusammenarbeit untereinander sowie für den Umgang mit Krankenkassen und Apotheken. Ein entsprechendes Memorandum des Ausschusses „Ambulante Versorgung“ wurde dem Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer am 5. November 2003 von Dr. Claus Vogel und der 29. Kammerversammlung am 15. November 2003 von Dr. Bernhard Ackermann vorgetragen.

Insgesamt widerspricht die Art der Verabschiedung des Gesetzes unserem Verständnis von Demokratie.

### *Schwerpunkt 3: Ausbildung der Arzthelferinnen*

Die Ergebnisse der Abschlussprüfungen wurden ausgewertet. Im Jahre 2003 wurden 25 Ausbildungsverträge weniger als 2002 abgeschlossen. Außerdem ist kein neuer Tarifvertrag mit der Arbeitgeberseite zustande gekommen. Wann die Beratungen wieder aufgenommen werden, ist ungewiss.

Der Ausschuss nimmt zur Kenntnis, dass die Novellierung der Ausbildungsverordnung „Arzthelferinnen“ auf den Weg gebracht worden ist. Die Richtlinie „Fortbildung zur Arztfachhelferin“ sowie das Fortbildungscurriculum „Dialyse“ für Arzthelferinnen wurden vom Berufsbildungsausschuss „Arzthelferinnen“ bestätigt und an den Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer weitergeleitet.

## 5.3

### **Krankenhaus**

**(Dr. Eberhard Huschke, Löbau, Vorsitzender)**

Gewählte Mitglieder unseres Ausschusses in der Wahlperiode 1999–2003:

Dr. Wolf-Dietrich Kirsch (Vorsitzender), Dr. Brigitte Güttler (Stellvertreter), Dr. Thomas Fritz, Dr. Eberhard Huschke, Dr. Clemens Weiss, im Auftrag der Geschäftsführung Dr. Barbara Gamaleja.

#### *1. Ausschussarbeit*

2003 fanden drei Beratungen des alten Ausschusses statt, bei denen jeweils mindestens vier der fünf gewählten Mitglieder und Dr. Barbara Gamaleja als Vertreter der Geschäftsführung teilnahmen.

Schwerpunkte der Ausschusssitzungen waren:

- Fallpauschalengesetz.
- Arbeitszeit im Krankenhaus
  - real,
  - Vorstellungen nach dem EUGH-Urteil (Ist eine Umsetzung des EUGH-Urteils nach Buchstaben und Sinn möglich?).
- Krankenhaus-Planungsausschuss „Rüschmann-Gutachten“  
Stellungnahme des Krankenhausausschusses: Sicherstellungsauftrag der stationären medizinischen Versorgung muss beim Land, den Kreisen und kreisfreien Städten bleiben, Versorgungsauftrag bei den Krankenkassen.

- Modellprojekt „SaxTeleMed“  
Das Programm hat erhebliche Potentiale für Qualität und Wirtschaftlichkeit nachgewiesen.
- Vorstellung des Beitrages von Dr. Ernst Bruckenberg zu Wettbewerb und Planung im Krankenhausreport 2002 und Diskussion um die Sicherstellung der stationären medizinischen Versorgung unter den Bedingungen des Fallpauschalengesetzes.
- Krankenhaus Hochweitzschen – Einflussnahme der Sächsischen Landesärztekammer im Rahmen des Krankenhausplanungsausschusses
- Auswertung Ausschuss und Ständige Konferenz „Krankenhaus“ der Bundesärztekammer Köln vom 22. September 2003

#### Themen:

- Ambulantes Operieren und stationsersetzende Eingriffe,
- Integrierung von ambulanter und stationärer Behandlung,
- Verfahren nach § 17c des Krankenhaus-Finanzierungsgesetzes zur Durchführung von Fallprüfungen auf Stichprobenbasis an Krankenhäusern.

2. Am 6. November 2003 fand in der Wahlperiode 2003/2007 die 1. konstituierende Sitzung des Ausschusses Krankenhaus statt.

Die gewählten Mitglieder des neuen Ausschusses sind: Dr. Thomas Fritz, Dr. Brigitte Güttler, Dipl.-Med. Sylvia Gütz, Dr. Dietrich Heckel, Dr. Eberhard Huschke, Dr. Ulrich Kraft, Dr. Birger Path, Dr. Alexander Schmeißer, Dr. Dietrich Steiniger, Dr. Clemens Weiss; für die Geschäftsführung Dr. Barbara Gamaleja.

Nach stillem Gedenken an den verstorbenen langjährigen Vorsitzenden des Ausschusses, Dr. Wolf-Dietrich Kirsch, wird Dr. Eberhard Huschke zum neuen Vorsitzenden gewählt. Dr. Thomas Fritz übernimmt die Vertretung der Sächsischen Landesärztekammer im Krankenhaus-Planungsausschuss des Freistaates Sachsen gemäß § 5 Sächsisches Krankenhausgesetz im Sächsischen Staatsministerium für Soziales. Dr. Eberhard Huschke übernimmt die Vertretung der Sächsischen Landesärztekammer in der Ständigen Konferenz Krankenhaus (Wahlperiode 2003 bis 2007) der Bundesärztekammer in Köln.

3. *Weiterhin wichtige Probleme des Ausschusses und damit künftige Aufgaben:*

- Einführung des Fallpauschalensystems ohne Klärung der leistungsrechtlichen, finanziellen und datenschutzrechtlichen Wechselwirkungen mit anderen Versorgungssektoren (ambulant, rehabilitativ).
- Krankenhausplanung ohne ordnungspolitische Klarheit  
Die Ausschüsse der Sächsischen Landesärztekammer werden weiterhin für eine klare Zuordnung der Verantwortung für die Sicherstellung bei den Ländern/Kreisen und kreisfreien Städten eintreten.  
Dr. Thomas Fritz wird an den Sitzungen des Krankenhaus-Planungsausschusses im Sächsischen Staatsministerium für Soziales teilnehmen.  
Für eine Verbesserung der Angebots- und Ablaufstrukturen und besseren Nutzung vorhandener Wirtschaftlichkeitsreser-

ven sind Planungssicherheit im Krankenhausbereich und eine ausreichende Investitionsquote erforderlich.

- Das EUGH-Urteil hat endlich Bewegung in ein sensibles Problem der ärztlichen Arbeit gebracht. In der Zukunft kommt es darauf an, nicht nur nach dem Buchstaben Veränderungen in der Organisation des Bereitschaftsdienstes herbeizuführen, sondern den Sinn des Gesetzes zu erfüllen:
  1. Mit Augenmaß eine Form ärztlicher Bereitschaftsdienste für Zeiten mit geringem Arbeitsanfall zu finden und dabei zu verhindern, dass sich die gesetzlichen Krankenkassen weiterhin an der unbezahlten Arbeit der Heil- und Fachberufe, insbesondere der Ärzte bereichern;
  2. dabei keine Abstriche in der Qualität der medizinischen Versorgung zuzulassen.

4. *Kooperationsbeziehungen bestehen zum Ausschuss Qualitätssicherung, im Jahre 2004 ist unbedingt die Kooperation mit dem Ausschuss Ambulante Versorgung herzustellen.*

#### 5.4

#### Schwerpunktbehandlung und –betreuung chronisch Erkrankter in Praxis und Klinik

(Dr. habil. Hans-Joachim Verlohren, Leipzig, Vorsitzender)

Im Vorbericht („Ärzteblatt Sachsen“, Heft 06/2003) war auf das Problem der Versorgung chronisch Erkrankter, in Abhängigkeit vom juristisch vorgegebenen Spielraum durch DRG und DMP, eingegangen worden.

Diese nicht aufeinander abgestimmten Vorgaben gestatten aus jetziger Sicht die Einschätzung, dass durch zentrale Vorgaben die wissenschaftlich fundierte praktische Tätigkeit in mehreren Bereichen der Betreuung chronisch Erkrankter negativ beeinträchtigt wird.

Unter diesem Eindruck hat sich der Ausschuss für die laufende Wahlperiode folgende Themenschwerpunkte gesetzt.

1. Die gegenwärtige Schmerztherapie wird übereinstimmend sowohl von Ausschussmitgliedern der universitären, der stationären und der ambulanten Bereiche als nicht ausreichend eingeschätzt. Deshalb sollen – ergänzend zu den in Sachsen bereits vorhandenen Möglichkeiten schmerztherapeutischer Spezialversorgung – Vorstellungen über eine sinnvolle Vernetzung schmerztherapeutischer Basismaßnahmen im Sinne einer integrierten Versorgung entwickelt werden. Der Ausschuss will einen Beitrag leisten, gemeinsam mit den etablierten Institutionen der drei Ebenen der Wissensvermittlung und -aneignung (Aus-, Weiter- und Fortbildung), zur Verbesserung der gegenwärtigen Situation beizutragen. Im Februar des Jahres 2004 werden mit kompetenten Fachvertretern entsprechende Vorschläge diskutiert.
2. Gemäß des generellen Anliegens des Ausschusses, sind die Bemühungen um eine Einbringung ärztlichen Sachversandes in die DMP-Problematik kritisch und konstruktiv begleitet worden. Unverändert zeichnet sich die Bundesregierung durch eine erstaunliche Beratungsresistenz aus und lehnt es auch weiterhin ab, die notwendigen Änderungen in fachlicher und



organisatorischer Hinsicht zu akzeptieren. Deshalb hat der Ausschuss die Aktivitäten einer Initiativgruppe von Ärzten der mitteldeutschen Bundesländer Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen unterstützt, Fakten zu dem DMP-Programm-Typ-2 zu erarbeiten. Die Initiative wurde durch die Kassenz ärztlichen Vereinigungen in dankenswerterweise unterstützt. Die Ergebnisse konnten durch das Institut für Medizinische Informatik und Biometrie der Technischen Universität Dresden zur Publikationsreife (Deutsches Ärzteblatt, Heft 08/2004) gebracht werden. Die Ergebnisumfrage bestätigt in eindrucksvoller Weise die einheitliche Auffassung sowohl der hausärztlich tätigen wie der in einer Schwerpunktpraxis arbeitenden Kollegen über die niedrige Wissenschaftlichkeit bei bürokratischer Überfrachtung. Die Praxisrelevanz der Therapievorgaben wird übereinstimmend als gering eingeschätzt. Die Notwendigkeit solcher Initiativen kann angesichts des letzten Standes der zentralen Vorgaben nicht hoch genug eingeschätzt werden, da die 9. Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) nicht einmal mehr eine Evaluierung des DMP-Procedere vorschreibt. Dies ist als ein Eingeständnis des gesundheitspolitischen Scheiterns zu interpretieren. Die Einschätzung der befragten Ärzteschaft bestätigt die zwingende Notwendigkeit grundsätzlicher Korrekturen, an denen wir weiterhin mitarbeiten werden.

## 5.5 Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie (Dr. Maria Eberlein-Gonska, Dresden, Vorsitzende)

Das Jahr 2003 stand für den Ausschuss „Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie“ ganz im Zeichen der Reflexion über inhaltliche Schwerpunkte der nächsten Jahre und dies angesichts der Wahl der Ausschüsse für die Periode 2003–2007. Die Ausschussmitglieder wurden sich zunehmend bewusst, dass angesichts der in den letzten Jahren sich stark verzeichnenden Zentralisierung der externen Qualitätssicherung zwar eine berufspolitische Meinung abgegeben werden kann, diese jedoch kaum Einflussmöglichkeiten auf die Gremien der Bundesebene hat. So wurde mehrfach vor der Erhebung qualitätsrelevanter Daten gewarnt, die aufgrund des verschobenen Leistungsspektrums zunehmend im niedergelassenen Bereich dokumentiert werden müssten, wobei allerdings dort keine Dokumentationsverpflichtung besteht. Es scheint geradezu absurd, dass nun nach der mühevollen und zugleich sanktionsbehafteten Einführung im stationären Bereich zahlreiche Module ab Januar 2004 mit der gleichen Argumentation seitens der Bundesebene wieder ausgesetzt werden.

Weitere Themen betreffen die Qualitätssicherung in den medizinischen Laboratorien oder der Transfusionsmedizin. So werden im Rahmen der Erfüllung des Transfusionsgesetzes die Selbstverpflichtungserklärungen der Qualitätsbeauftragten aus den verschiedenen Krankenhäusern in den Landesärztekammern gesammelt, jedoch nicht bewertet im Sinne einer kritischen Überprüfung.

Die Ausschussmitglieder kamen zum Schluss, dass im Rahmen ihrer Sitzungen zwar gute und innovative Ideen entwickelt werden, es fehlt jedoch die Möglichkeit der konsequenten Umsetzung. Damit wurden neue Aufgabenfelder für die Wahlperiode

2003–2007 definiert, die neben der kritischen Bewertung zur Entwicklung der externen Qualitätssicherung aktuelle und brisante Themen des internen Qualitätsmanagements vorsehen. Ein Konzept wurde von den Ausschussmitgliedern entwickelt und dem Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer zum Beschluss vorgelegt. Es betrifft sowohl die Erarbeitung von Vorstandsvorlagen zur berufspolitischen Meinungsbildung als auch Beschlussfassungen für zum Beispiel folgende Themen: Qualitätsbericht, Messung von Qualität – Indikatoren, QM-Verfahren – Aufwand und Nutzen.

Das Konzept beinhaltet ebenfalls eine stärkere Ausrichtung der Ausschusstätigkeit als Dienstleistung für die Kammermitglieder, im Sinne der Bündelung und Aufbereitung aktueller Informationen.

Neben diesen grundsätzlichen Fragen zum zukünftigen Auftrag des Ausschusses „Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie“ dürfen konkrete und zugleich positive Ergebnisse des Jahres 2003 nicht übersehen werden:

- In drei Ausschusssitzungen wurden aktuelle Themen der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V diskutiert und dies auf Bundes- und Landesebene. Die Ergebnisse dieser Meinungsbildung fanden Eingang in die Sitzungen des Lenkungsgremiums.
- In Vorbereitung auf die Wahl des Ausschusses wurde die Bereitschaft zur weiteren Mitarbeit eruiert und auch für neue Mitglieder gewonnen.
- Im Rahmen der konstituierenden Sitzung des neu gewählten Ausschusses „Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie“ wurde neben dem oben vorgestellten Konzept ein Themenkatalog für die weitere Arbeit konsentiert.
- Ein Themenschwerpunkt bildete die „Zertifizierung von Brustzentren“; zu dieser Sitzung wurde Prof. Dr. Hildebrandt Kunath, Leiter der Fachkommission Brustkrebs bei der Sächsischen Landesärztekammer, eingeladen.
- Die Peer Reviews der Pathologen im sächsischen Raum wurden in guter Tradition begleitet.
- Im Rahmen der Ausschussarbeit traf sich der Arbeitskreis sächsischer Qualitätsbeauftragter drei Mal und tauschte Erfahrungen zur Einführung verschiedener QM-Systeme im stationären Bereich aus. Darüber hinaus wurde eine Position zum „Qualitätsbericht“ erarbeitet, der erstmalig im Jahr 2005 basierend auf den Daten von 2004 seitens der Krankenhäuser veröffentlicht werden muss. Diese Position wird im „Ärzteblatt Sachsen“ veröffentlicht werden.

Das ausgehende Jahr 2003 setzt Erwartungen in die zukünftige Arbeit des Ausschusses „Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie“, und es gilt am Ende des Jahres zu überprüfen, inwieweit das erarbeitete Konzept umgesetzt werden konnte.

Selbstverständlich steht am Ende eines Jahres der ausdrückliche Dank zum einen an die Ausschussmitglieder, die nach langen Jahren ihr Engagement für den Ausschuss niedergelegt haben. Zum anderen gilt der Dank auch den neuen Mitgliedern, die sich in Zeiten zunehmender Herausforderungen im Arbeitsalltag für eine berufspolitische Positionierung der Ärzteschaft interessieren und einsetzen. Der Projektgeschäftsstelle an der Sächsischen Landesärztekammer gilt ein weiterer Dank für die nicht selbstverständliche Vorbereitung und Begleitung der Ausschusssitzungen.

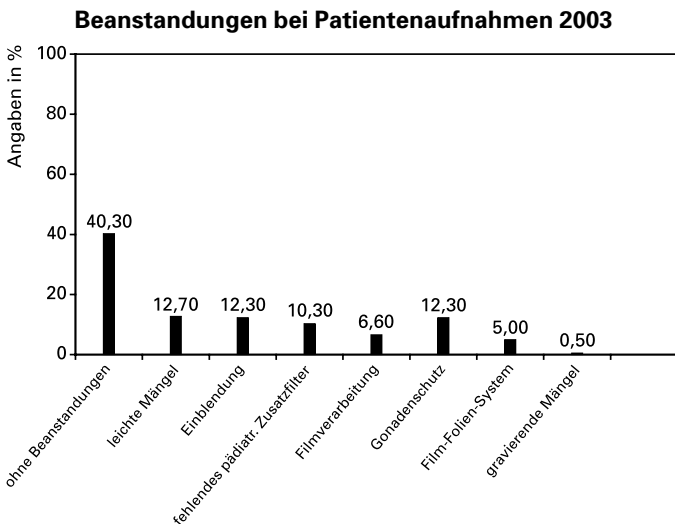
### 5.5.1

#### Ärztliche Stelle gemäß § 17a Röntgenverordnung (RöV) zur röntgenologischen Qualitätssicherung

(Dr. Peter Wicke, Dresden, Leiter der Ärztlichen Stelle RöV)

Die Ärztliche Stelle überprüfte im Berichtszeitraum 237 Betreiber von Röntgenanlagen zur Untersuchung von Menschen hinsichtlich der Einhaltung der Leitlinien der Bundesärztekammer sowie der ordnungsgemäßen Durchführung und Auswertung der Konstanzprüfung bei Filmverarbeitungseinrichtungen, Bildokumentationssystemen und Röntgenanlagen. Die Begutachtung der Röntgenaufnahmen von Menschen erfolgte im Rahmen von acht Zusammenkünften der Ärztlichen Stelle. Bei 53 % der Betreiber entsprachen alle eingereichten Aufnahmen den in den Leitlinien der Bundesärztekammer enthaltenen Anforderungen. Die Zahl der Beanstandungen in Bezug auf ausreichende Einblendung zeigt gegenüber den Vorjahren eine weiter rückläufige Tendenz (Beanstandungen von einzelnen Aufnahmen bei 30 Betreibern). Bei pädiatrischen Aufnahmen von 25 Betreibern musste die fehlende Zusatzfilterung angesprochen werden. Auffällig hoch war die Zahl der Aufnahmen, bei denen mangelhafter Gonadenschutz festgestellt wurde (Beanstandungen von einzelnen Aufnahmen bei 30 Betreibern). Die Ärztliche Stelle wird hier schon vor der nächsten routinemäßigen Anforderung der Betreiberunterlagen auf die Abstellung dieser Mängel achten.

Nicht leitliniengerechte Film-Folienkombinationen wurden partiell bei Aufnahmen von 14 Betreibern festgestellt. Störungen der Röntgenfilmverarbeitung – zum Teil infolge ungenügender Wartung der Entwicklungsautomaten –, die sich in einzelnen Aufnahmen zeigten, fanden sich bei 6 % der überprüften Betreiber. Die Beurteilung der Aufnahmen von Menschen ist in der Abbildung dargestellt. Dabei ist zu beachten, dass die Bezugsgröße die Anzahl der überprüften Betreiber, nicht die Gesamtzahl der eingereichten Aufnahmen ist. Unter gravierenden Mängeln sind solche erfasst, die bei unzulänglichem Gonadenschutz noch zusätzliche Fehler aufweisen.



Die Kontrolle der Qualitätssicherungsmaßnahmen an Röntgenanlagen und Filmentwicklungseinrichtungen erfolgte hinsichtlich der Einhaltung der Normenreihe DIN 6868.

Die größte Zahl der gegebenen Hinweise bezog sich auf geringfügige Beanstandungen. Bei sieben Einrichtungen wurde eine Rückmeldung über die Mängelbeseitigung angefordert und bei vier Einrichtungen wird eine erneute Unterlagenanforderung im verkürzten Zeitabstand erfolgen.

Die Anzahl der in elektronischer Form eingereichten Unterlagen hat sich gegenüber dem Vorjahr wesentlich erhöht. Die Qualität der Unterlagen hat sich hierbei deutlich verbessert, die überwiegende Zahl der Einrichtungen konnte unproblematisch durch die Ärztliche Stelle überprüft werden.

Im Berichtszeitraum erfolgte die erste gemeinsame Unterlagenanforderung mit der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen zur Qualitätssicherung in der Röntgendiagnostik.

Die sich durch die Novellierung der Röntgenverordnung für die Betreiber ergebenden relevanten Veränderungen (zum Beispiel rechtfertigende Indikation, Dosisreferenzwerte) wurden in einem Merkblatt zusammengefasst und zur Kenntnis gegeben.

Wie in den vorangegangenen Jahren wurde auf unterschiedlichen Veranstaltungen vor Ärzten und Arzthelferinnen das Anliegen der röntgenologischen Qualitätssicherung auch 2003 durch die Ärztliche Stelle vertreten.

### 5.5.2

#### Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung

(Dr. Torsten Schlosser, Leiter)

Die Aufgaben der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung (PGS) sind im „Vertrag gem. § 137 i. V. mit § 112 Abs. 2 Nr. 3 SGB V über die Durchführung externer Qualitätssicherungsmaßnahmen in der stationären Versorgung“ vom 17. Dezember 2001 zwischen der Krankenhausgesellschaft Sachsen, den Landesverbänden der Krankenkassen, der Privaten Krankenversicherung und der Sächsischen Landesärztekammer festgeschrieben. Dieser Vertrag setzt die seit Anfang 2001 geltenden Regelungen auf Bundesebene „Vereinbarung nach § 137 SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser“ und „Vertrag über die Entwicklung geeigneter Qualitätssicherungsmaßnahmen in Krankenhäusern nach § 137 SGB V sowie über das Zustandekommen entsprechender Umsetzungsvereinbarungen“ (Kuratoriumsvertrag) auf den Freistaat Sachsen um. Im Rahmen dieser Bestimmungen wurde vom Bundeskuratorium festgelegt, dass zu bestimmten operativen Leistungen der Krankenhäuser Daten für die externe Qualitätssicherung zu erfassen und an die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung zu übermitteln sind. In einem Stufenkonzept wurde festgelegt, dass zunächst Eingriffe aus der Viszeralchirurgie, Orthopädie/Unfallchirurgie sowie PTCA und Koronarangiographie sowie alle geburtsheftlichen Leistungen; in einer zweiten Stufe dann auch operative Eingriffe aus Neuro- und Gefäßchirurgie, HNO- und Augenheilkunde, Gynäkologie und Urologie, Herzschrittmachereingriffe und die PTA zu erfassen sind. Abweichend von den bundesweiten Regelungen wurden in Sachsen seinerzeit die Leistungsbereiche Gynäkologie und Urologie (Module 15/1 und 14/1) der Stufe 1 zugeordnet, weil diese bereits seit 1998 im Freistaat verpflichtend zu dokumentieren waren.

Abgerechnete, aber nicht dokumentierte Entgelte werden ab dem Erfassungsjahr 2002 empfindlich sanktioniert. Für die Module der Stufe 1 sind das pro Fall 62 Euro für 2002 und 155 Euro für 2003. Zeitversetzt gilt das nun auch für die Stufe 2, das heißt, ab 2003 sind von den Krankenhäusern 62 Euro für jeden nicht-gelieferten Datensatz zu entrichten.

Verantwortlich für die Planung, Koordinierung und Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung auf Landesebene ist das Lenkungsgremium, mit dessen Geschäftsführung die Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung unter anderem betraut ist. Die PGS setzt die Beschlüsse des Lenkungsgremiums organisatorisch und fachlich um. Die personelle Situation sah im vergangenen Jahr wie folgt aus: 1½ Ärzte, 1½ Informatiker, 2 Sachbearbeiterinnen.

Die Finanzierung der Projektgeschäftsstelle erfolgt nicht aus den Kammerbeiträgen der Ärzte, sondern über einen Zuschlag auf Fallpauschale/Sonderentgelt beziehungsweise Pfllegesatz (Neonatologie).

Die Projektgeschäftsstelle betreute im Jahr 2003 84 allgemein-, unfall- und kinderchirurgische Abteilungen, 53 geburtshilfliche, 34 neonatologische, 25 urologische, 55 gynäkologisch-operative, 27 orthopädische und 37 kardiologische Abteilungen respektive Kliniken. In 20 sächsischen Kliniken werden PTA'n an Extremitätenversorgenden Gefäßen durchgeführt; auch diese Abteilungen waren 2003 zu betreuen.

Die optisch ansprechende und zeitgemäße Form der von der PGS selbst erstellten Auswertungen (Geburtshilfe und Neonatologie) konnte im vergangenen Jahr weiter verbessert werden, wobei auch Vorschläge aus den Kliniken Berücksichtigung fanden.

Dem hohen Engagement der Mitarbeiterinnen und dem direkten Kontakt mit den Kolleginnen und Kollegen in den Kliniken ist es zu verdanken, dass auch im vergangenen Jahr in Sachsen wieder eine hundertprozentige Erfassung aller Geburten mit vollständigen und validen Datensätzen erreicht wurde. Die direkte Datenentgegennahme und -pflege in der Projektgeschäftsstelle schafft die Voraussetzungen für eine sinnvolle Auswertung. Negative Erfahrungen anderer Bundesländer, die die Erfassung und Auswertung der Perinataldaten an eine Fremdfirma abgegeben haben, zeigen einen deutlichen Akzeptanzverlust des Verfahrens in den Krankenhäusern, was zu niedrigeren Erfassungsraten und durch das rein maschinelle Prozedere auch zum selektiven Wegfall der Erfassung komplizierter Eingriffe und der Totgeburten führte.

Nach den guten Erfahrungen mit dem sogenannten „strukturierten Dialog“ mit auffälligen Abteilungen in Peri- und Neonatologie wurde im vergangenen Jahr begonnen, auch in anderen Leistungsbereichen dieses Instrument der Qualitätssicherung zu etablieren. Eine frühere Einführung schien nicht zielführend, da erst seit kurzer Zeit vernünftige Datensätze mit den unbedingt notwendigen Ausfüllanleitungen existieren. Die bis Januar 2003 fehlenden Anleitungen führten in der Vergangenheit häufig zu Missverständnissen und systematischen Fehlern in den Statistiken. So war beispielsweise das in vielen Erfassungsbögen existierende Item BLUTTRANSFUSION höchst missverständlich, denn eine verbindliche Anleitung, ob dies nur intraoperative Transfusionen betraf oder den gesamten stationären Aufenthalt, gab es nicht. Auch die Abfrage TRANSFUSION VON EIGENBLUT im Modul Schenkelhalsfraktur war ungenau, ganz davon

abgesehen, dass an der Sinnhaftigkeit dieses Items im Rahmen einer Schenkelhalsfraktur ohnehin stark gezweifelt werden muss. Hier wäre wohl von Anfang an besser nach der Verwendung eines Cell-Savers gefragt worden, wie es nunmehr im neuen Datensatz erfolgt.

Der in den letzten zwei Jahren praktizierte unterjährige Wechsel zum Teil höchst unterschiedlicher Datensatzversionen ist weder geeignet, die Akzeptanz des Verfahrens bei den ohnehin schon am Rande der Belastbarkeit arbeitenden Klinikern zu erhöhen, noch dazu, valide Statistiken zu erhalten auf deren Grundlage man „auffällige“ Abteilungen identifizieren könnte. Das Vorhaben der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung, beginnend ab 2004 die Datensatzversionen zumindest über ein Kalenderjahr stabil zu halten, wird uns die Möglichkeit geben, künftig in allen Leistungsbereichen mit gutem Gewissen in den strukturierten Dialog zu treten.

#### 5.5.2.1

##### Arbeitsgruppe Perinatalogie/Neonatalogie (Prof. Dr. Christoph Vogtmann, Leipzig, Vorsitzender)

Die seit über zehn Jahren bestehende Arbeitsgruppe hat ihre Arbeit 2003 in Kontinuität und zielgerichtet fortgeführt. Schwerpunkt waren wiederum die Auswertung der Ergebnisse der Peri- und Neonatalerhebung 2003 sowie die Arbeit an der Verbesserung der Aussagekraft der Datenanalysen im Hinblick auf die Qualitätsbewertung erbrachter Leistungen. Zu diesem Zweck fanden insgesamt sechs Treffen der gesamten Arbeitsgruppen und zwei getrennte Treffen der Gruppe der Geburtshelfer und Neonatologen statt.

Die Ergebnisse der Jahreserhebung 2002 wurden auf dem Klinikärztertreffen im Oktober des Jahres schwerpunktmäßig vorgestellt und mit Klinikvertretern diskutiert. Die gute Beteiligung an der Veranstaltung zeigt die positive Resonanz auf diese alljährliche Zusammenkunft.

Da sich alle Kliniken an der externen Qualitätssicherung beteiligen, sind die zu bewertenden Ergebnisse als repräsentativ zu betrachten. Von den 31.122 Geburten mit 31.462 Lebendgeborenen fanden zirka ein Drittel in geburtshilflichen Abteilungen mit angeschlossener neonatologischer Behandlungsmöglichkeit statt. Innerhalb der ersten zehn Lebenstage wurden 5.529 Neugeborene (= 17,6 %) in neonatologisch-pädiatrische Abteilungen verlegt. Dabei lagen die neonatologischen Behandlungsraten zwischen 14,8 % im Regierungsbezirk Leipzig und 20,3 % im Regierungsbezirk Dresden. Die perinatale Mortalität sank dank einer auf 1,3 % gesunkenen Frühsterblichkeit auf 4,1 %, was die erfreulich niedrige Säuglingssterblichkeit von 3,2 % in Sachsen mitbestimmt. Entscheidend dafür ist ein Rückgang der Sterblichkeit der sehr kleinen Frühgeborenen (< 1.500 g), die auch durch ein hohes Risiko belastet sind, dauerhafte Schädigungen zu erfahren. Das begründete wiederum das unverändert aktuelle Bemühen um eine stärkere Regionalisierung der Geburten sehr kleiner Frühgeborener. Das Jahr 2002 hat in diesem Sinne einen Teilerfolg insofern gebracht, als der Regierungsbezirk Dresden mit einem Regionalisierungsanteil von über 90 % zu Leipzig aufschließen konnte, während der Regierungsbezirk Chemnitz weiter bei 65 % stagniert. Diesem Problem waren kollegiale Gespräche mit Chefärzten gewidmet, die der Aufdeckung von Gründen für Schwierigkeiten bei der Durchsetzung der Regionalisierungsziele dienten.

---

Eine Kurzfassung der Ergebnisse mit Kommentierungen wurde als Beilage im Dezemberheft des „Ärzteblatt Sachsen“ veröffentlicht.

Um die klinikinterne Qualitätskontrolle und den interkollegialen Dialog zu stimulieren, wurden auf der Grundlage klinikbezogener Datenanalysen kritische Stellungnahmen der Arbeitsgruppe erarbeitet und den Chefarzten unter Wahrung der Vertraulichkeit und Anonymität zugestellt.

Wichtiger Gegenstand der Beratungen war die weitere Verbesserung der Aussagekraft der Qualitätsindikatoren. Aus diesem Grund beteiligten sich Mitglieder der Arbeitsgruppe aktiv an Sitzungen der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung zur Definierung von Qualitätsindikatoren in der Geburtshilfe sowie an neuen Qualitätsindikatoren aus der Zusammenführung von Perinatal- und Neonataldaten. Die Vorarbeiten hierzu sind abgeschlossen.

Weitere, sich aus der Analyse der Daten ergebende Schwerpunkte waren Aktivitäten zur Verbesserung der Zwillingsbetreuung und zur flächendeckenden Anwendung des Hörscreenings.

Ebenso bildeten detaillierte Datenanalysen die Grundlage für insgesamt sechs Vorträge und Poster auf nationalen Tagungen von Geburtshelfern beziehungsweise Neonatologen.

#### 5.5.2.2

##### **Arbeitsgruppe Chirurgie (Dr. Henry Jungnickel, Dresden, Vorsitzender)**

Im Jahr 2003 gab es einige personelle Änderungen in der Arbeitsgruppe Chirurgie.

Dr. Egbert Perßen (ehemaliger Vorsitzender) war aus Altersgründen ausgeschieden, PD Dr. habil. Hartmut Thomas (Verantwortlicher Modul 12/2) verzog in ein anderes Bundesland und Prof. Dr. Karlheinz Sandner (Verantwortlicher Modul 17/1) war in die Arbeitsgruppe Orthopädie/Traumatologie gewechselt. Als neue Mitglieder konnten wir die Gefäßchirurgen PD Dr. habil. Alfred Schröder und Dr. Hans-Joachim Florek sowie den Viszeralchirurgen PD Dr. habil. Joachim Boese-Landgraf begrüßen. Den Vorsitz der Arbeitsgruppe übernahm Dr. Henry Jungnickel.

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe trafen sich dreimal zu ihren Beratungen. In der ersten Beratung wurden nochmals die Ergebnisse des Erhebungsjahres 2001 analysiert und der Bericht an das Lenkungs-gremium vorbereitet. Des Weiteren wurde über die Vorstellung der Bundesauswertungen am 2. Dezember 2002 in Düsseldorf berichtet. Die Vollzähligkeit der Dokumentation bundesweit war schlecht, der Stand für Sachsen hingegen zufriedenstellend. Die Ergebnisse von 2001 konnten insgesamt aufgrund vielfältiger Probleme (zum Beispiel Software) nur der Orientierung dienen.

In der zweiten und dritten AG-Sitzung wurden die Ergebnisse von 2002 bewertet. Die Auswertung erfolgte in den Modulen 12/1 (Cholezystektomie), 12/2 (Appendektomie), 12/3 (Leistenhernie) und 10/2 (Carotisrekonstruktion). Für die wichtigsten Qualitätsmerkmale wurden Referenzbereiche festgelegt. Grobe Auffälligkeiten fanden sich nicht. Kliniken, die geringfügig außerhalb der Referenzwerte lagen, wurden angeschrieben und um eine Stellungnahme gebeten. Die Bewertungen wurden für die jährliche Veröffentlichung der Ergebnisse aufbereitet, die Veröffentlichung erfolgte im Januar 2004.

Der Leiter der Arbeitsgruppe, Dr. Henry Jungnickel, ist gleichzeitig Mitglied der Fachgruppe Viszeralchirurgie in der Bundes-

geschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) (Vertreter der Bundesärztekammer). Er hat an den Beratungen in Düsseldorf fünfmal im Jahr 2003 teilgenommen. Der Kontakt auf Bundes- und Landesebene ist somit unmittelbar gewährleistet.

Bezüglich der Auswertung für 2003 wird sich als problematisch erweisen, dass bis 30. Juni 2003 sowohl die alte Version 5.0.1 als auch die Version 6.0 zur Verfügung standen, die Datensätze werden also uneinheitlich vorliegen.

Durch das Bundeskuratorium wurde beschlossen, im Jahre 2004 die Module 12/2 (Appendektomie) und 12/3 (Leistenhernie) auszusetzen. Die Fachgruppe bedauert diesen Entschluss sehr und tritt für die Fortführung der Qualitätssicherung in allen Modulen ein. Da in der Lenkungs-gremiumsitzung am 18. November 2003 die Weiterführung in diesen Modulen für den Freistaat Sachsen nicht beschlossen wurde, kann nur auf eine freiwillige Dokumentation in den Kliniken verwiesen werden, diese wird jedoch sehr unvollständig bleiben. In der Hernienchirurgie haben in den letzten Jahren viele neue Operationsmethoden Einzug gehalten, die Rezidivrate liegt aber unverändert bei 10 %. Hier wäre eine externe Qualitätssicherung unter Einbezug des ambulanten Sektors und einer Longitudinalbeobachtung überaus wünschenswert.

#### 5.5.2.3

##### **Arbeitsgruppe Gynäkologie (PD Dr. med. habil. Karl-Werner Degen, Dresden, Vorsitzender)**

Die Arbeitsgruppe Gynäkologie ist gemäß Vertrag über die Durchführung externer Qualitätssicherungsmaßnahmen in der stationären Versorgung vom 17. Dezember 2001 mit der Bewertung und Analyse der Ergebnisse der Datenauswertungen im Leistungsbereich „Gynäkologische Operationen“ und der Ableitung von Empfehlungen zur Verbesserung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in der stationären Versorgung beauftragt.

Die konstituierende Sitzung der Wahlperiode 2003–2007 der Sächsischen Landesärztekammer fand im Januar 2004 statt. Bisheriger und neuer Vorsitzender ist PD Dr. med. habil. Karl-Werner Degen.

Die Arbeitsgruppe zählt sieben Mitglieder, davon vier Vertreter der Sächsischen Landesärztekammer, zwei Vertreter der Sächsischen Krankenhausgesellschaft und eine Vertreterin des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung.

Die Präsentation der Ergebnisse der Erhebung 2001 in der operativen Gynäkologie erfolgte vor dem Lenkungs-gremium im Februar 2003, zu deren Vorbereitung eine Sitzung der Arbeitsgruppe stattfand.

Im Anschluss an die Sondersitzung des Lenkungs-gremiums fand nochmals mit der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung eine sorgfältige Diskussion der Ergebnisse aus dem Jahre 2001 statt.

Hier wurde besonders die Problematik der Erfassung des Uterus und in diesem Zusammenhang der Punkt „Organverletzung“ besprochen, wie dies im Lenkungs-gremium dargestellt worden ist. Auffälligkeiten zeigten sich auch bei den relativ wenig erfassten Eingriffen im Bereich der Adnexe. Hierbei zeigte sich, dass zirka 30 % dieser Eingriffe wegen funktioneller Zysten (Corpusluteum-Zysten und Follikelzysten) durchgeführt worden sind. Die überarbeiteten Ergebnisse aus der Auswertung 2001 wurden den

Chefärzten von Sachsen anlässlich des 9. Treffens der Chefärzte gynäkologisch-geburtshilflicher Einrichtungen Sachsens in Leipzig unter Leitung von Prof. Dr. Uwe Köhler vorgestellt und diskutiert. Fragen der Datenerfassung, der Plausibilität und des Datentransfers wurden von Dipl.-Med. Annette Kaiser, Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung, beantwortet.

Eine weitere Präsentation dieser Ergebnisse fand im Rahmen eines Vortrages zur Fortbildungsveranstaltung – 10. Sächsisches Seminar für Assistentinnen und Assistenten in Weiterbildung zum Frauenarzt – unter Leitung von Prof. Dr. Martin Link und Prof. Dr. Wolfgang Distler am 13. Dezember 2003 statt.

Auch hier wurden die Qualitätsmerkmale des Organs Uterus sowie die historische Entwicklung im Bereich der Geburtshilfe dargestellt und diskutiert.

Der Vorsitzende der Arbeitsgruppe Gynäkologie nahm an der 2. Ergebniskonferenz der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) zur Bundesauswertung 2002 der externen Qualitätssicherung am 4. Dezember 2003 teil, in der die einzelnen Fachgruppen auf Bundesebene ihre Ergebnisse vorstellten. Hierbei fiel besonders auf, dass zwei Qualitätskriterien bezüglich des Uterus, die Organverletzungen und die Anzahl Hysterektomien bei benignen Befunden bei Frauen unter 35 Jahren, hervorgehoben wurden.

Die Arbeitsgruppe hat zu diesen, von der Bundesebene vorgeschlagenen und einzelnen weiteren Qualitätsmerkmalen einen schriftlichen Dialog mit Einrichtungen, welche in den Auswertungen auffällig erscheinen, vorbereitet. Zunächst müssen Dokumentations- und Definitionsfragen besprochen werden, um dann „echte“ Auffälligkeiten zu identifizieren.

Es trafen relativ spät – im Herbst 2003 – die Ergebnisse des Jahres 2002 ein, die im Wesentlichen die ersten Untersuchungen aus dem Jahre 2001 bestätigten.

Ergebnisse in der Qualitätssicherung bezüglich der Mammachirurgie können noch nicht mit der nötigen Sicherheit bewertet werden, da der Großteil der Eingriffe von den Gynäkologen mit einem Datensatz Modul 15/1 erfasst wurde, welcher sich inhaltlich vom Datensatz für die von Chirurgen erfassten Eingriffe unterscheidet.

Der Datensatz wurde grundlegend überarbeitet und stand bereits für die Erhebung 2003 in verbesserter Fassung, ab 2004 einheitlich für alle dokumentierenden Abteilungen zur Verfügung. Damit werden valide Aussagen zur Versorgung von Patientinnen mit Brustkrebskrankungen erwartet.

#### 5.5.2.4

##### **Arbeitsgruppe Urologie**

**(Dr. Joachim Chladt, Zwickau, Vorsitzender)**

Die Arbeitsgruppe Urologie zur Qualitätssicherung der FP 14.01 und 14.02 beziehungsweise SE 14.04 und 14.05 kam im Berichtsjahr zweimal zusammen. Dabei wurden die Datensätze der vergangenen Berichtszeiträume ausgewertet, insbesondere ein Vergleich zwischen den Jahren 2001 und 2002 gezogen. Einige der Ergebnisse aus Modul 14/1 wurden dem Lenkungsgremium im November 2002 vorgestellt.

Vier Jahre nach der Einführung der externen Qualitätssicherung in der Urologie stieg die Zahl der auswertbaren Kliniken von Anfangs 16 auf nunmehr 25. Auch die Zahl der erfassten Patienten stieg innerhalb eines Jahres um fast 30 % und betrug 2002 3.261,

wobei dies nicht unbedingt der Anzahl der tatsächlich durchgeführten Eingriffe entsprechen muss. Die im Jahre 2002 fast babylonische Versionsvielfalt der Datensatzspezifikationen mit unterjährigem Wechsel hat weder zur Verbesserung der Datenqualität noch zur Erhöhung der Akzeptanz in den Kliniken geführt. Hinzu kam noch, dass in Sachsen – abweichend von der bundesweiten Regelung – auf Beschluss des Lenkungsgremiums das Modul 14/1 der sogenannten Stufe 1 zugeordnet wurde und die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung die Priorität der Verfahrensentwicklung ausschließlich auf die Module der Stufe 1 gelegt hatte. Insofern kann es – abhängig von der verwendeten Software – in einigen Kliniken zu Problemen bei der Erfassung und beim Datenexport gekommen sein, was aber bei der anstehenden Sanktionierung berücksichtigt wird.

Mit Wirkung zum 1. Januar 2002 wurde seitens der BQS das Modul 14/1 inhaltlich gestrafft, so dass irrelevante Positionen entfallen sind. Gleichzeitig wurden Positionen im Pflegebereich mit aufgenommen, die über den Gesamtbehandlungsverlauf eines Patienten Aussage treffen sollen.

Von den erfassten Patienten aus dem Verfahrensjahr 2002 wurden 2.927 (= 89,7 %) endourologisch behandelt. Dies entspricht fast exakt dem Verhältnis der Vorjahre. Da auch offen operative Verfahren bei größeren Adenomen von Weiterbildungsassistenten erlernt werden müssen, entspricht dies dem anzustrebenden Verhältnis zwischen offen chirurgischen Verfahren und endourologischen Methoden.

In der Frage der richtigen Indikationsstellung wurde das Resektionsgewicht herangezogen und wie in der Bundesauswertung der BQS ein möglich seltenes Resektatgewicht unter 5 g angestrebt. Im Freistaat lagen drei Kliniken über 6 %, während das Mittel aller erfassten Operationen in Sachsen mit einem Resektionsgewicht unter 5 g bei 3,1 % liegt.

Für das Qualitätsmerkmal „umfassende präoperative Diagnostik“ sollten mindestens sieben der folgenden Kriterien angegeben sein: Sono Nieren, Blase, Prostata, Urinstatus, Kreatinin, PSA, Restharn, Uroflow, internationaler Prostata-Symptomen-Komplex (IPSS), Lebensqualitätsindex. Vier Kliniken führten offenbar nicht immer eine umfassende Diagnostik durch.

Patienten mit mindestens einer intra- und postoperativen Komplikation (behandlungsbedürftiges TUR-Syndrom oder transfusionspflichtige Blutung, klinisch relevanter Harnwegsinfekt) lagen in vier Kliniken über 10 % bis 15 % bei einem Mittel von 8,5 %. Besonders auffällig war der Anteil der Patienten mit transfusionspflichtigen Blutungen, in vier Kliniken über 6 % bis 10 %, während der Mittelwert der Krankenhäuser bei 3,2 % liegt.

Als Merkmal einer subtilen Operationstechnik ist das Qualitätsmerkmal operative Revision/Nachresektion/Koagulation hervorzuheben. Während im Landesmittel diese Eingriffe unter 5 % durchgeführt wurden, lagen sechs Kliniken zwischen 6 % und 10 %.

Das Qualitätsmerkmal Uroflow oder Restharn bei Entlassung wurde nur in 97 % der Fälle bestimmt, wobei in drei Kliniken der postoperative Restharn mit über 100 ml in mehr als 5 % bei einem Landesmittel von 0,9 % anzutreffen war. Auch der Anteil der Patienten, die mit Katheter entlassen wurden, war mit 0 % bis 6,9 % sehr schwankend.

Der Anteil der Patienten unter 70 Jahren mit einem Prostatakarzinom als histologisch postoperativem Erstbefund sollte bei

ausreichender präoperativer Diagnostik möglichst niedrig liegen. Während im Median 5,4 % im Landesdurchschnitt vorlagen, wiesen fünf Kliniken in mehr als 8 % ihrer Fälle ein Karzinom als postoperativen histologischen Erstbefund auf.

Beim Versand der klinikspezifischen Auswertungen wurde gezielt auf einzelne Auffälligkeiten hingewiesen mit dem Ziel, dass diese Kliniken selbstkritisch über die angegebenen Parameter zur Qualitätsverbesserung in der Therapie des Prostataadenoms nachdenken.

Bedauerlicherweise hat das Bundeskuratorium beschlossen, die Pflichterfassung des Moduls 14/1 ab 2004 auszusetzen. Das sächsische Lenkungsgremium hat sich dem angeschlossen, so dass sich nach der Bewertung der Daten des Jahres 2003 auch die fachspezifische Arbeitsgruppe Urologie auflösen wird.

### 5.5.2.5

#### Arbeitsgruppe Orthopädie

(Prof. Dr. Rüdiger Franz, Dresden, Vorsitzender)

##### Vorbemerkungen

In Abänderung zentraler Vorgaben hatte sich die Arbeitsgruppe Orthopädie/Unfallchirurgie an der Sächsischen Landesärztekammer mit den Jahresauswertungen 2002 der Module Schenkelhalsfraktur (17/1), Hüft-TEP bei Coxarthrose (17/2), dem Hüft-TEP-Wechsel (17/3) und der Kniegelenks-TEP (17/5) zu befassen. Die Auswertung der Ergebnisse erfolgte in Teamwork unmittelbar nach dem Eingang der ausgedruckten Daten in den Sitzungen der Arbeitsgruppe am 1. Oktober und am 6. November 2003.

Die Module 17/6: Kniegelenks-Schlittenprothese und 17/7: Knie-TEP-Wechsel lagen bis Ende Dezember der Arbeitsgruppe nicht vor. Sie werden hier nicht berücksichtigt.

Sowohl in den zentralen Gremien als auch vor Ort standen die Probleme der Qualität im Gesundheitswesen im engen Zusammenhang mit der bevorstehenden Einführung des DRG-Entgelt-systems. Die Transparenz der erbrachten Leistungen sollte durch Anwendung weniger, aber spezifischer und mit vertretbarem Aufwand verbundener Qualitätsindikatoren als Filter ermittelt werden.

#### 1. Schenkelhalsfraktur (17/1)

Die Fachgruppe Orthopädie und Unfallchirurgie an der BQS hat als Qualitätsziele beziehungsweise Qualitätsindikatoren formuliert:

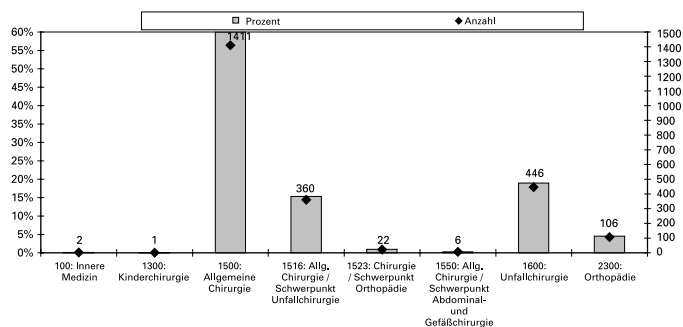
- angemessen häufige osteosynthetische Versorgung bei Patienten < 65 Jahren,
- selten Reinterventionen während des stationären Aufenthaltes,
- hoher Anteil an Patienten, die bei Entlassung selbständig gehen können.

Die Auswertung der Qualitätsindikatoren Osteosynthese und Endoprothese ergab bei einem Anteil der Patienten < 65 Jahren von 10,2 % im Krankengut eine darauf bezogene Osteosyntheserate von nur 65,5 % ; 50,5 % von 2.028 Datensätzen wiesen ein Lebensalter von > 80 Jahren auf; die TEP-Implantation erfolgte aber in 83,5 % aller Datensätze. Hier liegt ein klassisches Beispiel von unscharfer Indikationsstellung vor. Den Hintergrund liefern biologische Probleme der Polymorbidität, des biologischen Alters, der Femurkopfnekrose und ähnlichem.

Ein Qualitätsdefizit ist dagegen nicht zu erkennen. Der Anteil der gehfähigen Patienten bei Entlassung lag mit 74,61 % (Ver-

trauensbereich 41,4 – 97,5 %) über dem Wert der bundesweiten Auswertungen von 73,3 %.

#### Modul 17/1: Anteile der Fachabteilungen mit Versorgung von Schenkelhalsfrakturen 2002



Der größte Anteil der Schenkelhalsfrakturen wird in Abteilungen der Allgemeinen Chirurgie versorgt (Abb. 1).

Der hohe Anteil an Komplikationen, Wundinfektionen und Reinterventionen einzelner Abteilungen zwingt zu weiteren Kontrollen, in deren Fortgang der strukturierte Dialog mit diesen Abteilungen angezeigt sein könnte. Bisher sah die Arbeitsgruppe allerdings keinen Anlass dazu. Die zuständigen leitenden Ärzte können sich anhand der ihnen übermittelten Jahresauswertungen über ihren Status, besonders anhand der Grafiken schnell informieren.

#### 2. TEP bei Coxarthrose (17/2)

Die Anzahl der Datensätze nahm im Jahre 2002 weiterhin zu. Die Komplikationsrate lag im Median bei 8,7 bis 10,1 % (Vertrauensbereich 8,41–9,86 %). Bei den Krankenhäusern mit darüber liegender Komplikationshäufigkeit (real bis zu 27,1 %) handelt es sich um Auffälligkeiten, die näher zu untersuchen sind.

Bezüglich der Phlebothrombose von 0,64 % der 6.232 Datensätze wird weiterhin ein diagnostisches Defizit für Sachsen insgesamt signalisiert.

#### 3. Hüft-TEP-Wechsel (17/3)

Als Indikatoren der Qualität gelten die Raten der Prothesenluxationen und der Wundinfektionen.

Der Median der Krankenhauswerte lag für die Prothesenluxationen bei 0,0 bis 2,5 %,

Minimum–Maximum 0,0 % bis 11,5 %. Die Maxima sind bisher durch geringes Patientenaufkommen zu erklären.

Die Wundinfektionsrate betrug im Mittel 2,75 %. Die davon nach oben abweichenden Raten einzelner Krankenhäuser wiesen kleine Fallzahlen auf.

#### 4. Kniegelenks-TEP (17/5)

Die Zahl der importierten Datensätze erreicht mit 5.304 nahezu die Anzahl der Hüft-TEP. Prognostisch wird sich hier in den nächsten Jahren wahrscheinlich eine weitere Angleichung der Fallzahlen ergeben.

Die Qualitätsvorgaben „selten postoperative Wundinfektionen“ und „selten Wundhämatome/Nachblutungen“ wurden ohne extreme Ausreißer im statistischen Sinne erfüllt. Der Referenzwert von 2 % Wundinfektionen wurde für Sachsen insgesamt mit 0,79 % deutlich unterboten.

### Ausblick

Die Indikatoren zur Bewertung der Qualität einer therapeutischen Prozedur konnten weiter spezifiziert werden bei gleichzeitiger Vereinfachung der Anwendung. Damit verlagern sich die Schwerpunkte der externen Qualitätssicherung in Richtung des strukturierten Dialoges.

### 5.5.2.6

#### Arbeitsgruppe Kardiologie

(Prof. Dr. Gerhard Schuler, Vorsitzender, Leipzig)

Die Arbeitsgruppe Kardiologie bestand im letzten Jahr aus fünf Mitgliedern; 2002 war das erste Jahr, in dem die Dokumentation für das Modul 21/3 (Koronarangiographie gegebenenfalls PTCA) und das Modul 20/2 (PTCA) nicht mehr nur auf freiwilliger Basis durchgeführt werden musste.

#### Vollständigkeit der Datensätze

Die Anzahl der erwarteten Datensätze basiert auf den vom VdAK veröffentlichten Zahlen zu den in 2001 vereinbarten Fallpauschalen und Sonderentgelten. Werte über 100 % erklären sich dadurch, dass einerseits nicht alle Krankenhäuser, die QS-dokumentationspflichtige Leistungen erbringen und übermitteln, in dieser Datenbasis enthalten sind und andererseits Leistungsausweitungen nach 2001 nicht erkannt und berücksichtigt werden konnten.

#### Bundesweite Datengrundlage

Vollständigkeit Datensätze	2001	2002
Ausgewertete Datensätze	154.526	423.539
Erwartete Datensätze	354.628	357.056
Vollständigkeit	43 %	119 %

#### Koronarangiographie (21/3)

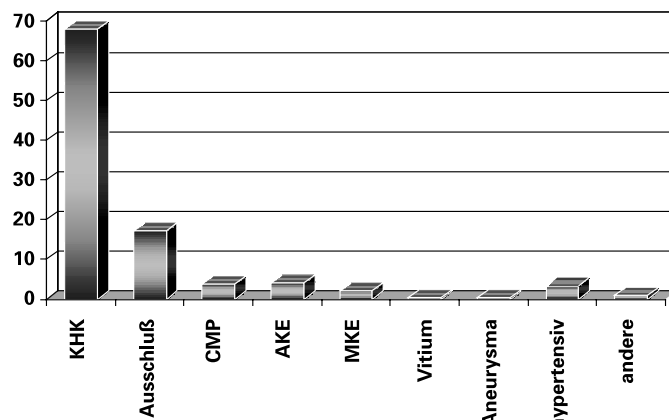
Die Gesamtzahl der abgelieferten Datensätze für die Koronarangiographie in Sachsen lag bei 26.866 (2001:15.308). Diese dramatische Zunahme ist wahrscheinlich nur in geringem Maße durch eine echte Fallzahlsteigerung zu erklären, sondern vielmehr durch eine vermehrte Dokumentation und Abgabe von Datensätzen vor dem Hintergrund einer drohenden Sanktionierung. Bundesweit hat die Zahl der durchgeführten Koronarangiographien nur um 5,7 % zugenommen. Zwischen den abgerechneten Sonderentgelten und den übermittelten Dokumentationsbögen ist jedoch keine direkte Zuordnung möglich, sondern nur ein ungefährender Vergleich anhand der Gesamtzahlen.

#### Indikationsstellung zur Koronarangiographie

Bei der Indikationsstellung zur Koronarangiographie werden eine Reihe von Qualitätsmerkmalen überprüft: Es sollen nur solche Patienten angiographiert werden, die typische pectanginöse Beschwerden angeben, oder bei denen eine belastungsinduzierte Ischämie durch eine EKG-Aufzeichnung nachgewiesen werden konnte. Die Anzahl der Patienten, die ohne diesen positiven Ischämienachweis angiographiert werden, sollte möglichst gering gehalten werden. In Sachsen lag der Anteil der Patienten ohne Angina pectoris bei 34 %. Bei 17 % der Patienten wurde durch die Angiographie eine koronare Herzkrankheit ausgeschlossen. Angestrebt wird ein Korridor zwischen 5 % und 20 % für die Ausschlussdiagnostik; dieser Richtwert wird somit in Sachsen eingehalten.

Abbildung 1:

Verteilung der Indikationen für die Koronarangiographie



KHK: koronare Herzkrankheit. Ausschluss: Ausschluss koronare Herzerkrankung. CMP: Kardiomyopathie. AKE: Aortenklappenerkrankung. MKE: Mitralklappenerkrankung. Vitium: anderes Vitium. Hypertensiv: Hypertensive Herzerkrankung. Andere: Andere Herzerkrankung.

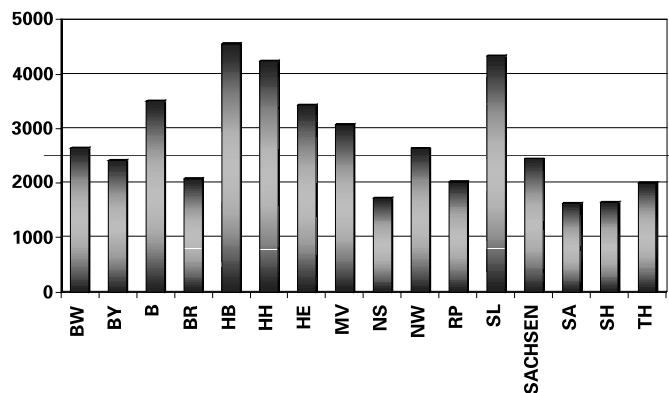
Abbildung 1 zeigt die Indikationen zur Koronarangiographie in Sachsen; die koronare Herzkrankheit lag mit nahezu 70 % an erster Stelle; die Vitiendiagnostik und die Kardiomyopathien liegen unter 5 %.

Die postoperative Komplikationsrate der Koronarangiographie betrug 0,13 %. Dabei muss berücksichtigt werden, dass diese Untersuchung auch häufig bei instabilen und multimorbiden Patienten durchgeführt wird. Dieser Wert, der unter dem Bundesdurchschnitt liegt, zeigt, dass die Koronardiagnostik ein ausgesprochen sicheres Verfahren mit einem sehr geringen Risiko darstellt.

#### Koronarintervention (PTCA, Stentimplantation) (Abbildung 2)

Die Zunahme der PTCA lag im Bundesdurchschnitt bei 6,2 %. In Sachsen wurden 2.443 Interventionen pro Mio. Einwohner durchgeführt, die Zahl der Eingriffe lag damit in der unteren Hälfte des Bundesdurchschnitts.

Abbildung 2: Sachsen liegt mit einer Frequenz von 2.443 pro Mio. Einwohner in der unteren Hälfte des Bundesdurchschnitts (2.519).

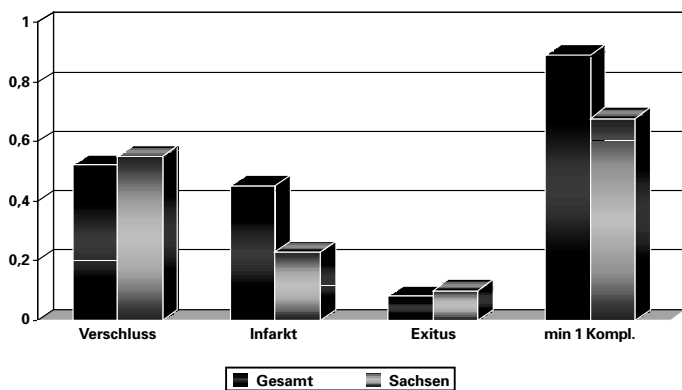


### Komplikationen nach PTCA/Stent

Die Komplikationsrate in Sachsen lag deutlich unter dem Bundesdurchschnitt, die intraoperativen Komplikationen bestanden im Verschluss des dilatierten Gefäßes, Myocardnekrose und Exitus. Vaskuläre Komplikationen wie Hämatom, Aneurysma spurium und Embolie, die eine chirurgische Revision erforderlich machten, traten in 0,76 % der Interventionen auf und lagen damit deutlich unter der 1-%-Schwelle. Die amerikanischen Leitlinien gehen von einer nichtadjustierten In-Hospital-Mortalität von 0,5 % bis 1,4 % aus.

Postoperative Komplikationen bei Hochrisikopatienten mit Diabetes mellitus, Schlaganfall, eingeschränkter LV-Funktion und terminaler Niereninsuffizienz waren deutlich häufiger. Die Mortalität bei diesen Patienten lag in Sachsen bei 3,74 %. Insgesamt kann im Vergleich zum Bundesdurchschnitt von einem guten Abschneiden Sachsens hinsichtlich der Komplikationsraten ausgegangen werden.

Abbildung 3: Komplikationen nach PTCA/Stent



Die Komplikationsrate lag in Sachsen mit 0,68 % deutlich unter dem Bundesdurchschnitt. Die häufigste Komplikation bestand im Verschluss des dilatierten Gefäßes.

### Qualitätssicherung Herzschrittmacher

#### Datenerfassung und Vollständigkeit

Die Qualitätssicherung für den Bereich Herzschrittmacher wurde für das Jahr 2002 in drei unterschiedlichen Modulen erfasst (09/1 Herzschrittmacher-Erstimplantation; 09/02 Schrittmacher-Aggregatwechsel; 09/03 Schrittmacherexplantation/Revision) Erstmals war die Qualitätssicherung für diesen Bereich für das Jahr 2002 per Gesetz verpflichtend jedoch noch sanktionsfrei. Die Anzahl der in Sachsen erfassten Datensätze betrug 2.926 (Erstimplantation), 634 (Aggregatwechsel) und 263 (Explantation/Revision). Genaue Angaben zur Vollständigkeit der Daten können für Sachsen nicht gemacht werden. Basierend auf den im Jahresbericht des Deutschen Herzschrittmacher-Registers für das gesamte Bundesgebiet vorgenommenen Abschätzungen kann je nach Berechnungsgrundlage für die tatsächlichen Eingriffszahlen von einer Vollständigkeit von etwa 40 bis 60 % ausgegangen werden. Die wesentlichen Ergebnisse der Datenanalyse für den Bereich der Herzschrittmacher-Erstimplantation werden im Folgenden im Vergleich zu den bundesweiten Ergebnissen des Deutschen Herzschrittmacher-Registers dargestellt.

### Leitlinienkonforme Indikationen

Anhand dieses Qualitätsmerkmals sollte geprüft werden, inwieweit die Indikationen zur Schrittmacherimplantation gemäß den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie gestellt wurden. Bei 633 von 2.926 Patienten (21,6 %) war keine Indikationszuordnung möglich. Eine absolute oder relative Indikation gemäß Leitlinien bestand bei 2.229 Patienten (76,2 %), keine Indikation gemäß Leitlinien bei nur 64 Patienten (2,2 %). Der Vergleich der in Sachsen erhobenen Daten mit dem Bundesdurchschnitt für drei häufige Indikationen zeigt keine wesentlichen Unterschiede (Tabelle 1).

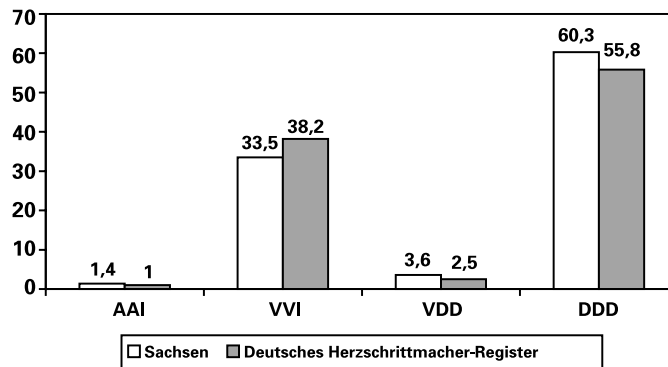
Tabelle 1: Prozentuale Häufigkeit einer leitlinienkonformen Indikationsstellung für drei Indikationsbereiche (AF=Vorhofflimmern)

	Sachsen	Deutsches Register
Sick Sinus Syndrom	97 %	96 %
AV-Block	97 %	98 %
AF+Bradykardie	98 %	97 %

### Implantierte Schrittmachersysteme und Operationsdauer

Hinsichtlich der Auswahl der in Sachsen implantierten Schrittmacheraggregate zeigten sich im Vergleich zum Bundesdurchschnitt nur geringe Unterschiede (Abbildung 4). In Sachsen wurden etwa 5 % mehr Zweikammersysteme als im Bundesdurchschnitt implantiert. Die Operationsdauer betrug in Sachsen für AAI- und VVI-Aggregate 35 beziehungsweise 33 Minuten (Medianwerte), für VDD und DDD-Aggregate 40 beziehungsweise 51 Minuten (Medianwerte).

Abbildung 4: Prozentuale Verteilung der Schrittmachersysteme bei Erstimplantation



### Perioperative Komplikationen

Die Gesamthäufigkeit perioperativer Komplikationen lag in Sachsen mit 5,5 % etwas niedriger als im Bundesdurchschnitt (6,3 %). Rhythmogene Komplikationen (Asystolie, Kammerflimmern, Vorhofflimmern) traten mit einer Häufigkeit von 1,3 % auf. Chirurgische Komplikationen (Pneumothorax, Perikardtamponade, Hämatom etc.) mit einer Häufigkeit von 1,95 %. Sondendislokationen wurden mit einer Häufigkeit von 0,7 % (Vorhofsonde) beziehungsweise 0,9 % (Ventrikelsonde) angegeben.



### *Kommentar*

Die für das Jahr 2002 in Sachsen erhobenen und analysierten Daten zeigen im Vergleich zu den im Deutschen Herzschrittmacher-Register bundesweit erhobenen Daten keine wesentlichen Unterschiede. Hinsichtlich der leitliniengemäßen Indikationsstellung, der Auswahl der implantierten Schrittmacheraggregate sowie der perioperativen Komplikationen lassen die Daten für Sachsen ein durchaus befriedigendes Qualitätsniveau annehmen. Für eine genaue Analyse des Qualitätsstands ist jedoch eine höhere Vollständigkeit der Daten erforderlich. Diese kann für das Jahr 2003 aufgrund der dann bei Nichtmeldung greifenden Sanktionen erwartet werden.

### **5.6**

#### **Ärzte im Öffentlichen Dienst**

**(Dr. Rudolf Marx, Mittweida, Vorstandsmitglied, Vorsitzender)**

Ein wichtiges und in den Ausschusssitzungen des vergangenen Jahres mehrfach aufgerufenes Thema basierte auf den Beschlüssen der Innenministerkonferenz vom 6. Dezember 2002. Es befasste sich mit der Problematik der Mitwirkung von Ärzten bei der Rückführung ausländischer Flüchtlinge. Zu den von den Innenministern angedachten Vorgehensweisen wurde Stellung genommen.

Wir kamen erstens überein, dass die Bundesärztekammer allgemein verbindliche Richtlinien zur Aufgabe und Verantwortlichkeit der Ärzte bei der Rückführung ausländischer Flüchtlinge festlegen müsse und zweitens die Fortbildung der Ärzte der Gesundheitsämter nach einem vorgegebenen Curriculum erfolgen sollte. Letzteres wird in Berlin und Bayern bereits praktiziert.

Dr. Clemens Weiss, als bestellter Menschenrechtsbeauftragter der Sächsischen Landesärztekammer, wurde gebeten, unsere Meinung auf dem von der Bundesärztekammer einberufenen Treffen der Menschenrechtsbeauftragten akzentuiert vorzutragen. Grundsätzlich vertreten wir allerdings die Ansicht, dass Ärzte überhaupt keine beurteilenden Stellungnahmen zu Fragen der Abschiebung und der Reisetauglichkeit geben sollten. Unsere Aufgabe ist letztlich nur, Diagnosen zu stellen und Hinweise für eine erforderliche Behandlung kundzutun. Die Abschiebung ist und bleibt eine politische Entscheidung, an der Ärzte nur tangential beteiligt werden dürfen. Um aus der bestehenden Misere herauszufinden, sollten die Ministerien für Gesundheit/Soziales und des Inneren auf Bundes- und Landesebene diese Problematik gemeinsam beraten.

Der Ärztemangel im Bereich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes beschäftigte uns auch im vergangenen Jahr. Bereits im II. Quartal mussten wir konstatieren, dass sich der Personalbestand der Gesundheitsämter weiter verringert hatte. 23 Arztstellen waren unbesetzt. In den kommenden fünf Jahren gehen weitere 64 Ärzte in den Ruhestand.

Dieser Trend wird sich fortsetzen. Im Jahr 2007 werden 67 Ärzte fehlen. Ein Handlungsbedarf ist also dringend geboten. Deshalb befasste sich eine Arbeitsgruppe verschiedener Verantwortungsträger gemeinsam mit dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales mehrfach mit den geschilderten Tatsachen und erarbeitete positive Vorschläge.

Besonderes Augenmerk mussten wir zwangsläufig dem Bioterrorismus, insbesondere der Pockenschutzimpfung, widmen.

Ein erhebliches Stück Arbeit bewältigten die Ausschussmitglieder im Zusammenhang mit der Novelle des Schulgesetzes. Es war sogar nötig, eine Sondersitzung einzuberufen. Anlässlich dieser Zusammenkunft wurden eine Reihe Änderungen vorgeschlagen, die inzwischen Berücksichtigung fanden und entsprechend unserer Vorschläge mehrheitlich in den Entwurf eingearbeitet wurden.

Wir schalteten uns ebenfalls in die Diskussion zur Erstellung eines Präventionsgesetzes ein und befassten uns mit Möglichkeiten der Reduzierung von Schulsportbefreiungen. In Sachsen existieren dahingehend bereits nachahmenswerte Beispiele.

Wir diskutierten außerdem über erste Erfahrungen des Jugendärztlichen Dienstes im Kindergartenbereich und die künftige Fortbildung für die Mitarbeiter dieses Sachgebietes.

Da eine gesetzliche Regelung zur Gesundheitsberichterstattung fehlt, ist angedacht, dieses wichtige Arbeitsinstrument in die Hände der Kommunen und Fachverbände zu legen.

Die anhaltende Diskussion um die theoretische Weiterbildung zum Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen wurde fortgeführt.

Breiten Raum widmeten wir der Neubesetzung unseres Ausschusses und den Zielen künftiger Arbeit. Die entsprechenden Informationen konnten den Veröffentlichungen im „Ärzteblatt Sachsen“ entnommen werden.

An dieser Stelle möchten wir Dr. Dietmar Laue für sein Engagement und seine langjährige konstruktive Mitarbeit danken.

### **5.7**

#### **Prävention und Rehabilitation**

**(PD Dr. med. habil. Uwe Häntzschel, Bad Schandau, Vorsitzender)**

Der Ausschuss Prävention und Rehabilitation der Sächsischen Landesärztekammer tagte am 22. Januar 2003, am 7. Mai 2003, am 17. September 2003 und am 25. November 2003.

Der Ausschuss arbeitete an der Gestaltung der „Ärztlichen Prävention“ und auf dem Gebiet der „Rehabilitation“. Dabei konzentrierte sich die Tätigkeit auf folgende Schwerpunkte:

#### *Fortführung der sächsischen Aktion „Sport pro Gesundheit“ – Gesundheitsprogramme in Sportvereinen*

Die Aktion „Sport pro Gesundheit“, die von der Bundesärztekammer in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Sportbund angeregt wurde, soll möglichst allen Menschen, auch Kranken, die Teilnahme an einem sportlichen Training ermöglichen und zwar in einem Sportverein, der mit einem Qualitätssiegel für präventiven Sport zertifiziert worden ist.

Der Ausschuss erarbeitete dafür den Artikel „Sport pro Gesundheit“, das Formular „Ärztliche Empfehlung zur Teilnahme an einem sportlichen Training“ eines vom Landessportbund und Sächsischen Sportärztebund durch das Qualitätssiegel „Sport pro Gesundheit“ zertifizierten Sportvereins und einen zugehörigen Kommentar.

Der Artikel „Sport pro Gesundheit“ von Dr. Gudrun Fröhner ist im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 01/2003, erschienen; das Formular und der Kommentar sind im Internet unter [www.slaek.de](http://www.slaek.de) abrufbar.

Es geht also um ärztliche Empfehlungen für die Teilnahme an einem sportlichen Training in einem Sportverein, der vom Landessport-

bund einerseits und dem Sächsischen Sportärztebund andererseits mit einem Qualitätssiegel zertifiziert worden ist. Dadurch soll es in das Ermessen des behandelnden Arztes gelegt werden, sportliche Aktivitäten für den Patienten je nach Konstitution und Alter zu empfehlen.

Da Präventionssport nicht von den Krankenkassen getragen wird, soll in Verhandlungen weiterhin versucht werden, dass man die Kassen zu einer finanziellen Unterstützung dafür gewinnt.

#### *Mitarbeit in der Koalition gegen das Rauchen*

Petition der „Koalition gegen das Rauchen“ zur deutschen Tabakpolitik an Bundeskanzler Gerhard Schröder.

Vom Ausschuss Prävention und Rehabilitation ist die „Petition für eine Wende in der Tabakpolitik der Bundesregierung“ im Rahmen einer Unterschriftenaktion der „Koalition gegen das Rauchen“ am 10. und 12. Februar 2003 an den Bundeskanzler Gerhard Schröder gesandt worden. Am 12. Februar 2003 fand dann auf dem Vorplatz des Bundeskanzleramtes in Berlin eine Protestveranstaltung gegen die Haltung der Bundesregierung Deutschlands bei der Verabschiedung einer internationalen Rahmenkonvention zur Tabakkontrolle (Framework Convention on Tobacco Control) statt.

#### *Veröffentlichung „Ärzte und Tabak“*

Der Ausschuss erarbeitete den Artikel „Ärzte und Tabak“. Dieser Artikel „Ärzte und Tabak“ von Dr. Barbara Gamaleja ist in zwei Teilen im „Ärzteblatt Sachsen“ und im Mitteilungsblatt der Sächsischen Krebsgesellschaft e.V. veröffentlicht worden.

#### *Unterstützung des Projektes „Rauchen in Sachsen – Nichtrauchen in Sachsen“*

Dr. Christoph Altmann (stellvertretender Vorsitzender) hat eine Konzeption für einen Kongress zum Thema: „Rauchen in Sachsen – Nichtrauchen in Sachsen“ in Bad Gottleuba erarbeitet. Der Kongress ist für den 5. November 2004 vorgesehen und soll ausdrücklich ohne finanzielle und technische Unterstützung von Industrie und Wirtschaft durchgeführt werden. Der Ausschuss steht hinter diesem Vorhaben und versucht mit der Sächsischen Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V. und mit den Krankenkassen zusammenzuarbeiten.

#### *Therapie der hyperkinetischen Kinder und die Durchsetzung der Therapie*

Dr. Dirk Ermisch arbeitet schon seit über zehn Jahren erfolgreich in der Pleißental-Klinik Werdau an der Diagnostik und Behandlung der Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) von Kindern und Jugendlichen.

Er hat zusammen mit Kinderneuropsychiatern ein „Konzept zur Diagnostik von Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf eine Aufmerksamkeits-Defizit-Störung mit und ohne Hyperaktivität (ADHS)“ entwickelt, aus dem Zielstellung, Zielgruppe, Vorgehen, Durchführung, Verlaufskontrolle, Physiotherapie, Beschulung, Dauer des stationären Aufenthaltes, Aufnahmeverfahren, Aufnahmekriterien und Kostenübernahme hervorgehen.

Da die Krankenkassen die Kostenübernahme plötzlich verweigerten, liefen Streitgespräche und intensive Verhandlungen mit den Kassen, an denen sich auch der Verband der Kinderärzte beteiligte. Diese Verhandlungen gingen erfolgreich aus. Die Kran-

kenkassen honorieren die Arbeit der behandelnden Ärzte und der umliegenden Krankenhäuser wieder.

Es ist ein großer Erfolg und es ist vorgesehen, dieses Konzept in einem Artikel im „Ärzteblatt Sachsen“ darzustellen, damit die flächendeckende Behandlung der Kinder und Jugendlichen in Sachsen gesichert werden kann.

*Unterstützung der Seniorenmesse Dresden „aktiv + vital“ 2004*  
Die Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V. veranstaltet vom 2. bis 4. April 2004 die Seniorenmesse „aktiv + vital“ im Messegelände Dresden.

Die Messe befasst sich mit der ganzheitlich gesunden Lebensweise und richtet sich speziell an Senioren, aber auch an andere Bevölkerungsschichten, Eigenverantwortung für ihre Gesundheit sowie für Rehabilitation, Betreuung und Pflege zu übernehmen.

Dr. Dietmar Laue ist der Vertreter des Ausschusses in der Sächsischen Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V. Der Ausschuss wird die Messe „aktiv + vital“ 2004 fachlich unterstützen.

#### *Unterstützung der „Initiative Kampf dem Herztod“ der Björn Steiger-Stiftung – Frühdefibrillation*

Die Björn Steiger-Stiftung bemüht sich seit Jahren auf dem Gebiet der Notfallrettung und bei der bundesweiten Verbreitung der Frühdefibrillation. So muss unter anderem die Ärzteschaft für das Thema der Frühdefibrillation weiterhin sensibilisiert werden.

Der Ausschuss steht hinter dem Anliegen, dass Anschaffung und Bedienung der halbautomatischen Defibrillatoren für öffentliche Einrichtungen unbedingt erforderlich sind, da der geschulte Einsatz lebensrettend sein kann.

In der Sächsischen Landesärztekammer als Einrichtung sind ein Defibrillator und geschulte Ersthelfer vorhanden.

Von der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Sächsischen Landesärztekammer werden den Ärzten Sachsens jährlich drei Kurse Rettungsdienst angeboten.

Bei der Ausbildung von Nichtärzten wird empfohlen, sich an folgende Richtlinien der Bundesärztekammer zu halten: Empfehlungen der Bundesärztekammer zur Defibrillation mit automatisierten externen Defibrillatoren (AED) durch Laien und die Stellungnahme der Bundesärztekammer zur ärztlichen Verantwortung für die Aus- und Fortbildung von Nichtärzten in der Frühdefibrillation.

## 5.8

### **Hygiene und Umweltmedizin**

**(Prof. Dr. Siegwart Bigl, Chemnitz, Vorsitzender)**

Der Ausschuss Hygiene und Umweltmedizin kam im Berichtsjahr zu drei Sitzungen zusammen (3. 3.; 26. 5. und 29. 5. 2003) und organisierte und gestaltete am 24. Oktober 2003 das 19. Dresdner Kolloquium „Umwelt und Gesundheit“.

#### *Schwerpunkte der Arbeit im Berichtsjahr*

1. Bioterrorismus und Pocken – zur Vorbereitung im Ernstfall.
2. Stellungnahme zur Einführung der Varizellenschutzimpfung und Meningokokken C-Impfung (mit konjugiertem Impfstoff) als Standardimpfung im Freistaat Sachsen.

3. Mitarbeit beim Entwurf einer „Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales zur Verhütung übertragbarer Krankheiten (Hygiene-Verordnung – SächsHygVO).
4. Zur Praktikabilität des „Begehungs- und Auswertebogens für Arztpraxen (nach IfSG § 36, Abs. 2).
5. Organisation und Durchführung des 19. Dresdner Kolloquiums „Umwelt und Gesundheit“ zum Thema „Hygiene in ambulanten und stationären Gesundheitseinrichtungen“.
6. Erörterung zum eventuellen Handlungsbedarf zeitlicher Zusammenhänge von Applikation eines 6-fach-Impfstoffes mit plötzlichen Todesfällen bei Kindern (SIDS und SUDS).
7. Das zukünftige Influenza-Sentinel in Sachsen.

#### *Erreichte Ergebnisse und Teilergebnisse*

Die Ergebnisse sind detailliert in den Protokollen zu den eingangs erwähnten Sitzungen und in Statements zu den vorstehend genannten Sachpunkten nachlesbar (einzusehen beziehungsweise anzufordern in der Geschäftsstelle der Sächsischen Landesärztekammer bei Dr. Barbara Gamaleja oder beim Ausschussvorsitzenden, Prof. Dr. Siegwart Bigl). Im Rahmen dieses Tätigkeitsberichtes sollen nachstehende Übersichten und Problemdarstellungen zur eingehenden eigenen Beschäftigung mit diesen wichtigen „Grenzgebieten“ der Medizin anregen. Wichtige Zusammenfassungen sind im „Ärztblatt Sachsen“ unter der Rubrik „Hygiene aktuell“ publiziert (2/2003, S. 45–46; 3/2003, S. 94–95; 8/2003, S. 357–360) beziehungsweise sind in Vorbereitung, wie die bereits im Heft 10/2003 angekündigte Stellungnahme zum Thema Bioterrorismus mit Pockenerregern. Wegen der aktuellen Bedeutung soll an dieser Stelle kurz auf das 19. Dresdner Kolloquium „Umwelt und Gesundheit“ unter dem Thema „Hygiene in ambulanten und stationären Gesundheitseinrichtungen“ am 24. Oktober 2003 eingegangen werden. Es befasste sich mit hochaktuellen Themen nosokomialer und iatrogener Infektionen.

Es konnten führende Fachvertreter aus ganz Deutschland (Berlin, Hannover, Bonn, Nürnberg, Leipzig) als Referenten gewonnen werden. Es ist geplant, die wichtigsten Vorträge, soweit verfügbar, in einem Sonderheft der Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Schutzimpfungen in Sachsen (GHUSS) zu publizieren.

Die Brisanz dieser Thematik auch für den Freistaat Sachsen, aus dem noch keine diesbezüglichen Analysen des Hygienestatus bei der ambulanten Koloskopie vorliegen, sollen einige Fakten aus dem Vortrag von R. Ziegler, Institut für Medizinische Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie am Klinikum Nürnberg, „Qualitätssicherung der Hygiene in der ambulanten Endoskopie unter besonderer Berücksichtigung der Koloskopie (Erfahrungsbericht aus dem Freistaat Bayern: Hygiene und QSHE-Studie)“ erhellen:

Im Jahre 2002 wurden im Freistaat Bayern 1.474 Endoskope aus 577 Praxen in 17 mikrobiologischen Labors untersucht. Ergebnis: ohne Beanstandung nur 34,1 %, mit Beanstandung 65,9 %. Daraus ist unmissverständlich die Bedeutung der Qualitätssicherung Hygiene in den ambulanten Praxen mit Endoskopie/Koloskopie abzuleiten, da die Gefahr der Übertragung von zum Beispiel HCV durch mangelhaft aufbereitete Endoskope aus der Literatur hinlänglich bekannt ist. Die Gesundheitsämter andererseits müssen daher dringend aufgefordert werden, ihren Überwachungspflichten nach IfSG § 36 (1) trotz Personalman-

gels uneingeschränkt nachzukommen; die LUA hat entsprechende fachgerechte Amtshilfe zu leisten. Umso unverständlicher – weil verantwortungslos – ist daher die Kündigung eines Vertrages zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und der LUA über die Hygienekontrollen ambulanter Praxen der Koloskopie in Sachsen seitens des Präsidenten der LUA zu werten.

#### *Darstellung und Begründung für ungelöste Probleme*

Die zwei Hauptgründe für die mangelhafte Beachtung beziehungsweise Nichtrealisierung vieler hygienischer Empfehlungen und Normativen in der Praxis sind der Kostendruck einerseits und andererseits das fehlende Fachpersonal für die Anleitung, Organisation und Kontrolle. Schlagkräftige Beispiele sind die geplanten drastischen Personalreduzierungen im Öffentlichen Gesundheitsdienst einschließlich der im sogenannten Rahmenkonzept 2008 avisierten Auflösung der letzten Abteilung Hygiene im Freistaat Sachsen, die die Befugnis zur Facharztbildung über die gesamte Weiterbildungszeit besitzt: dem Bereich Medizin Standort Chemnitz. Die Verantwortung dafür trägt allein das Sächsische Staatsministerium für Soziales.

#### *Ausblick und künftige Aufgaben für 2004*

- Vorbereitung des 20. Dresdner Kolloquiums Umwelt und Gesundheit.
- Organisation, Durchführung und Auswertung der hygienischen Kontrolle der endoskopierenden / koloskopierenden Arztpraxen nach § 36 IfSG.
- Mitwirkung bei der praktischen Umsetzung eines „Rahmen-Hygieneplanes für ambulante Pflegedienste“ und des „Rahmen-Hygieneplanes für Einrichtungen zum ambulanten Operieren“.

## 5.9

### **Arbeitsmedizin**

#### **(Dr. Norman Beeke, Chemnitz, Vorsitzender)**

Die aktuellen Probleme des Fachgebietes Arbeitsmedizin bilden selbstverständlich auch in Zukunft die inhaltlichen Schwerpunkte der Arbeit im neugewählten Ausschuss Arbeitsmedizin. Knapp 1.000 arbeitsmedizinisch profilierte Ärzte sind im Freistaat Sachsen als Betriebsärzte, Ärzte im Hochschulwesen, Gewerbeärzte, Ärzte bei der Bundeswehr und Polizei oder als Ärzte bei der Sozialversicherung tätig. Gemeinsam erfüllen sie einen wesentlichen Teil des präventiven Auftrages des Gesetzgebers im medizinischen Versorgungssystem unseres Landes. Ziel betriebsärztlichen Handelns ist der gesunde, zufriedene und leistungsfähige Beschäftigte in einem wirtschaftlich erfolgreichen Unternehmen. Dabei ist hervorzuheben, dass die Besonderheit unseres Fachgebietes darin besteht, dass die Arbeitsmedizin überwiegend durch den Arbeitgeber finanziert wird und nicht durch Sozialversicherungsbeiträge.

Die Arbeitsmedizin erfüllt einen wesentlichen Teil des präventiven Auftrages im medizinischen Versorgungssystem der Bundesrepublik. Aufgabe des Fachgebietes Arbeitsmedizin ist eine ganzheitlich ausgerichtete Verhältnis- und Verhaltensprävention. Wir verstehen uns als Initiatoren und Vermittler eines interdisziplinären Wirkens im Betrieb und binden andere Fachge-

bierte zur Analyse und Lösung von Problemen mit ein. Neben der Primärprävention nimmt die Arbeitsmedizin zunehmend auch Aufgaben der Sekundär- und Tertiärprävention wahr, von der Feststellung von Rehabilitationsbedarf bis zur betrieblichen Rehabilitation und Wiedereingliederung Leistungsgeminderter. Seit dem Arbeitssicherheitsgesetz von 1974 mit seiner Forderung an die Arbeitgeber, Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte zu bestellen, entwickelt sich diese Betreuungsform zu einer wesentlichen Säule der Prävention. Der gut organisierte und strukturierte Arbeitsschutz sollte noch besser zu einem System „Arbeit und Gesundheit im Betrieb“ entwickelt werden. Der Betriebsarzt soll der Sachwalter der Gesundheit für den arbeitenden Menschen sein. Er versteht sich zunehmend als Dienstleister für Betrieb und Beschäftigte. Er ist auch für den Arbeitnehmer der Arzt in der Firma, an den er sich vertrauensvoll wenden kann. Der Hausarzt betreut die Patienten, der Betriebsarzt die Arbeitnehmer. Eine Harmonisierung beider Systeme sollten wir anstreben.

Noch nie in der Geschichte hat sich die Arbeit so umfassend und schnell gewandelt, noch nie war Arbeit so fordernd und fördernd für den Einzelnen wie heute. Das bringt neue Risiken und neue Ressourcen für die Gesundheit mit sich. Deswegen brauchen wir auch eine Intensivierung der Forschung auf diesem Gebiet.

## 5.10

### Notfall- und Katastrophenmedizin

(Dr. Michael Burgkhardt, Leipzig, Vorsitzender)

Die Arbeit des Ausschusses umfasste auch 2003 die folgenden Schwerpunkte:

- notfallmedizinische Fachkurse und Fortbildungen,
- Aktenprüfungen im Rahmen der Erteilung der notfallmedizinischen Fachkunden,
- Erarbeitung von Stellungnahmen und Empfehlungen,
- Gremienarbeit.

Die Ausschussarbeit war aber auch gekennzeichnet von der Konstituierung der Kammerversammlung mit Neuwahl der Ausschussmitglieder im Juni 2003. Danach hat sich nunmehr die Zahl der Ausschussmitglieder verdoppelt.

#### *Notfallmedizinische Bildungsmaßnahmen*

Die Kurse zur Erteilung der Fachkunden Rettungsdienst konnten auch im Jahr 2003 an den Standorten Leipzig und Dresden fortgeführt werden. Im Gegensatz zum Vorjahr ist festzustellen, dass der Zulauf zu den Kursen wieder deutlich zugenommen hat. Dies ist umso erstaunlicher, weil doch andererseits allenthalben von einem Notarztmangel gesprochen wird.

Im Oktober fand zum zweiten Mal ein Seminarkurs „Ärztlicher Leiter Rettungsdienst“ nach den Empfehlungen der Bundesärztekammer in Oberwiesenthal statt, der von 20 erfahrenen Notärzten/Innen aus ganz Deutschland besucht wurde. Bereits jetzt ist wieder eine Nachfrage zum für Oktober 2004 geplanten 24-Stundenkurs festzustellen.

Zum 11. Mal wurde vom 23. bis 26. Oktober 2003 ebenfalls in Oberwiesenthal der Refresherkurs für Leitende Notärzte durchgeführt. Im Mittelpunkt des Kurses stand eine gemeinsam mit dem Kreis Annaberg veranstaltete Großrettungsübung am Fichtelberg. Dabei wurden unter realitätsnahen Bedingungen 30 Personen aus einem Sessellift von zirka 200 Einsatzkräften gerettet.

Die gemeinsame Auswertung ließ erkennen, dass das Interesse an solchen Übungen groß ist. Daraus resultiert die Idee, im Januar 2005 am gleichen Ort ein Seminar über Höhenrettung und Alpinmedizin durchzuführen.

Auch für 2004 sind Fachkurse Rettungsdienst, ein Seminarkurs Leitender Notarzt, ein Seminarkurs Ärztlicher Leiter Rettungsdienst und der 12. Refresherkurs für Leitende Notärzte geplant.

#### *Aktenprüfungen im Rahmen der Erteilung der Fachkunden*

Die Änderungen in der Fachkunde Rettungsdienst mit neuen Zugangsbedingungen haben die Bewertungen der Anträge weiter präzisiert. Insbesondere hat das sogenannte Notarztpraktikum durch seine Änderung (Ableistung von 50 Einsätzen unter Anleitung eines erfahrenen Notarztes) zur Erleichterung bei der Beurteilung von Fachkundenunterlagen geführt.

Als eine neue Problematik hat sich dargestellt, dass zwischenzeitlich mehrere ärztliche Kollegen aus Polen und Tschechien am Notarzdienst teilnehmen möchten. Der Ausschuss machte deutlich, dass auch in diesen Fällen ohne jede Einschränkung die Fachkundesatzung Rettungsdienst gelten muss. Das heißt, dass in jedem Fall der Fachkundekurs besucht werden muss, praktische Fähigkeiten und Fertigkeiten aus vorangegangener ärztlicher Tätigkeit aber im Sinne der Einzelfallprüfungen anerkannt werden können.

#### *Erarbeitung von Stellungnahmen und Empfehlungen*

Das Jahr 2003 war wiederum geprägt durch eine intensive Diskussion über das neue Hilfeleistungsgesetz, welches im Jahr 2004 durch den Sächsischen Landtag verabschiedet werden soll. Es bleibt abzuwarten, wie sich die Einlassungen der Sächsischen Landesärztekammer im neuen Gesetz niederschlagen. Dabei ist zu hoffen, dass künftig das ärztliche Mitspracherecht in den Gremien erhalten bleibt.

Trotz erfolgter Zuarbeit für die Ministerien im Jahre 2002 liegen bis heute keine Erkenntnisse vor, ob die Vorschläge der Sächsischen Landesärztekammer zu den Arzneimittelempfehlungen für den Rettungsdienst und zu einem einheitlichen Notarztprotokoll angenommen und umgesetzt werden.

#### *Gremienarbeit*

In enger Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und der AGSN e.V. sowie den Hilfsorganisationen wurden auch 2003 Stellungnahmen und Meinungsäußerungen zur neuen Gesetzgebung erstellt. Die Mitarbeit in weiteren notfallmedizinischen Gremien und im Landesbeirat für Rettungsdienst gehörten ebenso zur regelmäßigen Arbeit, wie der Kontakt zu den Ärztlichen Leitern Rettungsdienst und den Gruppen Leitender Notärzte im Freistaat.

Abschließend stellt der Ausschuss Notfall- und Katastrophenmedizin fest, dass das Verhalten der Kostenträger bei den Verhandlungen zur notärztlichen Vergütung als völlig inakzeptabel eingestuft werden muss. Der einseitige Abbruch der Beratungen zwischen Notärzten und Krankenkassen durch die Krankenkassen hat zu einer unnötigen Zuspitzung in der notärztlichen Versorgung geführt. Der Ausschuss wurde auch 2003 von zahlreichen Kollegen in großer Sorge um die weitere Notarztversorgung angesprochen. Die Probleme, die in der zunehmenden Schwierig-

keit bestehen, Ärzte für den Notarztdienst bereitzustellen, können von den ärztlichen Körperschaften nicht beseitigt werden. Um Ärzte zu bewegen, in der Freizeit Notarztdienste abzuleisten, bedarf es einer deutlichen Erhöhung der Bereitschaftsvergütung und der Bereitschaft der Träger des Rettungsdienstes, bei der Umgestaltung der ärztlichen Notfallversorgung sich des ärztlichen Sachverständes zu bedienen.

Die Zusammenarbeit in den Gremien zur Lösung dieser Probleme muss auch für das Jahr 2003 als unbefriedigend angesehen werden.

### **5.11 Ärztliche Ausbildung**

#### **(Prof. Dr. Peter Wunderlich, Dresden, Vorsitzender)**

Zwei wesentliche Ereignisse und Termine bestimmten in diesem Jahre die Ausbildung der deutschen Medizinstudenten: Zum 1. Oktober 2003 trat die neue Approbationsordnung (ÄAppO) in Kraft und ein Jahr später (zum 1. Oktober 2004) soll auch der Status als „Arzt im Praktikum“ (AiP) abgeschafft werden. Damit sind nach vieljährigen Diskussionen endlich zwei wichtige Forderungen der Studenten und jungen Ärzte erfüllt worden. Alle Absolventen, die ihr drittes Staatsexamen nach dem 1. Oktober 2004 ablegen werden, sollen sofort im Anschluss daran die Approbation als Arzt erhalten. Für diejenigen Absolventen, die ihre Prüfung noch vor diesem Termin ablegten, bleibt die ein- einhalbjährige AiP-Phase erhalten, an deren Ende erst die ärztliche Approbation stehen wird, sie sollen aber auch vom 1. Oktober 2004 ab das volle Gehalt eines Assistenzarztes erhalten.

Die Einführung der neuen ÄAppO betrifft zunächst nur die Studienanfänger. Sie erfordert aber jetzt schon große organisatorische und personelle Anstrengungen der Medizinischen Fakultäten, um die angestrebte Praxisnähe des Kleingruppen-Unterrichtes zu realisieren.

Darüber ist ausführlich auf der 29. Kammerversammlung am 15. November 2003 berichtet und diskutiert worden.

Erst ab 1. Oktober 2006 werden für alle Studenten Studium und Prüfungen nach der neuen Approbationsordnung erfolgen. Bis zu diesem Zeitpunkt müssen alter und neuer Studiengang teilweise nebeneinander praktiziert und Übergangsregelungen wahrgenommen werden.

Das künftige zweite Staatsexamen (zweite ärztliche Prüfung) zum Abschluss des Studiums wird also erst frühestens im Oktober 2006 stattfinden können.

Über zwei Ausschuss-Sitzungen ist zu berichten.

Letztmalig in seiner alten Zusammensetzung tagte der Ausschuss am 10. März 2003.

Prof. Dr. Eberhard Keller und Prof. Dr. Wolfgang Reuter aus Leipzig kandidierten danach nicht wieder für die Neuwahl – ihnen ist für die langjährige Mitarbeit im Ausschuss ganz herzlich zu danken (Prof. Dr. Eberhard Keller war bereits seit 1991 und Prof. Dr. Wolfgang Reuter seit 1999 im Ausschuss tätig). Dagegen kandidierten Erik Bodendieck, Dr. Friedemann Reber und Prof. Dr. Peter Wunderlich erneut.

Auf der Kammerversammlung am 28. Juni 2003 wurden die neuen Ausschuss-Mitglieder gewählt. Es wurden alle vorgeschlagenen zehn Kandidaten (die maximal mögliche Zahl) gewählt: Prof. Dr. Christoph Baerwald, Universität Leipzig (Inter-

nist); Dr. Antje Bergmann, (Allgemeinmedizin) TU Dresden; Erik Bodendieck, Wurzen (Allgemeinmedizin, Hausarzt); Prof. Dr. rer. nat. Peter Dieter, Dresden (Biochemiker); Prof. Dr. Jan Gummert, Leipzig (Thoraxchirurg); Dr. Axel-Rüdiger Jendral, Dresden (Allgemeinmediziner); Dr. Uwe Krause, Krankenhaus Grimma (Anästhesist); Prof. Dr. Rainer Morgenstern, Kreiskrankenhaus Glauchau (Chirurg); Dr. Friedemann Reber, Dresden (Regierungspräsidium); Prof. Dr. Peter Wunderlich, Dresden.

Am 17. September 2003 erfolgte die konstituierende Sitzung des Ausschusses in seiner neuen Zusammensetzung. Unter Leitung des Kammerpräsidenten wurde eine neue Leitung des Ausschusses gewählt: Prof. Dr. Peter Wunderlich (Kinderarzt im Ruhestand, Dresden) erneut zum Vorsitzenden und Dr. Antje Bergmann (Fachärztin für Allgemeinmedizin, Dresden) zur Stellvertretenden Vorsitzenden. Weiterhin gehören dem Ausschuss unter anderem die Studiendekane beider sächsischen Medizin-Fakultäten an: der Biochemiker Prof. Dr. Peter Dieter (Dresden) und der Thoraxchirurg Prof. Dr. Jan Gummert (Leipzig).

Damit ist gewährleistet, dass auch in Zukunft alle Ausschuss-Mitglieder über die aktuellen Probleme des Medizinstudiums in Sachsen informiert werden und darüber diskutieren können.

### **5.12 Weiterbildung**

#### **(Prof. Dr. Gunter Gruber, Leipzig, Vorsitzender)**

Im Berichtsjahr 2003 führte der Ausschuss Weiterbildung der Sächsischen Landesärztekammer sieben Sitzungen (am 30. 01., 20. 03., 08. 05., 17. 06., 28. 08., 09. 10. und 04. 12. 2003) in Dresden durch. Die Neuwahl für die Periode 2003–2007 fand auf der Kammerversammlung am 28. Juni 2003 statt.

In jeder Sitzung standen Anfragen zu Weiterbildungsproblemen aus dem Kreis sächsischer Ärzte, die Begutachtungen der Anträge zur Weiterbildungsbefugnis sowie der Widerruf beziehungsweise die Aufhebung der Weiterbildungsbefugnis auf der Tagesordnung. Jedes Ausschussmitglied begutachtete in diesem Zusammenhang Anträge mehrerer Gebiete, Schwerpunkte, Fakultativen Weiterbildungen oder Zusatzbezeichnungen. Außerdem wurden nach ausführlicher Beratung und Diskussion regelmäßig Einzelfallentscheidungen zur Anerkennung von Weiterbildungszeiten und zur gleichzeitigen Führbarkeit von Arztbezeichnungen nach den §§ 19 beziehungsweise 7 der Weiterbildungsordnung (WBO) getroffen.

Bei Problemfällen war die Einschätzung der zuständigen Prüfungskommission bedeutsam. In den Ausschusssitzungen wurden dann diese bearbeiteten Anträge kollektiv beraten und als Vorschläge für die Beschlussfassung durch den Vorstand eingebracht.

Ein Hauptinhalt der Sitzungen war außerdem die novellierte (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO). Nach der Annahme durch den 106. Deutschen Ärztetag galt es, die Umsetzung auf Landesebene zu planen. Dazu erfolgten mehrere Vorträge über die veränderten Inhalte und Strukturen beim Vorstand, auf der Tagung der Sächsischen Internisten, bei den Prüfern der Sächsischen Landesärztekammer und anderen mehr sowie die Vorbereitung einer ausführlichen Darstellung der MWBO im „Ärzteblatt Sachsen“.

Im Berichtszeitraum ist zu bemerken, dass der Ausschuss Weiterbildung für die neue Wahlperiode 2003–2007 neu gewählt

werden musste. Die Zahl der Mitglieder wurde von bisher sieben auf zehn erhöht. Von den bisherigen Mitgliedern nehmen nur noch drei an der Arbeit teil (Dr. Brigitte Güttler, Prof. Dr. Rolf Haupt und Prof. Dr. Gunter Gruber). Die sieben neuen Mitglieder ergänzen sich seitens der Fachgebiete ausgezeichnet, so dass die zu erwartende vermehrte Arbeit des Ausschusses durch die Umsetzung der neuen WBO gut zu bewältigen sein wird. Die konstituierende Ausschusssitzung fand am 17. Juni 2003 in Dresden statt.

Nach zwei vorangegangenen Veranstaltungen (05.10.1991 und 25.04.2001) fand am 11. November 2003 der 3. Informations- und Erfahrungsaustausch der Prüfer an der Sächsischen Landesärztekammer in Dresden statt, an der über 120 Prüfer teilnahmen. Im Anschluss an die Informationen zu den Prüfungen in Sachsen durch Prof. Dr. Gunter Gruber und Assessorin Iris Glowik wurde aus aktuellem Anlass auch die neue MWBO vorgestellt.

Bei allen Diskussionen gab es am meisten kritische Stimmen zur Neustrukturierung des Gebietes Innere Medizin und Allgemeinmedizin mit Wegfall eines Facharztes für Innere Medizin mit entsprechendem Prüfungsabschluss.

Wegen der vielen Probleme bei der Weiterbildung im Gebiet Kinder- und Jugendmedizin fand am 8. Oktober 2003 eine Diskussionsrunde mit leitenden Vertretern und Weiterbildungsverantwortlichen dieses Fachgebietes in unserem Kammerbereich statt, zu der der Präsident eingeladen hatte.

Im Berichtszeitraum standen auch Diskussionen über arbeitsorganisatorische Veränderungen im Referat Weiterbildung, die aus der Sicht des Ausschusses sehr gut gelöst wurden. Wir begrüßen in diesem Zusammenhang die neue Kollegin Karin Wesche sehr herzlich.

Die Anerkennung der Ausbildung in der Allgemeinmedizin nach den Richtlinien Titel IV 93/16/EWG entspricht nicht den Maßstäben der Weiterbildung im Gebiet Allgemeinmedizin in Deutschland, aber sie muss als geltendes EU-Recht in Landesrecht umgesetzt werden.

Als anstehendes Hauptproblem ist die Umsetzung der vom 106. Deutschen Ärztetag beschlossenen (Muster-)Weiterbildungsordnung in das Landesrecht mit der Neufassung aller Prüfungsbogen, aller Erhebungsbogen für die Anerkennung der Weiterbildungsbefugnis und anderes mehr zu nennen.

In der Ständigen Konferenz ärztliche Weiterbildung der Bundesärztekammer vertraten Prof. Dr. Gunter Gruber (in Vertretung Prof. Dr. Martin Link) sowie für die Geschäftsführung Dr. Siegfried Herzig (in der neuen Wahlperiode Dr. Birgit Gäbler) die sächsischen Interessen in Weiterbildungsfragen auf der Bundesebene.

Von Jahr zu Jahr sind die Anforderungen an das Referat Weiterbildung gestiegen, so wurden zum Beispiel im Jahr 2003 90 Prüfungen zur Facharzt- beziehungsweise Schwerpunktanerkennung sowie zur Anerkennung der Fakultativen Weiterbildung in den Gebieten im Vergleich zum Vorjahr mehr realisiert (siehe statistischer Teil im Anhang).

Herzlicher Dank gebührt den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Geschäftsstelle, allen Mitgliedern des Ausschusses Weiterbildung in der vergangenen und in der neuen Wahlperiode, sowie unseren Paten aus dem Vorstand, Dr. Clemens Weiss und ab August 2003 Prof. Dr. Otto Bach, und allen Prüfern und Gutachtern bei der Sächsischen Landesärztekammer für die im Jahr 2003 gemeinsam geleistete umfangreiche Arbeit.

An dieser Stelle soll auch allen 2003 ausgeschiedenen Mitgliedern für das konstruktive Miteinander bei der Lösung anstehender Aufgaben und Probleme ganz herzlich gedankt werden.

### 5.12.1

#### **Widerspruchskommission**

**(Prof. Dr. Claus Seebacher, Dresden, Vorsitzender)**

Im Jahr 2003 wurden insgesamt drei Widersprüche gegen Entscheidungen von Ausschüssen der Sächsischen Landesärztekammer behandelt. Damit ist ein weiterer Rückgang der Widersprüche im Vergleich zum Vorjahr zu verzeichnen, ein erfreuliches Ergebnis. Zwei Widersprüche rekrutierten sich aus Anträgen auf Erteilung des Fachkundenachweises Rettungsdienst. In beiden Fällen wurden der Widerspruchskommission neue, den Anforderungen genügenden Zeugnisse vorgelegt, so dass den Widersprüchen stattgegeben werden konnte. Wenn auch die Weiterbildung zum Facharzt längere Zeit zurückliegt, in einem der hier verhandelten Fälle, noch zu DDR-Zeiten, müssen die Zeugnisse erkennen lassen, dass die heute gestellten Anforderungen, wenn auch nicht immer zahlenmäßig im Einzelnen aufgeführt, erbracht worden sind.

Eine Beratung erfolgte wegen eines Widerspruchs gegen den Bescheid der Sächsischen Landesärztekammer, wonach die erteilte Weiterbildungsbefugnis durch die Beendigung der Tätigkeit an der Weiterbildungsstätte erloschen ist. Dieser Vorgang, der formal einen Widerspruch nicht zuließ, wurde zurückgenommen und durch einen neuen Antrag auf Erteilung der Befugnis zur Weiterbildung an der neuen Weiterbildungsstätte (dem stattgegeben wurde) im Sinne der Antragstellerin gelöst.

Ein Widerspruch, die Weiterbildungsbefugnis betreffend, konnte 2003 nicht mehr beraten werden und wurde zur Entscheidung im neuen Jahr vorbereitet.

Die Arbeit der Widerspruchskommission wäre ohne die fachspezifische Beratung durch die zahlreichen ärztlichen Kolleginnen und Kollegen, die an den Sitzungen teilgenommen haben, nicht sach- und fachgerecht möglich. Hierfür gebührt ihnen großer Dank. Bei ihren Entscheidungen achtet die Kommission nicht nur auf die Einhaltung formaler Vorschriften, sondern bewertet eingehend die vorgelegten Unterlagen bezüglich fachspezifischer Qualitätsmerkmale. Hierbei leisten die Fachberater/innen eine unverzichtbare Hilfe.

Herzlich gedankt sei auch den Mitarbeiterinnen des Juristischen Geschäftsbereichs der Sächsischen Landesärztekammer, die alle Beratungen bestens vorbereitet haben.

### 5.13

#### **Sächsische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung (Prof. Dr. Otto Bach, Dresden, Vorstandmitglied, Vorsitzender)**

Die Akademie hat ihre Aktivitäten im Rahmen von vier Akademiesitzungen geplant, beraten und mit Hilfe des Teams des Referates Fortbildung der Sächsischen Landesärztekammer organisiert. Speziell herauszuhebende Themen der Akademiesitzungen waren am:

- 22. März 2003: Bericht über ein internes Arbeitspapier der GMK zur Fortbildung
- 05. Juli 2003: Vorstellung des 80-Stunden-Curriculums „Allgemeinmedizin“ durch die neue wissenschaftliche Leitung (Erik Bodendieck)

- 25. Oktober 2003: Vorstellung eines Lehrmaterials Impfseninar durch die Firma CHIRON BEHRING (Dr. Klaus Hammer)
- 19. Dezember 2003: Bericht zur (Muster-)Weiterbildungsordnung

Die wichtigsten Fortbildungsveranstaltungen, die von der Akademie organisiert oder mitorganisiert wurden, sind aus der Tabelle 1 zu ersehen.

*Tabelle 1: Von der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung organisierte und inhaltlich mitgestaltete Fortbildungsveranstaltungen 2003*

Datum	Titel	inhaltl. verantwortlich	Teilnehmerzahl
10.01.–11.01.2003	Kurs Verkehrsmedizinische Begutachtung	Prof. Dr. Otto Bach, Prof. Dr. Rolf Ebert	30
05.05.–09.05.2003	Kurs Spezielle Schmerztherapie Teil 1	PD Dr. Bernd Wiedemann	48
02.09.–06.09.2003	80-Stunden-Kurs Allgemeinmedizin	Erik Bodendieck	24
08.09.–11.09.2003			23
23.09.–27.09.2003	Kurs Ärztliches Qualitätsmanagement	Prof. Dr. Otto Bach, Prof. Dr. Hildebrand Kunath, Dr. Maria Eberlein-Gonska	19
04.11.–08.11.2003			19
09.12.–13.12.2003			19
16.–17.10.2003	Kurs Transfusionsmedizin	Dr. Günter Fischer	59
12.03./19.03.2003	Kurse Reanimation Dresden	Günther Gerka	20
02.04./09.04.2003			13
05.11./12.11.2003			11
21.02./22.02.2003	Kurse Reanimation Leipzig	Dr. Christina Kramer	20
04.04./05.04.2003			23
01.08./02.08.2003			14
17.10./18.10.2003			21
22.03.–29.03.2003	Kompaktkurs Rettungsdienst Dresden	Dr. Michael Burgkhardt	44
29.11.–06.12.2003			42
18.05.–25.05.2003	Kompaktkurs Rettungsdienst Leipzig	Dr. Michael Burgkhardt	32
16.06.–21.06.2003	13. Seminarkurs Leitender Notarzt	Dr. Michael Burgkhardt	29
26.10.–29.10.2003	2. Seminarkurs Ärztlicher Leiter Rettungsdienst	Dr. Michael Burgkhardt	22
23.10.–25.10.2003	11. Refresherkurs für LNA	Dr. Michael Burgkhardt	37
10.01.–17.01./24.01.–31.01.2003	Kurse Arbeitsmedizin und Betriebsmedizin	Prof. Dr. Klaus Scheuch	43
14.03.–21.03./04.04.–11.04.2003			42
09.05.–16.05./13.06.–20.06.2003			42
05.09.–12.09./10.10.–17.10.2003			43
21.11.–28.11./05.12.–12.12.2003			42
25.01.2003	Fragen der Suchtprävention und Suchtbehandlung	Prof. Dr. Otto Bach	35
25.06.2003	SARS – Herausforderungen für das Gesundheitswesen	Prof. Dr. Gert Höffken	51
25.09.2003	Pocken – Was ist wichtig	Gesundheitsamt Dresden	131
24.10.2003	19. Kolloquium Umwelt und Gesundheit	Prof. Dr. Klaus Scheuch	72
13.11.2003	Die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit in der gesetzlichen Rentenversicherung	Sozialgericht Dresden	47

Datum	Titel	inhaltl. verantwortlich	Teilnehmerzahl
10.12.2003	Von der Schwierigkeit einer Bewertung des gesundheitsökonomischen Nutzens von Arzneimitteln	Sächsische Landesärztekammer in Kooperation mit Schering Deutschland AG	70
05.02.–16.04.2003 (mittwochs) (11 Veranstalt.)	FB-Semester Frühjahr „Geriatric“	Prof. Dr. Otto Bach, Prof. Dr. Reinhard Ludwig, Dr. Gottfried Hempel, Dr. Hella Wunderlich, Dr. med. habil. Wolfgang Zwillingenberger	602
17.09.–26.11.2003 (9 Veranstalt.)	FB-Semester Herbst „Molekulare Medizin, Hämatologie, Onkologie“	Prof. Dr. Ursula Froster	298

Im Mittelpunkt der Arbeit stand weiterhin das Fortbildungszertifikat unserer Kammer. Im Rahmen einer von der 29. Kammerversammlung am 15. November 2003 beschlossenen Satzung wurden die Regularien an die Vorgaben der Bundesärztekammer angepasst. Im Dezember 2003 konnte das 1.000. Zertifikat überreicht werden. Besondere Bemühungen wurden darauf gerichtet, diese Form des Fortbildungsnachweises weiter zu propagieren. Für 2004 ergibt sich für die zertifizierte Fortbildung eine merkliche Zunahme des Interesses. Dieses ist unter anderem durch das Gesundheitsreformgesetz begründet, welches abrechenbare Fortbildungsnachweise von den ärztlichen Kollegen in Zukunft fordert. Schon jetzt ist erkennbar, dass sich der bürokratische Aufwand für die Kammer dadurch maßgeblich erhöht. Es gibt inzwischen Absprachen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, die zertifizierte Fortbildung in gegenseitiger Kooperation weiter zu gestalten und es wurden Wege gesucht – und Entwicklungen abgewartet, die von einzelnen Landesärztekammern beziehungsweise von ärztlichen Berufsverbänden eingeleitet wurden – den Prozess der Fortbildungsabläufe elektronisch zu verwalten und zu erfassen. 2004 werden die bewährten fachübergreifenden Fortbildungssemester fortgesetzt (im Frühjahr zu funktionellen Störungen) und die Curricula und Kurse wie aus Tabelle 1 ersichtlich je nach Bedarf wieder angeboten.

*Tabelle 2: Anzahl ausgereicherter Fortbildungsdiplome/ Fortbildungszertifikate*

Jahr	Anzahl
1999	4
2000	71
2001	269
2002	433
2003	228

In den Kreisärztekammern Sachsens sind Angebote von Fortbildungsveranstaltungen ein erstrangiges Anliegen der Kammerarbeit, wie aus den diesbezüglichen Berichten ersichtlich ist. Fügt man die von den Kammern, den Krankenhäusern, den niedergelassenen Ärzten (Stammtische, Workshops und so weiter) und auch der Pharmaindustrie angebotenen und organisierten Veranstaltungen zusammen, so kann – abgesehen von überregionalen

---

Fortbildungsveranstaltungen – von einem überaus umfangreichen und vielfältigen Fortbildungsprogramm in Sachsen ausgegangen werden.

#### 5.14

##### **Berufsrecht**

**(Dr. Andreas Prokop, Döbeln, Vorsitzender)**

Entsprechend der gesetzlichen und satzungsrechtlichen Grundlagen arbeitete der Ausschuss Berufsrecht im Jahr 2003 als ehrenamtliches Gremium eng mit dem Vorstand sowie vor allem mit dem Juristischen Geschäftsbereich zusammen. Die neu gewählte Kammerversammlung konnte den Ausschuss in seiner bisherigen Zusammensetzung bestätigen, da sich alle bisherigen Ausschussmitglieder wiederum für die anspruchsvolle Tätigkeit zur Verfügung stellten. Eine neu in den Ausschuss gewählte Kollegin musste schon kurz nach der konstituierenden Sitzung ihre Tätigkeit aus dringenden beruflichen Gründen einstellen.

Der Trend der vergangenen Jahre, nämlich die Zunahme der zu bearbeitenden Vorgänge, setzte sich auch im Berichtsjahr fort. Insgesamt wurden mit Beteiligung des Ausschusses Berufsrecht 468 Fälle bearbeitet (Vorjahr 428). Es fanden dazu neun Ausschusssitzungen statt, in denen ausgiebig beraten sowie Beschlussempfehlungen für den Vorstand erarbeitet wurden. Es ist deshalb nicht verwunderlich, dass die zeitliche Inanspruchnahme der Ausschussmitglieder wiederum enorm war. Die umfangreichen Vor- und Nachbereitungsarbeiten der Ausschusssitzungen wurden wie bisher mit großem Engagement durch die MitarbeiterInnen des Juristischen Geschäftsbereichs erledigt. Dafür sei an dieser Stelle ausdrücklich gedankt.

Die übergroße Mehrzahl der Kammermitglieder, die von uns gebeten wurden, durch ihre Sachverhaltsdarstellung zur Aufklärung von Vorwürfen beizutragen, kam dem nach. Es gibt aber auch eine (geringe) Zahl von Kolleginnen und Kollegen, die die Arbeit der Kammer nicht unterstützten. Diese Einzelnen verursachten einen unverhältnismäßig hohen Verwaltungsaufwand. Letztlich wurde dem Vorstand in einzelnen Fällen empfohlen, ein Rügeverfahren einzuleiten. Der Ausschuss benötigt die Stellungnahmen als Grundlage für die sachliche Diskussion des Vorganges. Keinesfalls wird das Kammermitglied „vorverurteilt“!

Trotz der steigenden „Fallzahl“ wurden weniger Rügeverfahren durchgeführt. Es war auch kein Anstieg der berufsgerichtlichen Verfahren zu beobachten. Wir sehen die Zunahme der berufsrechtlichen Vorgänge unter anderem als eine Folge der sich verschärfenden Rahmenbedingungen unseres ärztlichen Handelns an.

In 181 Fällen musste sich der Ausschuss mit Vorwürfen wegen Verstößen gegen die allgemeinen Berufspflichten beschäftigen. Trotz weiterer „Lockerungen des Werbeverbotes“ war bei 55 Fällen die Beratung im Ausschuss notwendig. In 28 Fällen war der Ausschuss bei allgemeinen Anfragen oder auch Stellungnahmen mit berufsrechtlichem Hintergrund beteiligt. In 25 Fällen musste sich der Ausschuss mit dem Vorwurf der unterlassenen Hilfeleistung befassen. In 23 Fällen stellte sich die Herausgabe von Patientenunterlagen als konfliktbehaftet dar. 22 Fälle betrafen Vergütungs- beziehungsweise Honorarfragen. Von den Justizbehörden erhielten wir 19 „Mitteilungen in Strafsachen“. Dabei wird durch den Ausschuss geprüft, ob noch ein „berufsrecht-

licher Überhang“ besteht. Zu Fragen von Verzeichnissen beziehungsweise Internetinträgen diskutierte der Ausschuss 17 Vorgänge. 15 Vorgänge resultierten aus „Patientenabweisung“. Weitere einzelne Vorgänge ergaben sich aus anderen mutmaßlichen Verstößen gegen die Berufsordnung.

Die vom Ausschuss vorgeschlagenen Beschlussvorlagen wurden durch den Vorsitzenden im Vorstand erläutert. Es erfolgte eine Zusammenarbeit vor allem mit dem Ausschuss „Satzungen“. Darüber hinaus wurden einzelne Problemfelder mit dem Weiterbildungsausschuss, der Ethikkommission sowie der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung beraten.

Seit Anfang an stand Rudolf Koob als juristischer Berater dem Ausschuss zur Seite. Mit seiner Hilfe konnten sich die Ausschussmitglieder viel berufsrechtliche Kompetenz erarbeiten. Der Ausschuss dankt Rudolf Koob und wünscht für den nun „ruhigeren“ Lebensabschnitt stabile Gesundheit. Ebenso gilt der Dank des Ausschusses der Juristischen Geschäftsführerin, Assessorin Iris Glowik.

Der Ausschuss hofft, dass die weiteren Veränderungen der Rahmenbedingungen ärztlichen Handelns nicht zu einer (weiteren) Verschlechterung des Vertrauensverhältnisses zwischen Patient und Arzt führen.

#### 5.15

##### **Junge Ärzte**

**(Mascha Lentz, Dresden, Vorsitzende)**

Die erste und konstituierende Sitzung des Ausschusses fand kurz nach der Kammerversammlung am 30. Juli 2003 statt. Es wurden Mascha Lentz als neue Vorsitzende und Friedemann Reber als ihr Stellvertreter gewählt. In den zwei weiteren Sitzungen beschäftigte sich der Ausschuss mit dem Erstellen des Arbeitsprogramms für die Wahlperiode 2003–2007.

Weiter gab es ein Treffen zwischen der Vorsitzenden und dem Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, um über aktuelle Probleme der jungen Ärzte zu diskutieren. Frau Lentz hat in Meißen beim Sächsischen Chirurgentag eine Rede zum Thema Ärztemangel gehalten und es gab diverse Gespräche zwischen Ausschussmitgliedern und jungen Ärzten in Sachsen. Ziele und Perspektiven:

Hauptziel des Ausschusses ist es, Diskussionen anzuregen bzw. aufzugreifen, die die Belange junger Ärztinnen und Ärzte betreffen. Hierbei geht es zum großen Teil um die Arbeitsbedingungen junger Ärzte in Sachsen. Zwar hat sich die Stellensituation deutlich gebessert, jedoch steht das bestehende Gesundheitswesen grundsätzlich vor großen Schwierigkeiten. Nach Ansicht des Ausschusses wird es weiterhin starke Änderungen im Gesundheitswesen geben müssen. Diese erfordern nicht nur zum Teil ein Veränderung des Arztbildes in der Gesellschaft oder des Selbstverständnisses der Ärzte, sondern auch Veränderungen im Bereich der Struktur und Selbstverwaltung der Ärzte (Stichwort: Hierarchiestruktur der Krankenhäuser, Ärztekammer, KBV etc.). Es gilt, solche Themen in die Ärztliche Öffentlichkeit zu tragen, um für bestimmte Aspekte eigenen Lösungswillen in der Ärzteschaft zu erzeugen.

Erste Schritte zur Förderung dieser Diskussionen sind regelmäßige Veröffentlichungen im Ärzteblatt Sachsen. Außerdem möchte der Ausschuss einen Vertreter im Redaktionskollegium des Ärzteblattes Sachsen verankern. Mittelfristig soll die Home-



page der Ärztekammer als Kommunikationsmedium intensiver durch den Ausschuss und mit jungen Ärzten in Sachsen genutzt werden. Insgesamt ist es das Anliegen des Ausschusses, mehr in der ärztlichen Öffentlichkeit wahrgenommen zu werden, um so die dringend nötigen Diskussionen anzustoßen.

Weiterhin versteht sich der Ausschuss als Vermittler zwischen verschiedenen Ausschüssen in der Sächsischen Landesärztekammer, wenn es um die Belange von jungen Ärzten geht. Hier strebt der Ausschuss eine themenorientierte Vernetzung mit den anderen Ausschüssen an. Es gilt hier, andere, auch neue Formen der Zusammenarbeit innerhalb der Sächsischen Ärztekammer zu generieren.

In seinen Sitzungen will der Ausschuss ein bis zwei Sachthemen diskutieren. Hier werden Kurzvorträge von Ausschussmitgliedern vorbereitet oder Gäste eingeladen, die über ein bestimmtes Thema referieren. Ziel soll es sein, durch diese inhaltliche Auseinandersetzung mit Themen, die die jungen Ärzte betreffen, Ideen für Lösungswege zu entwickeln und diese, durchaus in verschiedenen Sichtweisen, mit Pro und Contra in die Öffentlichkeit zu tragen.

## 5.16 Ärztinnen

**(Dr. Brigitte Güttler, Aue, Vorsitzende)**

Im Berichtsjahr 2003 wurden regelmäßig Quartalsausschusssitzungen durchgeführt. Um die enge Zusammenarbeit auf Bundesebene zu garantieren, erfolgte durch die Vorsitzende des Ausschusses eine Teilnahme an der Ständigen Konferenz und dem Ausschuss Ärztinnen in Köln.

Schwerpunkte der Tätigkeit des Ausschusses Ärztinnen war, die Vereinbarkeit von Beruf und Familie in Weiterbildung, Klinik und Praxistätigkeit für Ärztinnen zu verbessern. Die Möglichkeit, die komplette Weiterbildungszeit als Teilzeittätigkeit zu erbringen ist ein enormer Fortschritt. Da das Jobsharing für niedergelassene Ärzte und Ärztinnen gesetzlich erlaubt ist, ist ebenso eine weitere Gestaltungsfreiheit in Vereinbarkeit von Familie und Beruf erreicht worden.

Der Mangel an Ärzten und Ärztinnen bringt Ärztinnen in eine neue Situation. Mit der Nachfrage nach Ärztinnen sind arbeitszeitkompatible Vereinbarungen möglich.

Ein weiterer Schwerpunkt der Ausschusstätigkeit war und ist, Ärztinnen in Führungspositionen in allen Bereichen der Medizin zu etablieren. Die Zukunft weiblichen ärztlichen Nachwuchses wird in der Gesamtentwicklung des Gesundheitswesens eine wichtige Rolle spielen und verstärkt Ärztinnen in Führungspositionen zur Folge haben.

Mit der zu Ende gehenden Legislatur schieden mehrere Mitglieder aus dem Ausschuss aus. Für die langjährige gute Zusammenarbeit und die Ratschläge in allen Situationen möchte ich mich bei Dr. Gisela Unger bedanken.

Mit der Wahl des Ausschusses zur Legislatur 2003–2007 sind erfreulicherweise mehrere junge Kolleginnen aus allen Bereichen des Gesundheitswesens bereit, die Probleme für Ärzte und Ärztinnen gemeinsam anzupacken.

Hauptschwerpunkt der neuen Legislatur ist die Erstellung eines Berichtes zur gesundheitlichen Situation von Ärztinnen und Ärzten im Freistaat Sachsen. Die Ergebnisse des Berichtes sollen auch in den Medien publiziert werden. In den Bericht sollen

die Kriterien des Ausschusses Ärztinnen sowie die Informationen einfließen, welche uns die Ärztinnen und Ärzte des Freistaates Sachsens durch ihre Mithilfe und ihr Mittun geben. Dieses große Projekt soll ein möglichst objektives Spiegelbild der Situation von Ärztinnen sein. Zum anderen aber als Grundlage für Veränderungen einem jeden Arzt und Ärztin im Freistaat Sachsen dienen.

Die Anhörung im Sächsischen Landtag/PDS-Fraktion am 29. Januar 2003 zur geschlechtsspezifischen Gesundheitspolitik nahm Dr. Brigitte Güttler und Dr. Astrid Bühren – Ausschussvorsitzende des Ausschusses Ärztinnen der Bundesärztekammer – teil.

Folgende Forderungen wurden aufgestellt:

- Ärzte und Ärztinnen sollten ausschließlich die ärztliche Heilkunst ausüben. Dieser Auftrag ist bis zur Realisierung und Konkretisierung am einzelnen Patientenschicksal unumstritten.
- Wenn auch die Lösung mehrerer Konfliktlagen des Krankwesens schwierig erscheint, so ist die Forderung nach Einbeziehung ärztlicher Kompetenz in die politischen Entscheidungsprozesse unabdingbar.
- Ärztinnen mit ihrer sozialen Kompetenz müssen adäquat in allen politischen Entscheidungsgremien auf kommunalen sowie Landes- und Bundesebene vertreten sein.

Die Ausschussvorsitzende gibt ein Statement zum Mammakarzinom ab. Sie mahnt insbesondere die Emotionalisierungen und die zunehmende Schärfe aus dieser Problematik in der Öffentlichkeit nicht weiter zu betreiben, sondern zu objektiven wissenschaftlichen Ergebnissen zurückzukehren, auch in Würdigung anderer Krebspatienten und -patientinnen. Die bisher zu einmaligen jährlichen Mehrfachzertifizierungen sowohl der Ärztinnen und Ärzte, als auch des technischen Personals, als auch der technischen Ausstattung für ein einziges Krankheitsbild sind beachtlich.

Die neue Weiterbildungsordnung und die sich dramatisch veränderte Situation in der Krankenhauslandschaft führt bei den beiden zuständigen Ausschüssen, in denen Dr. Brigitte Güttler ebenfalls Mitglied ist, zu einer Vielzahl von Aufgaben, die nur in einem sehr engen Informationsaustausch und einer Meinungsbildung gelöst werden können.

## 5.17 Senioren

**(Dr. Gisela Unger, Dresden, Vorsitzende)**

Bedeutungsvoll war die Neuformierung des Ausschuss Senioren nach der Mitgliederwahl für die Legislaturperiode 2003–2007.

Mit Bedauern, aber Verständnis wurden die langjährige Ausschussvorsitzende, Prof. Dr. Helga Schwenke-Speck, und Dr. habil. Heinz Brandt feierlich verabschiedet. Der Ausschuss besteht nun aus vier langjährig zugehörigen und fünf neuen Mitgliedern. Vorausgehendes „Schnuppern“, Einführung in die bisherigen Arbeitsschwerpunkte und die Durchführung der jährlichen Seniorentreffen haben die sofortige Einbindung der neuen Mitglieder in die freundschaftlich konstruktive Arbeitsatmosphäre und die Übernahme verantwortlicher Aufgaben gefördert.

Neue Patin des Ausschusses seitens des Vorstands ist Dr. Gisela Trübsbach, Patin seitens der Geschäftsführung bleibt Dr. jur. Verena Diefenbach.

Im Jahr 2003 wurden vier Ausschusssitzungen durchgeführt. Ausschussmitglieder haben an folgenden Veranstaltungen teilgenommen:

- 2. Deutsch-polnisches Symposium vom 12. bis 14. September 2003 in Meißen,
- 7. Deutscher Seniorentag der BAGSO vom 6. bis 8. Oktober 2003 in Hannover (siehe Bericht im „Ärztblatt Sachsen“, Heft 01/2004).

Einen Hauptanteil der Arbeit machen die Organisation und die Durchführung der jährlichen Seniorentreffen aus. Über das 8. Sächsische Seniorentreffen (SST) wird im Heft 01/2004 des „Ärztblatt Sachsen“ berichtet. Erstmals musste 2003 nach dem neuen Einladungsmodus verfahren werden, wonach wegen gesteigener Gesamtzahl jeder Senior nur noch aller zwei Jahre eingeladen werden kann. Im Jahr 2003 waren das die „jüngeren Senioren“.

Auch das 9. Sächsische Seniorentreffen, das im September und Oktober 2004 in der Stadt Torgau mit Besuch der 2. Sächsischen Landesausstellung „Glaube und Macht“ geplant ist, wurde bereits vorbereitet.

Ein weiterer Schwerpunkt, die Vorbereitung zur Drucklegung der von Dr. habil. Heinz Brandt und Prof. Dr. Helga Schwenke-Speck initiierten ärztlichen Erinnerungsberichte konnte mit deren Erscheinung im Dezember 2003 zum Abschluss gebracht werden.

*Bisherige Planung für 2004:*

- Vortrag eines Juristen über den aktuellen Stand der Rechtslage betreffs Patientenverfügung sowie Vorsorgevollmacht mit Betreuungsverfügung,
- Kontaktaufnahme zum Seniorenbeirat der Stadt Dresden,
- Erfahrungsaustausch mit den ärztlichen Seniorenvertretungen der Landesärztekammern in den neuen Bundesländern,
- Unterstützung kollegialer Kontakte nach Polen.

**5.18  
Sächsische Ärztehilfe**

**(Dipl.-Med. Siegfried Heße, Dresden, Vorsitzender)**

Die Tätigkeit des Ausschusses verlief im Jahre 2003 unspektakulär. Im Gegensatz zum Jahr 2002, in dem durch die „Jahrhundertflut“ der Ausschuss zahlreiche Anträge bearbeiten musste, waren es nur wenige.

Die in den ersten Jahren der Ausschusstätigkeit geäußerten Befürchtungen, analog der allgemeinen Arbeitsmarktsituation, besonders in den neuen Bundesländern, es würde eine große Zahl arbeitsloser oder arbeitssuchender Ärztinnen und Ärzte geben, bestätigte sich zum Glück nicht.

So blieb die ganzen Jahre die Zahl der zu bearbeitenden Anträge überschaubar und die finanziellen Mittel, die durch die Kammermitglieder in den Fonds eingezahlt wurden, sind ausreichend, um Unterstützung – natürlich streng nach den Regeln der Richtlinien – zu gewähren.

Wenn Unterstützung gewährt wird, so soll dies in der Regel als zinsloses Darlehen geschehen. Ist absehbar, dass eine Rückzahlung nicht möglich ist, kann das gewährte Darlehen in eine einmalige Unterstützung umgewidmet werden,

Im Jahre 2003 mussten drei Anträge ablehnend beschieden werden beziehungsweise im Vorfeld, nach genauer Prüfung, den Antragstellern mitgeteilt werden, dass sie nicht zum Kreis der

Antragsberechtigten gehören. Die genauen Kriterien sind in der Satzung beziehungsweise den Richtlinien hinterlegt. Selbige können jederzeit bei der Geschäftsstelle der Sächsischen Landesärztekammer angefordert werden oder einfacher auf der Homepage der Sächsischen Landesärztekammer eingesehen werden. Für die reibungslose Zusammenarbeit mit der Geschäftsstelle, besonders mit Irina Weitzmann und Kornelia Keller, möchte ich mich im Namen aller Ausschussmitglieder bedanken.

**5.19  
Finanzen**

**(Dr. Claus Vogel, Leipzig, Vorstandsmitglied, Vorsitzender)**

Der Ausschuss Finanzen hat sich in seinen acht Sitzungen im Geschäftsjahr 2003 intensiv mit den finanziellen Belangen der Sächsischen Landesärztekammer beschäftigt.

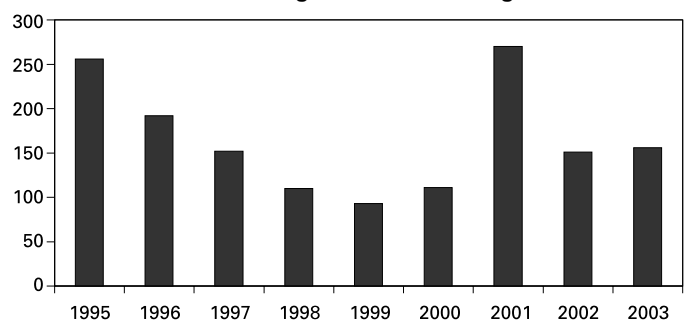
Besonders ausführlich wurden die Auswirkungen der Umsetzung der neuen Beitragsordnung analysiert und die in diesem Zusammenhang zu klärenden Sachverhalte diskutiert. Es wurden Grundsatzentscheidungen zur Auslegung der Beitragsordnung bei aufgetretenen Einzelfällen getroffen, die in einer modifizierten Kammeranweisung als Arbeitsgrundlage das Verwaltungshandeln im Beitragswesen zusammenfassen.

Weiterhin hat sich der Finanzausschuss mit Anträgen nach § 6/§ 9 der Beitragsordnung (Stundung, Ermäßigung oder Erlass von Beiträgen) sowie mit Widersprüchen zu den ergangenen Beitragsbescheiden befasst. Eingereicht wurden 156 Anträge nach § 6/§ 9 der Beitragsordnung, das waren fünf Anträge mehr als im Jahr 2002. Von den vorliegenden Anträgen entschied der Finanzausschuss nach gründlicher Prüfung

- 14 Antragstellern Stundung beziehungsweise Ratenzahlung,
- 28 Antragstellern Beitragserlass,
- 5 Antragstellern Dauererlass und
- 43 Antragstellern Beitragsermäßigung (davon 15 auf den Mindestbeitrag)

zu gewähren. Für 66 Antragsteller wurde der Kammerbeitrag gemäß Beitragstabelle festgesetzt, da bei ihnen keine unzumutbaren Härten wegen besonderer persönlicher, beruflicher oder familiärer Umstände erkennbar waren.

**Entwicklung der § 6/§ 9-Anträge**

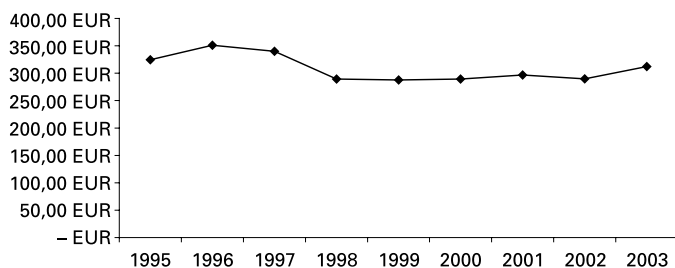


Unter den Bedingungen der im Jahr 2003 geltenden Beitragsordnung zahlten

- 3.203 Ärzte den Mindestbeitrag,
- 838 Ärzte erhielten einen Beitragserlass, davon 805 Kammermitglieder über 70 Jahre, und
- 43 Ärzte erhielten eine Beitragsermäßigung.

Damit wurden im Jahr 2003 bei 4.084 Ärzten aus Altersgründen sowie aus sozialen, beruflichen und familiären Gründen eine Beitragsermäßigung beziehungsweise ein Beitragserlass oder die Zahlung des Mindestbeitrages wirksam. Der durchschnittliche Kammerbeitrag im Jahre 2003 betrug pro Kammermitglied 312,24 Euro.

**Entwicklung  
des durchschnittlichen Kammerbeitrages/Kammermitglied**



Der Finanzausschuss behandelte im Jahr 2003 insgesamt zwölf Widersprüche zu Bescheiden über Kammerbeiträge (6) und zu Gebührenbescheiden (6). Ferner beurteilte der Finanzausschuss in zwölf Fällen, ob die ausgeübte Tätigkeit eine ärztliche Tätigkeit gemäß § 2 Abs. 3 der Beitragsordnung ist.

Aufgrund der stärkeren Fluktuation insbesondere ausländischer Ärzte und steigender Insolvenzfälle in der Ärzteschaft musste der Finanzausschuss sich zunehmend mit der Ausbuchung uneinbringlicher Forderungen zum Kammerbeitrag befassen.

Der Finanzausschuss erinnert auch daran, dass der Beitrag zum Fonds Sächsische Ärzthilfe ab 1995 vorerst nicht erhoben wird, da der Bestand des Fonds ausreicht, die eingehenden Anträge auf Unterstützung zu finanzieren. Im Jahr 2003 wurde an ein Kammermitglied ein nicht rückzahlbarer Zuschuss in Höhe von 1.000 Euro ausgezahlt.

An vier vom Hochwasser im August 2002 betroffene Ärzte wurde ein rückzahlbares Darlehen in Höhe von jeweils 2.500 Euro überwiesen.

Der Haushaltsplanentwurf 2004 wurde eingehend beraten, der 29. Kammerversammlung am 15. November 2003 vorgelegt und durch diese einstimmig bestätigt.

Nach § 11 Abs. 3 der Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer vom 7. Oktober 1994 ist die Kassen- und Buchprüfung nach Ablauf des Rechnungsjahres durch einen Wirtschaftsprüfer oder vereidigten Buchprüfer vorzunehmen. Die Prüfung der Kassen- und Buchführung für das Jahr 2003 erfolgte in der Zeit vom 8. bis 19. März 2004. Der Finanzausschuss und der Vorstand nahmen den Bericht über die Prüfung der Rechnungslegung für das Rechnungsjahr 2003 der Sächsischen Landesärztekammer entgegen, diskutierten ihn und stimmten ihm vollinhaltlich zu. Die Ergebnisse der Buchprüfung, einschließlich der Einnahmen-/Ausgabenrechnung, sind jährlich der Kammerversammlung vorzulegen. Nach Abschluss der Kassen- und Buchprüfung für das Haushaltsjahr 2003, deren Ergebnisse der Kammerversammlung vorgelegt wurden, ergeben sich folgende Zahlen:

Einnahmen gesamt	8.016.444,07 EUR
davon Kammerbeiträge	5.546.078,97 EUR
Gebühren laut Gebührenordnung	504.575,74 EUR
Gebühren für Fortbildung	362.714,45 EUR
Gebühren für Qualitätssicherung	564.735,00 EUR
Kapitalerträge	388.992,00 EUR
Erträge „Ärzteblatt Sachsen“	12.000,00 EUR
Sonstige Erträge	528.561,04 EUR
Spendeneingänge	108.786,87 EUR
Ausgaben gesamt	7.039.659,46 EUR
davon Personalaufwendungen für hauptamtliche Mitarbeiter	2.696.834,26 EUR
Entschädigungen für ehrenamtlich tätige Ärzte (einschließlich Reise- und Übernachtungskosten, Kammerversammlung, Vorstand, Ausschüsse)	953.347,15 EUR
Honorare, fremde Lohnarbeit, Telefon, Porto, Büroaufwand	1.057.727,14 EUR
Betriebsaufwand, Miete, Reinigung, Energie	607.252,91 EUR
Unterstützung Kreisärztekammern (Rückführung von Beitragsgeldern)	208.008,00 EUR
Beiträge zur Bundesärztekammer	471.531,92 EUR
Abschreibungen	533.352,16 EUR
Zinsaufwand für Darlehen	312.705,99 EUR
Zuweisungen zu Rücklagen	89.285,70 EUR
Spendenauszahlungen	109.614,23 EUR

Die Haushaltsmittel wurden zur Finanzierung der in diesem Tätigkeitsbericht ausführlich dargelegten Aufgaben der Sächsischen Landesärztekammer nach folgenden Hauptpositionen verwendet:

Vorstand, Kammerversammlung, Ausschüsse	8,3 %
Weiterbildung, Fortbildung	16,6 %
Qualitätssicherung	11,1 %
Arzthelferinnen	2,1 %
Allg. Rechtsfragen, Schlichtungsstelle, Ethikkommission, Berufsrecht, Berufsregister	9,9 %
Beitragswesen, Rechnungsführung und Finanzen	6,8 %
Geschäftsstellen Dresden, Leipzig, Chemnitz	27,5 %
Öffentlichkeitsarbeit/Ärzteblatt Sachsen	2,0 %
Beiträge zur Bundesärztekammer	6,7 %
Unterstützung der Kreisärztekammern	3,0 %
Zinsen für Darlehen der Sächsischen Ärzteversorgung	4,4 %
Spenden Hochwasser in Sachsen 2002	1,6 %

Der Jahresüberschuss wird für die Aufstockung der Rücklage für Gebäude verwendet.

Gemäß § 11 Abs. 3 der Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer hat jedes beitragspflichtige Kammermitglied die Möglichkeit, in der Geschäftsstelle der Sächsischen Landesärztekammer in das Hauptbuch Einsicht zu nehmen.

## 6 Kommissionen und Arbeitsgruppen

### 6.1 Redaktionskollegium

(Prof. Dr. Winfried Klug, Grünberg, Vorsitzender)

Das „Ärzteblatt Sachsen“ ist das offizielle Mitteilungsblatt der Sächsischen Landesärztekammer und das Publikationsorgan der verfassten Ärzteschaft im Freistaat Sachsen. Hauptanliegen der Redaktion war auch im Jahr 2003 die sächsischen Ärztinnen und Ärzte kritisch über die Berufs- und Gesundheitspolitik aktuell zu informieren, auf bedeutsame amtliche Bekanntmachungen und gesetzliche Vorschriften hinzuweisen, medizinische Artikel von sächsischen Ärzten zu publizieren, über bedeutsame medizinhistorische Ereignisse hinzuweisen, unseren Jubilaren zu gratulieren und ein Feuilleton zu pflegen.

Die Rubrik „Leserbriefe“ stellte und stellt ein Podium für den Meinungsaustausch unter den Ärzten dar. Zwei weitere Rubriken – „Medizinrecht“ sowie „Kunst und Kultur“ – wurden im Jahr 2003 zusätzlich eingerichtet.

Die Zusammensetzung des Redaktionskollegiums ist seit dem Jahr 2000 unverändert. Die neun Mitglieder des ehrenamtlich besetzten Redaktionskollegiums berieten im Jahr 2003 in zwölf Sitzungen über alle grundsätzlichen Fragen der inhaltlichen und formalen Gestaltung der Zeitschrift, besprachen die fachspezifischen Beurteilungen der zur Veröffentlichung eingereichten 14 medizinisch wissenschaftlichen Beiträge, legten die berufspolitischen, gesundheitspolitischen und die medizinischen Inhalte der zwölf Monatshefte des „Ärzteblatt Sachsen“ nach eingehender Diskussion fest. Allen Mitgliedern des Redaktionskollegiums und der Redaktionsassistentin ist für ihre aktive, kontinuierliche und konstruktive Arbeit sowie kritischen Diskussionen bei der Gestaltung unseres Kammerorgans besonders zu danken.

Themenschwerpunkte der standespolitischen und ärztlich berufspolitischen Veröffentlichungen im „Ärzteblatt Sachsen“ waren im Jahr 2003:

- Ethik in der Medizin,
- Probleme und Entwicklungen des Gesundheitswesens in Deutschland,
- Kritik und konstruktive Veränderungsvorschläge der sächsischen Ärzteschaft und des „Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen“ am Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung,
- Außerordentlicher Deutscher Ärztetag,
- 106. Deutscher Ärztetag,
- 13. Sächsischer Ärztetag,
- Ergebnisse der Wahl zur Kammerversammlung, Wahlperiode 2003–2007,
- 20. und 21. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern,
- Tätigkeitsbericht 2002 der Sächsischen Landesärztekammer,
- die Bedeutung der neuen (Muster-)Weiterbildungsordnung,
- die Erweiterung der Europäischen Union aus ärztlicher und berufspolitischer Sicht,
- 2. Deutsch-polnisches Symposium in Meißen,
- Auswertung der Spendenaktion „Ärzte in Not“,
- Ärzteimage in der Bevölkerung.

Im Jahr 2003 wurden elf medizinische Originalarbeiten von Ärztinnen und Ärzten aus den sächsischen Hochschulen, Kran-

kenhäusern und von Ärzten in eigener Niederlassung in unserem Ärzteblatt veröffentlicht.

Leider war es ab Heft 04/2003 wegen der Limitierung der Druckseiten nicht mehr möglich, Hochschulnachrichten aus der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig und aus der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden zu veröffentlichen. Dafür wurde über die Homepage der Sächsischen Landesärztekammer ein Link zu beiden Medizinischen Fakultäten geschaltet. Dadurch können aktuell alle Hochschulnachrichten, abgeschlossenen Promotionen und Habilitationen von den sächsischen Ärzten dort nachgelesen werden.

Das „Ärzteblatt Sachsen“ erhielten im Berichtsjahr 2003 regelmäßig am 10. eines Monats alle 17.370 Kammermitglieder. Es erschien mit einem durchschnittlichen Umfang von 30 redaktionellen Seiten. Der Leipziger Messe Verlag und Vertriebsgesellschaft mbH hat Verlag, Anzeigenleitung und den Vertrieb „Ärzteblatt Sachsen“ ab Mitte 2003 an die Leipziger Verlagsanstalt GmbH übergeben. Der Druck des „Ärzteblatt Sachsen“ erfolgt weiterhin im Druckhaus Dresden GmbH.

2003 erschien das „Ärzteblatt Sachsen“ wie bereits seit 1999 mit einer Online-Ausgabe unter <http://www.slaek.de>. Die Zugriffszahlen zum Portal der Sächsischen Landesärztekammer lagen im Jahr 2003 wöchentlich durchschnittlich bei 40.000. Etwa zwei Drittel dieser Internetbenutzer suchten Artikel im „Ärzteblatt Sachsen“. Das Gesamtinhaltsverzeichnis unseres Kammerorgans vom Jahrgang 14 (2003) stand unseren Lesern im Heft 01/2004 übersichtlich gegliedert als herausnehmbare Heftbeilage erneut zur Verfügung.

Das Anliegen unseres Standesorgans ist auch im Jahr 2004:

- die Darstellung und Interpretation der ärztlichen Standespolitik und der aktuellen ärztlich berufspolitischen Problematik,
- für die ärztlichen Gemeinsamkeiten und Geschlossenheit einen aktiven Beitrag zu leisten,
- die Darstellung der Bedeutung und der umfangreichen Arbeit der sächsischen Kreisärztekammern,
- Veröffentlichungen über die geleistete Arbeit und erzielten Ergebnisse der Ausschüsse der Sächsischen Landesärztekammer,
- Publikation von praxisrelevanten wissenschaftlichen Artikeln aus den sächsischen medizinischen Einrichtungen und Praxen.

Die Redaktion „Ärzteblatt Sachsen“ erbittet auch im Jahr 2004 praxisbezogene Arbeiten und Übersichten mit diagnostischen und therapeutischen Empfehlungen nebst Differentialdiagnose und zukunftsweisenden Therapieansätzen. Auch junge Kollegen sollen ermutigt werden, ihre wissenschaftliche Arbeit im „Ärzteblatt Sachsen“ vorzustellen.

### 6.2 Arbeitsgruppe Multimedia in der Medizin (Dr. Günter Bartsch, Neukirchen, Vorsitzender)

Vor nunmehr sechs Jahren berief der Vorstand die Arbeitsgruppe Multimedia in der Medizin als beratendes Gremium für dieses neue Arbeitsfeld. Die Arbeitsgruppe hat zunächst den Internetauftritt unserer Kammer aufgebaut und versteht sich auch weiterhin als dessen Redaktionsteam. Sie besetzt somit ein zuneh-

mend wichtiges Feld der Öffentlichkeitsarbeit der Sächsischen Landesärztekammer.

Auch im Berichtszeitraum des Jahres 2003 war die inhaltliche und strukturelle Pflege der Internetseite ([www.slaek.de](http://www.slaek.de)) ein Arbeitsschwerpunkt. So wird zum Beispiel der Inhalt der gesetzlichen Regelungen, die für einen sächsischen Arzt für die tägliche Arbeit relevant sind, auf dem aktuellen Stand gehalten.

Der Teil „Aktuelle Meldungen“ wird ständig überarbeitet und hat sich als brandaktueller Standpunkt der Kammer zu den gesundheitspolitischen Themen etabliert.

Gut bewährt hat sich die im vergangenen Jahr vorgenommene Trennung von Inhalt und Struktur. So sind nun die fachlichen und berufspolitischen Dinge in der linken, jetzt übersichtlicheren senkrechten Themenleiste zu finden und die Angaben zur Kammer am oberen Bildrand quer angeordnet.

Bisher wurde die Gesamtansicht der Anfangsseite wegen des Wiedererkennungswertes nicht verändert. Im vorigen Tätigkeitsbericht wurde eine modernere Gestaltung angekündigt, die zusammen mit der Einführung eines ebenfalls erforderlichen Pflegesystems nach umfangreichen Vorarbeiten Anfang Oktober 2004 zum Start vorgesehen ist. Es wird dann rationell und ohne personellen Mehraufwand möglich sein, die Funktionalität des Internetangebotes deutlich zu steigern. So ist erst mit einem Pflegesystem eine interne Verlinkung und eine Volltextsuche nach Stichworten zu gestalten.

Für die Einführung solcher Neuerungen gibt es einen engen Zeitplan in der Geschäftsführung und in der Servicefirma (DGN-Service).

Natürlich sollten Vorhaben wie die Einführung eines Pflegeprogramms kompatibel mit den Lösungen anderer Selbstverwaltungen sein, die Zusammenarbeit mit der Redaktion des Deutschen Ärztenetzes ([www.arzt.de](http://www.arzt.de)) auf Bundesebene und mit der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen ist deshalb selbstverständlich.

Ein neues Arbeitsfeld für die Zukunft zeichnet sich mit der für Anfang 2006 vorgesehenen Einführung der Gesundheitskarte ab. Im Vorfeld zu deren Anwendung zunächst als elektronisches Rezept und Speicher für Notfalldaten vorgesehen, muss ein elektronischer Arztausweis (HPC, health professional card) verfügbar sein, der nur von der Ärztekammer erstellt und verwaltet werden kann, da die Kammer das Arztregister führt. Ein solcher Heilberufsausweis wird für alle Ärzte weitere Aufgaben übernehmen wie bei der Arztbriefschreibung oder beim Nachweis der Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen. Der Druck der Regierungsbeschlüsse erzwingt die absehbare Einführung einer allgemein verwendbaren (kompatiblen) HPC, die bisher ohne Pression nur langsam vorankam. Allerdings hat Sachsen einen schätzenswerten Vorlauf in der HPC-Einführung durch das Projekt zur Digitalisierung bildgebender Verfahren „SaxTeleMed“. Die im vorjährigen Bericht angekündigte Informationskarte zum Gesundheitslotsen ([www.gesundheitslotse-sachsen.de](http://www.gesundheitslotse-sachsen.de)) ist dank des besonderen Engagements von M. A. Knut Köhler (Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit) erarbeitet und vielfach verteilt worden. In Vorbereitung ist ein entsprechendes Plakat, das den Bekanntheitsgrad des Gesundheitslotsen weiter erhöhen wird. Die Nutzungszahlen des Internetportals belegen die Wirksamkeit solcher Aktivitäten.

Die entsprechenden Zugriffe auf die Homepage der Sächsischen Landesärztekammer haben sich innerhalb eines Jahres mit etwa

40.000 pro Woche nahezu verdoppelt. Sie wird besonders über die Suchmaschine „Google“ erreicht. Wiederum hat sich das „Ärzteblatt Sachsen“ in seiner archivierten Form vor „Aktuelles“, den Fortbildungsangeboten und der Patientenverfügung als besonders nachgefragt erwiesen.

Die bisherigen Mitglieder der Arbeitsgruppe haben sich nach der Kammerwahl 2003 zur weiteren Mitarbeit bereiterklärt (siehe Anhang). Zusätzlich hat der Vorstand den jungen ärztlichen Kollegen André Wunderlich aus Chemnitz, der sich besondere Kenntnisse der Medizininformatik erworben hat, als neues Mitglied der Arbeitsgruppe berufen.

### 6.3

#### Ethikkommission

(Prof. Dr. Rolf Haupt, Leipzig, Vorsitzender)

Die Ethikkommission der Sächsischen Landesärztekammer tagte im Jahre 2003 neunmal. Es wurden dabei insgesamt 198 Studienanträge bearbeitet. 192 Studien entsprachen dem Arzneimittelgesetz, sechs Studien entsprachen dem Medizinproduktegesetz.

Es handelte sich insgesamt um 164 Zweitvoten und 34 Erstvoten; vier Erstvoten mussten zurückgestellt und überarbeitet werden, dazu fanden auch drei Anhörungen statt. Insgesamt konnten alle Studien, teilweise nach Ergänzungen und Erweiterungen, genehmigt werden.

Außer den in Sitzungen bearbeiteten Anträgen fand ein ausgedehnter Briefverkehr mit den verschiedenen Prüfungsleitern und Sponsoren statt. Diese insgesamt 1.100 Korrespondenzen betrafen Zusätze zu den Studien, Amendments, Anfragen, Mitteilungen zu durchgeführten Ergänzungen und zahlreiche Meldungen zu schwerwiegenden und unerwünschten Ereignissen, die sich im Rahmen der Studiendurchführung ergeben hatten.

Inhaltlich beschäftigten sich die Arzneimittelstudien vorwiegend mit Medikamenten aus dem Bereich Herz-Kreislauf- und Hochdruckbehandlung, Asthma bronchiale, mit Impfstudien an Erwachsenen und Kindern, mit dem Problem der erektilen Dysfunktion und immunologisch bedingten Krankheiten sowie in hohem Maße mit Chemotherapiestudien bei bösartigen Geschwülsten, des Weiteren Studien zu neurologischen Erkrankungen, insbesondere Demenzstudien.

Nur wenige Studien betrafen das Medizinproduktegesetz; hier wurden keine größeren Beanstandungen vorgenommen.

Neben der Erörterung zahlreicher allgemeinethischer Fragen, die sich aus den Veränderungen im Gesundheitswesen, Umgang mit Schwergeschädigten und Sterbenden, mit Fragen der Sammlung genetischen Materials beschäftigten, hat die Ethikkommission besonders Probleme erörtert, die im Zusammenhang stehen mit der Angleichung der Fragen von Arzneimittelstudien im Europäischen Recht.

Der Vorsitzende der Ethikkommission und die Juristische Geschäftsführerin und nahmen zu diesen Fragen an den ausführlichen Konferenzen der Arbeitsgemeinschaft der Ethikkommissionen Deutschlands im Sommer in Dierhagen und im Herbst in Münster teil. Zahlreiche Anfragen zu Möglichkeiten der neuen Arbeitsweisen der Ethikkommissionen wurden dazu beantwortet und in Einzelfällen auch an einer Pilotstudie zur Veränderung der Zuarbeiten für eine Zentralvotierung der Ethikkommissionen mitgewirkt.

Wegen der großen Anzahl von Studien zur Frage der psychischen und neurogenen Erkrankungen wurde Dipl.-Med. Ingrid Börnert mit Zustimmung der Sächsischen Landesärztekammer nachträglich in die Ethikkommission berufen.

Ein besonderer Dank erging von der Sächsischen Landesärztekammer an die Mitglieder der Ethikkommission anlässlich ihrer 100. Sitzung am 19. September 2003 im Kammergebäude in Dresden.

Noch immer sind die Verfahrensweisen für die neue, terminlich sehr enge Bearbeitung von Studien bei Erst- und Zweitvoten, besonders im Rahmen multizentrischer Studien, nicht endgültig geklärt. So wird zurzeit gesetzgeberisch die Festlegung getroffen, welche Kommissionen für eine Votierung die Federführung haben und welche Kommissionen als eine Art Genehmigungsbehörde nur noch das Prüfzentrum beschreiben und ihre Bewertung der Studie als Zuarbeit abführen.

Über die Vergütung in diesem Bereich für den Arbeitsaufwand ist noch keine Entscheidung gefallen.

Hier werden die nächsten Monate und weiter durchgeführte Pilotstudien sowie die endgültige Verabschiedung der Gesetzgebung zur Frage der Bearbeitung von Arzneimittelstudien von entscheidender Bedeutung sein. Erst dann lässt sich auch der möglicherweise erhöhte personelle Bedarf für die Bearbeitung zahlreicher Studien abschätzen und in den Sitzungen der Sächsischen Landesärztekammer festlegen.

## 6.4

### Gesprächskreis Ethik in der Medizin

(Prof. Dr. Otto Bach, Dresden, Vorstandsmitglied;  
Prof. Dr. Rolf Haupt, Leipzig; Moderatoren)

Der 2002 gegründete Gesprächskreis der Sächsischen Landesärztekammer „Ethik in der Medizin“ besteht aus zehn Mitgliedern, dem Präsidenten als ständigem Gast und dem Referenten für Gesundheitspolitik. Ein Theologe, ein Jurist, eine Ethikerin und Ärzte verschiedener Fachrichtungen, auch aus der Ethikkommission, berieten in vier Nachmittagssitzungen folgende Schwerpunktthemen:

- Definition des Sterbegriffs,
- aktueller Stand der Sterbebegleitung,
- ärztlich-ethische Probleme in Regimen einer ITS,
- ärztliche Ethik – Wirtschaftsethik,
- Fragen des ambulanten Bereichs,
- Arztbild in der Öffentlichkeit,
- höchstrichterliche Rechtsfortbildung und deren Folgen für eine Patientenverfügung.

Die Sitzungen wurden abwechselnd von Prof. Dr. Otto Bach und Prof. Dr. Rolf Haupt geleitet und moderiert.

Die Definition des Sterbegriffs und der aktuelle Stand der Sterbebegleitung hängen eng zusammen mit dem Handlungscode und den -pflichten der Ärztinnen und Ärzte, besonders unter intensivmedizinischer Behandlungssituation und des würdevollen Sterbens auch unter Verzicht auf letzte Diagnostik und Vermeidung der „Einsamkeit“ für den Sterbenden. Hohen Wert hat eine effektive Schmerzbehandlung. Konkrete Beispiele erlaubten besonders die Diskussion zu Patientenwillen, Patiententestament und den verschiedenen Formen der Patientenverfügungen.

Prof. Dr. Ullrich Blum von der Technischen Universität Dresden gab einen fundierten Einblick in die Zusammenhänge von Ethik

und Wirtschaft. Eine Wirtschaftsethik ist besonders wichtig unter dem Eindruck knapper Ressourcen. Es entstehen Widersprüche zwischen „alter“ medizinischer Ethik mit Menschenwürde und Wertvorstellungen zu einem langen Leben in Gesundheit und den Kostengrenzen. Ökonomische Zwänge wirken auf ärztliches Handeln, eine soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen wird fragwürdig. Dazu sind vertiefende Diskussionen in der Ärzteschaft zukünftig wichtig. Diese Beziehungen wirken in gleicher Weise stationär und ambulant. Rationalisierung und Rationierung scheinen teilweise unvermeidbar verbunden.

Prof. Dr. Ortrun Riha referierte zum Arztbild in der Öffentlichkeit. Arztbild und Bild von der Medizin sind zu trennen. Ein negatives Arztbild wird durch die Medien vermittelt, dagegen ist ärztliches Handeln und Auftreten in der Praxis für die Patienten und die Bevölkerung wichtig, dazu trägt Transparenz der ärztlichen Tätigkeit bei. Negative Einflüsse auf ärztliches Verhalten sind unter anderem Bürokratisierung im Beruf, negatives Klima durch Klinikhierarchien. Fehlende Dankbarkeit der Patienten und teilweise typisches sogenanntes Kundenverhalten führt nicht selten zu ärztlicher Frustration. Für die Auswahl und Förderung des ärztlichen Nachwuchses erscheinen primäre Eignungsgespräche und die Vermittlung von Fähigkeiten zur Zuwendung, Aufklärung und Gesprächsführung wichtig. Ein Anteil Verwaltungsarbeit ist unumgänglich, wäre aber zu minimieren. Notwendig sind für eine ausstrahlende Berufszufriedenheit familienfreundliche Arbeitszeiten auch wegen des wachsenden Frauenanteils im ärztlichen Beruf.

In einer fundierten Stellungnahme brachten Prof. Dr. Ortrun Riha und Prof. Dr. Rüdiger Kern ihre Argumente und Meinungen zu einer „höchstrichterlichen Rechtsfortbildung und deren Folgen für eine Patientenverteilung“ ein. Dieser komplizierte und auch rechtlich widersprüchliche Tatbestand an einem konkreten Beispiel erfordert weitere rechtliche Abklärung.

Der Gesprächskreis beschloss, 2004 wichtige Ergebnisse der Diskussionen als Handreichungen und als Gesprächsgrundlage für die Ärzteschaft im „Arzteblatt Sachsen“ mitzuteilen.

## 6.5

### Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen

(Dr. Rainer Kluge, Kamenz, Vorsitzender)

Die Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen hat im Berichtszeitraum ihre Tätigkeit in der gewohnten Weise fortgesetzt.

Das Gesamtmaterial liegt im vierten Jahr in der etwa gleichen Größenordnung, so dass angenommen werden kann, dass diese Zahl der Verfahren auch in den kommenden Jahren erwartet werden muss.

In der Verteilung auf die verschiedenen Fachgebiete der Medizin sowie die haftungsrechtliche Bewertung bestätigen die aus den Vorjahren bekannten Trends. Die Rate der aus Sicht der Gutachterstelle als berechtigt erhobenen Schadensersatzforderungen lag mit 22,0 % der abgeschlossenen Begutachtungsverfahren etwas niedriger als im Vorjahr.

Das Zahlenmaterial ist im Anhang in der bereits aus den Vorjahren bekannten Form graphisch und tabellarisch dargestellt.

Basis unserer Arbeit sind nach wie vor unsere Gutachter, deren sachkundige und ausgewogene Bewertung komplizierter Behandlungsverläufe die Qualität unserer Arbeit bestimmt. Wir

sind weiterhin sehr daran interessiert, weitere Kollegen für diese Tätigkeit zu gewinnen.

Der Sachverständigenrat der Gutachterstelle hat auch im Jahre 2003 quartalsweise getagt und ist nach wie vor insbesondere bei Behandlungsverläufen, die mehrere Fachgebiete betreffen, eine unverzichtbare Hilfe.

Unseren Gutachtern, deren Arbeit häufig mühselig und in jedem Fall verantwortungsvoll ist, soll an dieser Stelle ganz besonders gedankt werden.

Die Zusammenarbeit mit Krankenhausträgern und den niedergelassenen Kollegen, die mit dem Vorwurf einer Fehlbehandlung konfrontiert wurden, gestaltet sich überwiegend problemlos. Gelegentliche Säumigkeit bei Beantwortung von Anfragen sind sicher den vielfältigen Belastungen des Arbeitsalltages geschuldet, für uns allerdings bedeutet dies ein mehr an Schriftverkehr und Verwaltungsaufwand.

Seit Gründung unserer Gutachterstelle hat Rudolf Koob die juristischen Bewertungen der Begutachtungsfälle engagiert und verlässlich erarbeitet.

Er steht inzwischen im 78. Lebensjahr, so dass in diesem Bereich eine Veränderung erforderlich wurde.

Zum 1. März 2003 hat Wolfgang Schaffer, bis zu seiner Pensionierung Präsident des OLG Nürnberg, seine Tätigkeit in diesem Bereich aufgenommen. Schnell und kompetent hat er sich in diese Aufgabe eingearbeitet und konnte im November 2003 planmäßig diese Aufgabe vollständig übernehmen. Die Kontinuität der Arbeit ist damit gesichert.

Wie in den zurückliegenden Jahren, so hat auch in 2003 Ursula Riedel verlässlich und sicher den umfangreichen Schriftverkehr der Gutachterstelle und die Aktenführung organisiert.

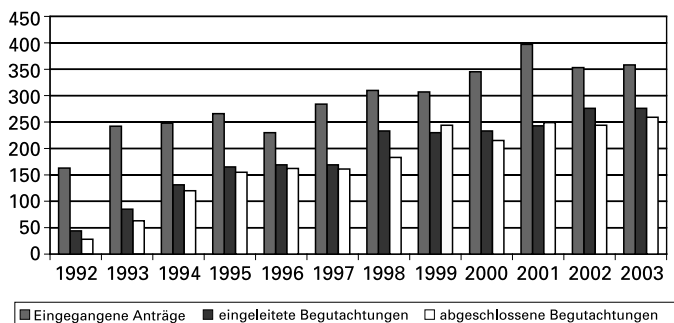
Ihr gilt mein besonderer Dank.

### Jahresstatistik 2003

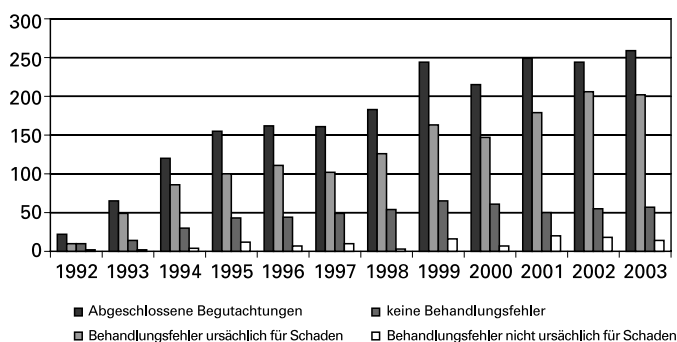
1.	Gesamtmaterial	kumulativ 1992–2002	2002	2003
1.1.	eingegangene Anträge	3154	353	358
1.2.	eingeleitete Begutachtungen	1976	276	276
1.3.	abgeschlossenen Begutachtungen	1835	244	259
1.4.	am Ende des Berichtszeitraumes offene Begutachtungsverfahren		141	143
2.	Gliederung nach Einrichtungen (Bezugsgröße: im Berichtsjahr in Auftrag gegebene Gutachten)			
n		1976	276	276
2.1.	Klinik	1342	180	174
2.2.	Klinikambulanz	92	19	13
2.3.	Praxis	542	80	89

3.	Gliederung n. Entscheidungen (Bezugsgröße: im Berichtsjahr abgeschlossenen Begutachtungen)			
n		1835	244	259
3.1.	Behandlungsfehler festgestellt	578	73	71
3.1.1.	<b>Behandlungsfehler ursächlich f. Körperschaden (Anerkennung)</b>	<b>473</b>	<b>53</b>	<b>57</b>
3.1.2.	Behandlungsfehler festgestellt aber nicht ursächlich f. Körperschaden	102	18	14
3.2.	Anspruch anerkannt wegen unzureichender Aufklärung	7	2	0
3.3.	Kein Behandlungsfehler festgestellt	1289	206	202
3.4.	Anerkennungsquote	26,15 %	22,5 %	22,0 %
4.	Gliederung nach Fachrichtungen (Bezugsgröße) im Berichtsjahr in Auftrag gegebene Gutachten)			
		1992–2002 kumulativ	2002	2003
n		1976	276	276
	Allgemeinmedizin	101	19	18
	Anästhesiologie	52	12	11
	Augenheilkunde	53	9	4
	Chirurgie (gesamt)	829	119	111
	Allg. Chir.			71
	Unfallchir.			33
	Gefäßchir.			2
	Herzchirurgie			2
	Kinderchirurgie			1
	Thoraxchir.			2
	Gynäkologie/Geburtshilfe	252	31	35
	HNO	57	6	10
	Haut u. Geschlechtskrankheiten	16	4	2
	Innere Medizin	189	22	27
	Kinderheilkunde	27	3	5
	Mund-Kiefer- u. Gesichtschir.	10	1	3
	Neurochirurgie	35	4	4
	Neurologie/Psychiatrie	46	6	6
	Orthopädie	232	37	26
	Pathologie	3	0	1
	Radiologie (Diagnostik u. Therapie)	14	1	6
	Urologie	65	5	7

## Gutachterstelle – Gesamtmaterial



## Gutachterstelle – Ergebnisse der Begutachtungen



### 6.6

#### Kommission Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung (Dr. Hans-Jürgen Held, Dresden, Vorsitzender)

Die Kommission „Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung“ tagte im Jahr 2003 dreimal (18.03.2003, 03.06.2003, 14.10.2003). Zur letzten Kommissionssitzung stand die Wahl des Kommissionsvorsitzenden an. Prof. Dr. Henry Alexander, der jahrelang die Kommission geleitet hatte, bat aufgrund vieler anderer Tätigkeiten um Entpflichtung der Leitungsfunktion. Prof. Dr. Martin Link, der ebenfalls seit Anbeginn in der Kommission tätig war, konnte aufgrund anderer Verpflichtungen nicht wieder für die Kommission kandidieren. Auf Vorschlag, des Präsidenten, Prof. Dr. Jan Schulze, wurde Dr. Gabriele Bartl, die seit Jahren als niedergelassene Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe tätig ist, für Prof. Dr. Gunther Göretzlehner, der aus Altersgründen ausschied, berufen. Als Leiter der Kommission wurde Dr. Hans-Jürgen Held, Dresden, der eine reproduktionsmedizinische Praxis leitet, gewählt. Sein Stellvertreter ist Prof. Dr. Wolfgang Distler, Direktor der Universitätsfrauenklinik Dresden.

Im Mittelpunkt der Arbeit der Kommission im vergangenen Jahr standen die Anträge von nicht verheirateten Paaren für die Durchführung einer assistierten Fertilitätstherapie. Von 88 eingereichten Anträgen wurden 36 in der Kommission beraten und bestätigt. 39 Anträge wurden zurückgezogen, 13 weitere werden noch bearbeitet.

Der zweite Schwerpunkt stellte die Qualitätskontrolle der reproduktionsmedizinischen Kliniken und Spezialpraxen dar. Dabei konnten von den Einrichtungen Erfolgsquoten vorgelegt werden,

die den Ergebnissen der im Deutschen IVF-Register bundesweit erfassten Resultate entsprechen.

### 6.7

#### Kommission Gewalt gegen Kinder/ Misshandlung Minderjähriger

(PD Dr. med. Christine Erfurt, Dresden, Vorsitzende)

Im Jahre 2003 konzentrierte sich die Tätigkeit der Fachkommission Gewalt gegen Kinder/Misshandlung Minderjähriger der Sächsischen Landesärztekammer auf folgende Schwerpunkte:

##### 1. Problembezogene Vorträge

Nach Erscheinen der Broschüre „Gewalt gegen Kinder/Misshandlung Minderjähriger“ und der vorangegangenen Artikel im „Ärztblatt Sachsen“ konnte eine reges Interesse insbesondere bei Kinder- und Jugendärzten beobachtet werden. Aus diesem Grunde wurden mehrere Vortragstermine wahrgenommen, die sich insbesondere einerseits mit den diagnostischen Grundlagen und der Dokumentation der Befunde und andererseits mit den juristischen Grundlagen des ärztlichen Handelns beschäftigten. So wurden Vorträge für die „Dresdner Ärztliche Fortbildung“ (Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Michael Meurer), den „Kinderärzttestammtisch Dresden“ (Leitung: Dr. Bärbel Hirsch), die Pflegedienstmitarbeiter des Universitätsklinikums Dresden, für die „Grünen Damen/Herren Sachsens“ sowie für Schülerinnen der Medizinischen Berufsfachschule am Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt und für Rettungssanitäter des Kreises Kamenz gehalten. Des Weiteren erfolgte eine Diskussion der Probleme bei der Begutachtung von Kindesmisshandlungen auf der 7. Jahrestagung der sächsischen Institute für Rechtsmedizin und des Landeskriminalamtes Sachsen.

Auch für das Jahr 2004 sind bereits mehrere Vortrags- und Diskussionstermine mit interessierten Ärzten und anderen Berufsgruppen vereinbart worden.

In der Folge der Öffentlichkeitsarbeit unserer Kommission sind zahlreiche Nachfragen von Kinderärzten und Gynäkologen zu verzeichnen, die sich auf konkrete Fälle von Kindesmisshandlungen beziehungsweise sexuellem Missbrauch beziehen. Hier konnte oft zum weiteren Vorgehen beratend unterstützt werden.

##### 2. Teilnahme an Fachtagungen

Am 28. März 2003 in Hamburg und am 5. und 6. Dezember 2003 fanden Tagungen zum Thema „Gewalt in der Familie“ statt. Diese Tagungen wurden in Zusammenarbeit der ansässigen Institute für Rechtsmedizin mit den zuständigen Ministerien und Jugendämtern organisiert. Die Vorsitzende unserer Kommission nahm an diesen Fachtagungen teil. Nach der Fachtagung in Hamburg wurde eine Beteiligung von Mitgliedern unserer Kommission an einer multizentrischen Studie „Viktimologische Profile von Opfern körperlicher und sexueller Gewalt in der rechtsmedizinischen Basisdokumentation“ vereinbart. Der von dem Hamburger Datenschutzbeauftragten beurteilte Dokumentationsbogen (selbstverständlich nach durchgeführter Anonymisierung) wird auch in der seit Oktober 2003 laufenden EU-Daphne-Studie eingesetzt.

##### 3. Antrag an den 12. Ärztetag in Dresden

Auf dem 12. Ärztetag in Dresden wurde von der Vorsitzenden der Kommission der Antrag zur Verbesserung der Zusammenarbeit der



für die Misshandlung von Kindern zuständigen Stellen (Ärzte und Jugendämter) gestellt. Bislang bestand die frustrierende Situation, dass in der Ärzteschaft der Eindruck bestand, dass ihre Meldungen mit dem Verdacht auf Kindesmisshandlung beziehungsweise sexuellen Missbrauch an Jugendämter möglicherweise von diesen nicht weiter oder nicht effektiv bearbeitet werden.

Dieser Antrag hatte zur Folge – wie bereits berichtet –, dass bereits Gespräche mit der Leiterin des Allgemeinen Sozialen Dienstes und Vertretern von Jugendämtern zur Verbesserung der Zusammenarbeit stattgefunden haben. Die Thematik beinhaltete insbesondere die Bestätigung an die meldenden Ärzte, die Klärung von immer noch bestehenden juristischen Unsicherheiten sowie weitere Zusammenkünfte zur Weiterbildung der Mitarbeiter der Jugendämter und des Allgemeinen Sozialen Dienstes. Hierzu werden regelmäßige Treffen vereinbart.

Ein Vortrag zu dieser Thematik erfolgte bereits von Vertretern unserer Kommission und des Allgemeinen Sozialen Dienstes Dresden gemeinsam vor dem Kinderärztstammtisch Dresden.

#### *4. Fallspezifische Sprechstunde am Universitätsklinikum Dresden und der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden*

Die am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus aufgebaute interdisziplinäre Sprechstunde beschäftigt sich auch im Berichtsjahr mit Einzelfällen von Kindesmisshandlungen. Hierbei wurden und werden verschiedene Fachärzte zum Konzil einberufen. Diesem gehören je nach Art des Falles ein Kinderarzt, ein Kinderchirurg, ein Rechtsmediziner, ein Kinder- und Jugendpsychiater oder auch eine Sozialarbeiterin, ein Gynäkologe, ein Dermatologe oder Ophthalmologe an.

Auch im Jahr 2003 mussten wieder mehrere Kinder begutachtet werden.

Die Einberufung dieser interdisziplinären Sprechstunde dient auch der Diskussion des weiteren Vorgehens der behandelnden beziehungsweise begutachtenden Ärzte. Hierbei war insbesondere die Frage zu klären, ob ein Gespräch mit den Eltern oder eine Meldung an das zuständige Jugendamt ausreichend erscheint oder eine Anzeige bei der Kriminalpolizei zu erstatten war.

## **6.8**

### **Kommission Transplantation (Prof. Dr. Johann Hauss, Leipzig, Vorsitzender)**

Die Hauptaufgabe der Kommission bestand auch im Jahr 2003 darin, die Vorgaben des Transplantationsgesetzes zu realisieren und insbesondere die Zahl der Organspender zu erhöhen. Außerordentlich erfreulich war in diesem Jahr der Trend, dass insgesamt in der Bundesrepublik mehr Menschen nach dem Tode Organe spendeten, es war eine bundesweite Steigerung der Organspender um 11 % zu verzeichnen. Durchschnittlich haben in der Bundesrepublik im Jahr 2003 14 Personen pro 1 Million Einwohner nach dem Tode ihre Organe gespendet. Es wurden insgesamt 3.482 Organe entnommen, 319 gespendete Organe mehr als im Jahr 2002. Bundesweit wurden 3.657 Organtransplantationen durchgeführt; im Jahr 2002 waren es 3.309 Transplantationen gewesen. Allerdings ist die Differenz zwischen den mehr als 12.000 Patientinnen und Patienten, die dringend auf ein neues Organ warten, und der Zahl der durchgeführten Transplantationen nach wie vor viel zu hoch. Die Entwicklung der Or-

ganspende und Transplantation in den Jahren 2002/2003 im regionalen Vergleich ist in Tabelle 1 dargestellt. Die „Region Ost“ besteht aus den Bundesländern Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen. Immer noch nachteilig für die gesamte Region Ost ist die Tatsache, dass deutlich mehr Organe gespendet als transplantiert werden. Der bundesweite generelle Trend ist jedoch erstmalig nach vielen Jahren positiv.

Die Tabelle 2 veranschaulicht die Entwicklung der Organspender pro 1 Million Einwohner, wiederum im Vergleich der Jahre 2002 und 2003. Dabei ist der Anstieg im Bereich der Region Ost eindrucksvoll; während im Jahre 2002 die Zahl der Organspender bei 12,5 pro 1 Million Einwohner – und damit exakt im Bundesdurchschnitt – lag, ist diese Zahl im Folgejahr deutlich auf 17,4 angestiegen. Im Bundesvergleich liegt die Region Ost somit an zweiter Stelle.

Was den Freistaat Sachsen angeht, wurden im Jahre 2003 bei 70 Menschen nach ihrem Tod Organe entnommen, das sind 19 Spender mehr als 2002. In der gesamten Region zahlt sich nun das Netzwerk aus, dass die Fachkommission Transplantation gemeinsam mit der Deutschen Stiftung Organtransplantation und den Transplantationszentren aufgebaut hat. Auch die Transplantationsbeauftragten in den Kliniken haben dazu beigetragen, dass mehr potentielle Spender an die DSO gemeldet werden.

Prof. Dr. Heinz Diettrich, der Ehrenpräsident der Sächsischen Landesärztekammer, hat sich in den vergangenen Jahren intensiv dafür eingesetzt, dass der Pauschalbetrag, der dem Spenderkrankenhaus für die Multiorganspende oder Nierenspende ausgezahlt wird, deutlich zu erhöhen ist. Sein Engagement hat nun nach intensiven Beratungen mit den Krankenkassen und der Krankenhausgesellschaft dazu geführt, dass in diesem Jahr eine differenzierte Zahlungsweise eingeführt wird, das heißt, es wird auch ein im Endeffekt frustrierend verlaufender Versuch honoriert. Bei der realisierten Organspende wird ein deutlich höherer Betrag an das Krankenhaus ausgezahlt. Dies ist in der gegenwärtigen schwierigen ökonomischen Situation für alle Krankenhäuser von erheblicher Bedeutung.

Im letzten Tätigkeitsbericht wurde bereits darauf hingewiesen, dass eine spezielle Kommission „Hirntod-Diagnostik“ unter der Leitung von Prof. Dr. Dietmar Schneider (Universitätsklinikum Leipzig, Klinik und Poliklinik für Neurologie) gegründet wurde. Diese Kommission arbeitet inzwischen sehr erfolgreich und sorgte in Sachsen für eine verbesserte Informationsstruktur bezüglich Fragen der Hirntod-Diagnostik und der Spenderrekrutierung. Mehrere Arbeitsberatungen und Fortbildungsveranstaltungen fanden in diesem Jahre statt.

Die Kommission für die Lebendspende, die laut § 8 Abs. 3 des Transplantationsgesetzes vor nunmehr drei Jahren eingerichtet wurde, hat in diesem Jahr gutachterlich in neun Fällen Stellung bezogen. Die Kooperation zwischen der Lebendspendekommission und den Transplantationszentren kann als ausgezeichnet beschrieben werden, sämtliche Problemfälle wurden in guter Kooperation gelöst.

In diesem Jahr ist damit zu rechnen, dass auch gesetzliche Regelungen geschaffen werden für die Verwendung von Geweben wie Hornhaut, Blutgefäße, Herzklappen, Stammzellen und so weiter. Bei der Bundesärztekammer fanden mehrere Beratungen statt und Gesetzentwürfe werden vorbereitet. Die Sächsische Landesärztekammer wird sich in diesem Jahr intensiv auch mit diesem Gebiet zu beschäftigen haben.

Tabelle 1

Organspende und Transplantation 2002/2003



Anzahl der Organspender\* im regionalen Vergleich 2002 und 2003

Region	2002	2003
Baden-Württemberg	104	140
Bayern	183	185
Mitte	104	142
Nord	166	171
Nord-Ost	151	142
Nordrhein-Westfalen	204	200
Ost	117	161
<b>Bundesweit</b>	<b>1029</b>	<b>1141</b>

\* ohne Lebendspende

Anzahl der gespendeten Organe\* im regionalen Vergleich 2002 und 2003

Region	2002	2003
Baden-Württemberg	335	455
Bayern	559	595
Mitte	322	411
Nord	483	510
Nord-Ost	478	455
Nordrhein-Westfalen	643	592
Ost	343	464
<b>Bundesweit</b>	<b>3163</b>	<b>3482</b>

\* ohne Lebendspende

Anzahl der durchgeführten Transplantationen\* im regionalen Vergleich 2002 und 2003

Region	2002	2003
Baden-Württemberg	295	447
Bayern	509	522
Mitte	288	360
Nord	734	841
Nord-Ost	485	456
Nordrhein-Westfalen	739	747
Ost	259	284
<b>Bundesweit</b>	<b>3309</b>	<b>3657</b>

\* ohne Lebendspende

Region Mitte: Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland  
 Region Nord: Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Schleswig-Holstein  
 Region Nord-Ost: Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern  
 Region Ost: Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen

Quelle: DSO 15.01.04 (vorläufige Zahlen)

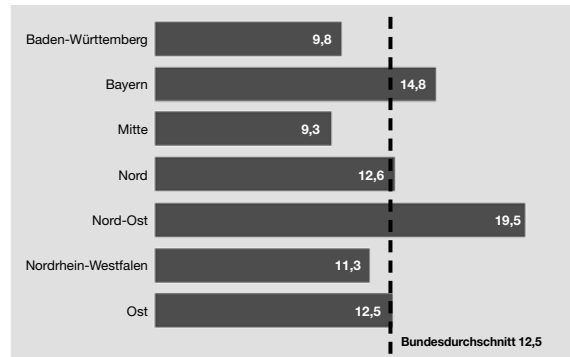
Tabellen auf Anfrage als PDF-Datei erhältlich

Tabelle 2

Organspender pro eine Mio. Einwohner 2002/2003

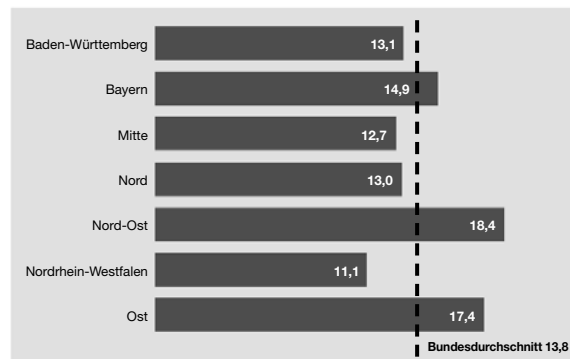


Zahl der Organspender\* pro eine Mio. Einwohner 2002



\* ohne Lebendspende

Zahl der Organspender\* pro eine Mio. Einwohner 2003



\* ohne Lebendspende

Region Mitte: Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland  
 Region Nord: Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Schleswig-Holstein  
 Region Nord-Ost: Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern  
 Region Ost: Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen

Quelle: DSO 15.01.04 (vorläufige Zahlen)

Tabellen auf Anfrage als PDF-Datei erhältlich

6.9

**Kommission Lebendspende gemäß § 8 Abs. 3 TPG (Prof. Dr. jur. Bernd-Rüdiger Kern, Leipzig, Vorsitzender; Dr. Torsten Schlosser, Arzt in der Geschäftsführung)**

§ 8 des Transplantationsgesetzes (TPG) regelt die Zulässigkeit der Entnahme von Organen bei lebenden Organspendern.

§ 8 Abs. 3 S. 2 TPG fordert als Voraussetzung für die Organentnahme bei einem Lebenden, dass die nach dem Landesrecht zuständige Kommission vor der Organspende gutachtlich dazu Stellung genommen hat, ob begründete, tatsächliche Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Einwilligung in die Organspende nicht freiwillig erfolgt oder das Organ Gegenstand für verbotenes Handelstreiben nach § 17 TPG ist.

Im Berichtsjahr konstituierte sich die zuständige Kommission der Sächsischen Landesärztekammer neu. Bei den anstehenden Neuwahlen wurde Prof. Dr. jur. Bernd-Rüdiger Kern im Amt des Vorsitzenden bestätigt. Zu seinem Stellvertreter wurde Franz-Joseph van Stiphout gewählt.

Im vierten Jahr des Bestehens der Kommission ist der Arbeitsanfall deutlich zurückgegangen und hat nahezu den Stand des ersten Jahres (2000) erreicht. Insgesamt hat die Kommission in unterschiedlicher Besetzung acht Anhörungstermine abgehalten und dabei neun Spender und Empfänger gehört, siebenmal für eine Nieren- und zweimal für eine Leberspende. Bei den Spendern handelte es sich ausschließlich um enge Familienangehörige, viermal um einen Elternteil und ein Kind, dreimal um Ehegatten und zweimal um Geschwister. Wie im vorvergangenen Jahr wurden auch die Vertreter der Mitglieder der Kommission zur Kommissionsarbeit herangezogen. Damit hat sich die Praxis verstärkt, derzufolge die Sächsische Landesärztekammer zwei unterschiedlich besetzte Lebendspendekommissionen vorhält, das entspricht durchaus der Entwicklung in den übrigen Bundesländern. Im Moment ist gerade eine dritte Besetzung im Aufbau.

Einige weitere interessante statistische Fakten seien mitgeteilt. Das Geschlechterverhältnis ist bei den Spendern und bei den Empfängern umgekehrt. Stehen drei weibliche Empfänger fünf

männlichen Empfängern gegenüber, so handelt es sich auf der Spenderseite um sieben weibliche und zwei männliche Spender. Während in den Vorjahren die Anträge in überwiegender Anzahl vom Transplantationszentrum der Universität Leipzig gestellt wurden, gab es im Berichtsjahr ein nahezu ausgeglichenes Antragsverhalten. Auf fünf Anträge aus der Universität Leipzig kamen vier aus der Universität Dresden. Damit hat die Universität Dresden trotz rückläufiger Anmeldezahlen so viele Anmeldungen wie in den Jahren 2001 und 2002 zusammen.

Im Jahre 2003 fanden erstmals zwei außerordentliche Sitzungen der Lebendspendekommission statt. An ihr nahmen alle Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder sowie Vertreter der Transplantationszentren und des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales teil. In diesen Sitzungen wurden grundsätzliche Probleme besprochen, um eine einheitliche Vorgehensweise der unterschiedlich besetzten Kommissionen zu gewährleisten.

## 6.10

### Fachkommission Brustkrebs

(Prof. Dr. Hildebrand Kunath, Dresden, Vorsitzender)

Die Arbeitsgruppe Brustkrebs hat im Jahr 2003 weiter das Ziel verfolgt, für die Implementierung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP Brustkrebs) und die Früherkennung des Brustkrebses bei asymptomatischen Frauen durch Mammographie eine kohärente, abgestimmte und wirksame Gesamtstrategie für Sachsen zu entwickeln, die zu einer spürbaren Verbesserung von Früherkennung, Diagnostik, Therapie, Nachsorge und Rehabilitation auf dem Gebiet des Mammakarzinoms unter Nutzung der in Sachsen verfügbaren Ressourcen und Kompetenzen führen soll. Basis dieser Strategie ist die Implementierung von zertifizierten Brustzentren, die qualitätsgesicherte Durchführung von Mammographien sowohl für asymptomatische Frauen nach dem Mammographie-Screeningprogramm als auch für die Früh- und Regeldiagnostik und deren Verzahnung zu einem qualitätsgesicherten und evaluierbaren Verfahren der Brustkrebsbekämpfung im Freistaat Sachsen. Am 26. Mai 2003 fand für interessierende Kliniken in Sachsen eine Informationsveranstaltung zum Thema „Strukturierung von Brustzentren in Sachsen“ statt, in der von Mitgliedern der Fachkommission unter anderem zu den Themen Epidemiologie und Bedarf (Prof. Dr. Hildebrand Kunath, Dresden), Kernprobleme der Struktur von Brustzentren (Prof. Dr. Manfred Schönfelder, Leipzig), Analyse ausgewählter Daten zur Brustkrebsbehandlung in sächsischen Krankenhäusern (Simone Hartmann, TTK Landesvertretung Sachsen) und Mammographiescreening in Sachsen (Dr. Klaus Hamm, Chemnitz) gesprochen wurde.

Durch Beschluss einer Änderung der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krebserkrankungen („Krebsfrüherkennungs-Richtlinien“) vom 15. Dezember 2003 sind die gesetzlichen Voraussetzungen für die flächendeckende Einführung des Mammographiescreenings ab Januar 2004 gegeben. Die Fachkommission hat die Bildung einer gemeinsamen Arbeitsgruppe unter maßgeblicher Einbeziehung der verantwortlichen Selbstverwaltungen sowie von Patientenvertretungen zur Förderung der kreativen Umsetzung der vorliegenden Beschlüsse vorgeschlagen, die vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales moderiert werden sollte. Die Arbeitsgruppe wurde im Januar 2004 gegründet.

## 6.11

### Arbeitsgruppe Hirntoddiagnostik

(Prof. Dr. Dietmar Schneider, Leipzig, Vorsitzender)

Der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer hatte im August 2002 der Gründung einer Arbeitsgruppe Hirntoddiagnostik zugestimmt. Die Initiative dazu ging von der Kommission Transplantation aus. In Sachsen gibt es 67 Krankenhäuser mit Intensivtherapiestationen. Aber gerade einmal ein Drittel dieser Kliniken hatten im Jahr 2001 Hirntote, das heißt, potenzielle Organspender gemeldet. Mit einer frühzeitigen Feststellung des Hirntodes eines Menschen könnten viele Menschenleben gerettet werden. Doch oftmals bestehen auf ärztlicher Seite zu große Unsicherheiten, nicht nur bei der Diagnose des Hirntodes, sondern auch bei dem schwierigen Gespräch mit den nahen Verwandten.

Die temporäre, interdisziplinär besetzte Arbeitsgruppe mit inzwischen acht Fachleuten – erfahrene Neurologen, Neurochirurgen und Anästhesisten – soll für die Probleme der Hirntoddiagnostik nach den seit 1997 geltenden Richtlinien der Bundesärztekammer Hilfestellung und Beratung geben und Kollegen in der Praxis unterstützen. Die Aufgaben der neuen Arbeitsgruppe Hirntoddiagnostik bestehen vor allem in einer Qualitätssicherung der Hirntoddiagnostik und deren Dokumentation, gegebenenfalls bis hin zu Lösungsvorschlägen für die Bundesärztekammer im Sinne von Empfehlungen zur Aktualisierung der Richtlinien entsprechend des Fortschrittes der medizinisch-technischen Diagnoseverfahren, der Besprechung von Problemfällen und der Sicherstellung der Hirntoddiagnostik in der Fort- und Weiterbildung. Zu einzelnen Themenbereichen werden auch Vertreter der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) hinzugezogen. Ziel dieser Arbeitsgruppe soll es sein, an allen Kliniken des Freistaates Sachsen eine hohe Qualität in der Hirntoddiagnostik und dadurch eine Steigerung der Organspende in Sachsen zu erreichen. Das gelang eindrucksvoll. Die realisierten Organspenden in Sachsen stiegen von 51 (2002) auf 70 (2003), die postmortal gespendeten Organe (Niere, Herz, Leber, Lunge, Pankreas, Dünndarm) von 152 (2002) auf 209 (2003). Sachsen liegt damit in der Region Ost – bezogen auf die Einwohnerzahl – zwar knapp vor Sachsen-Anhalt, aber noch weit hinter Thüringen (Angaben mit freundlicher Genehmigung der DSO Region Ost). Die Arbeitsgruppe hat sich im vergangenen Jahr dreimal getroffen und hat unter anderem eine Art Mentorenschaft für die Transplantationsbeauftragten der sächsischen Krankenhäuser errichtet. Dabei sind jedem Krankenhaus, in denen potentiell Hirntote erscheinen, qualifizierte Mitarbeiter dieser Arbeitsgruppe fest zugeordnet. Sie werden in kollegialer Weise zeitnah zur Seite stehen, falls im Vorfeld einer Hirntoderklärung oder in der Durchführung von Hirntoddiagnostik, Angehörigenführung, Konditionierung und Organentnahme offene Fragen bestehen oder entstehen.

Ein praktisches Ziel dieser Arbeitsgruppe ist es, durch Schulung und Fortbildung in den Kliniken jeden Arzt auf der Intensivstation zu befähigen, das Frühstadium des Hirntodsyndroms zu erkennen und die klinische Untersuchung der Hirntoddiagnostik durchzuführen. Somit ist bereits im Vorfeld eine Kontaktaufnahme/Zusammenarbeit wünschenswert. Solche Fortbildungen werden durch die DSO organisiert und können bei Bedarf jederzeit von dem zuständigen Koordinator beantragt werden (DSO, Region Ost, Telefon 03 41/52 55 76 60).

## 6.12

### Berufsbildungsausschuss Arzthelferinnen (Dr. Bernhard Ackermann, Zwickau, Vorsitzender)

Der Berufsbildungsausschuss „Arzthelferinnen“ befasste sich in der dritten Sitzung der Berufungsperiode 2001–2004 am 29. November 2003 mit der Auswertung der Ergebnisse der Abschluss- und Zwischenprüfungen, der Novellierung der Ausbildungsverordnung, der Arzthelferinnen-Ausbildung und der Fortbildung zur Arztfachhelferin nach dem Curriculum der Bundesärztekammer.

Die Auswertung der Abschlussprüfungen im Winter 2003 und im Sommer 2003 für Sachsen ergab im Ergebnisvergleich der Prüfungsergebnisse der letzten Jahre keine gravierenden Unterschiede. Die Ergebnisse der Beruflichen Schulzentren sind unabhängig von der Größe der Fachklassen.

Datum	2000		2001		2002		2003	
	Winter	Sommer	Winter	Sommer	Winter	Sommer	Winter	Sommer
Teilnehmer	35	285	59	261	65	244	57	248
Durchschnitt im Gesamtprädiat	3,2	3,7	4,0	3,6	3,4	3,5	3,2	3,5
Nichtbestandene Prüfung in %	0	11,6	22	8,4	6,2	7,4	8,8	8,9

Auffällig waren wie im Jahr 2002 die relativ schlechten Ergebnisse im Prüfungsfach Verwaltung.

Die Zwischenprüfung am 7. Juli 2003 ergab einen Durchschnitt von 4,0; im Vergleich zum Vorjahr keine Veränderung.

Jahr	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Teilnehmer	360	291	265	263	266	267
Durchschnitt	3,5	2,8	3,9	3,4	4,0	4,0

Die Tatsache, dass das Ergebnis der Zwischenprüfung keine Relevanz für die Gesamtbenotung der Arzthelferinnen-Ausbildung hat, bewirkt keine Motivation für gute Prüfungsergebnisse. Die Bekanntgabe der Note der Zwischenprüfung gegenüber dem Ausbilder scheitert an den gesetzlichen Regelungen, die sein Verlangen dafür voraussetzen.

Das Angebot des Referates Arzthelferinnenwesen zur Auswertung der Zwischenprüfung in den Berufsschulklassen wird gut angenommen.

Als Gründe für die unbefriedigenden Ergebnisse der Arzthelferinnen-Ausbildung wurden von den Mitgliedern des Berufsbildungsausschusses aufgeführt:

- die schlechter werdenden Zugangsvoraussetzungen, die Grundlagen müssen in der allgemein bildenden Schule gelegt werden,
- Bewerbungen sind zunehmend von schlechten Schulabschleusstzeugnissen, insbesondere von katastrophalen Deutsch-Kenntnissen geprägt,
- die allgemeine Motivation zum Helfen geht zurück,
- die fehlende Berufsmotivation, da der Beruf „Arzthelferin“ nur noch für 4–6 Schüler einer Klasse der Wunschberuf ist,
- das mangelnde Interesse an Medizin,
- keine eigenen Aktivitäten, zum Beispiel Lesen von Fachbüchern,
- das „Lernen lernen“ wird in der allgemein bildenden Schule nicht oder nicht ausreichend geübt,
- Leistungsgruppen/Konsultationen werden von Schülern nicht angenommen, da häufig zu weite Anfahrtswege,
- gute Schüler werden ausgegrenzt.

Ärzte, die bereit sind auszubilden, sollten bei Bewerbungen auf die Noten der Schulzeugnisse und die berufliche Motivation achten. Das Schülerpraktikum in der 9. Klasse sollte intensiver zum „Kennen lernen“ genutzt werden. Die allgemein zu schlechten Noten der Schulabgänger schränken jedoch eine gute Auswahl der Auszubildenden ein.

Ein Vergleich der registrierten Ausbildungs- und Umschulungsverhältnisse zeigt, dass die Zahl der Ausbildungs- und Umschulungsplätze in Sachsen 2003 kaum rückläufig ist.

Jahr	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Auszubildende	278	263	271	280	281	262
Umschüler/innen	24	47	37	30	53	45

Die Vorbereitungen zur Novellierung der Ausbildungsverordnung sind abgeschlossen. Nach Feststehen der Eckdaten erfolgte die Beantragung des Novellierungsverfahrens beim Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung.

Die Berufsbezeichnung soll „Medizinische Fachangestellte“ sein. Bei der Novellierung der Ausbildungsverordnung besteht eine Diskrepanz der Auffassungen und Vorstellungen der östlichen und westlichen Bundesländer. Es wird befürchtet, dass es zu einer Aufwertung der Bereiche Verwaltung und Qualitätsmanagement kommt und gleichzeitig der Bereich Medizin reduziert wird.

Der Beschluss Nr. 2 vom 24. Februar 1992 zur Anzahl der Auszubildenden in einer Arztpraxis hat sich bewährt. Im Jahr 2003 wurden 23 Anträge auf einen zweiten Ausbildungsplatz und zwei Anträge auf einen Ausbildungsplatz ohne Fachpersonal gestellt. Voraussetzung für die Genehmigung eines solchen Antrages ist – neben den Kriterien der Gewährleistung der fachlichen Anleitung durch den Arzt und die Vermittlung der Praxisorganisation – die Beschäftigung von ausreichend Fachpersonal. Allen Anträgen konnte – gegebenenfalls mit Auflagen – stattgegeben werden.

Die in diesem Jahr verstärkt auftretende Problematik der Finanzierung von Umschulungen durch die Arbeitsämter, die Umschulungen nur über einen Zeitraum von 24 Monaten fördern, führte zur erneuten Beratung des Beschlusses „Verkürzung der Ausbildungs- und Umschulungszeit“. Der Berufsbildungsausschuss und die Sächsische Landesärztekammer vertreten die Auffassung, dass es sich bei dem Beruf der Arzthelferin um einen verantwortungsvollen Beruf im Gemeinwohl-Interesse handelt. Dies setzt besondere Kenntnisse und Fertigkeiten im Umgang mit und am Menschen voraus. Ohne Vorliegen umfassender medizinischer Kenntnisse muss die Verkürzung auf eine zweijährige Umschulungszeit im Patienteninteresse ausgeschlossen werden.

Nach vermehrter Antragstellung auf Anerkennung der Eignung der Ausbildungsstätte von Einrichtungen, die nicht einer Arztpraxis entsprechen (zum Beispiel Krankenhäuser, Rehabilitationskliniken und Arbeitsmedizinische Dienste), wurde ein Beschluss zur Sicherung der Qualität der Ausbildung (Absicherung der Ausbildungsinhalte) bestätigt. Die Einrichtung verpflichtet sich im Ausbildungsvertrag, die Auszubildende grundsätzlich sechs Monate in Arztpraxen ausbilden zu lassen. Die Fachrichtungen werden durch die Sächsische Landesärztekammer festgelegt.

---

Auf Grund der verstärkt auftretenden Nachfrage nach Fortbildungen für Arzthelferinnen, insbesondere nach einer Aufstiegsfortbildung zum Arztfachhelfer/zur Arztfachhelferin befasste sich der Berufsbildungsausschuss mit dieser Thematik. Der Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer wird eine Ordnung für die Fortbildung und Prüfung zur Arztfachhelferin zur Beschlussfassung vorgelegt.

## 7 Gesundheitspolitische Arbeit und Auslandskontakte

### 7.1 Sächsisches Bündnis Gesundheit 2000 (Dr. Gisela Trübsbach, Dresden, Vorstandsmitglied)

Während in den meisten deutschen Bundesländern die Bündnisse für Gesundheit im Jahre 2003 nicht mehr tätig waren, hat sich das „Sächsische Bündnis Gesundheit 2000“ kontinuierlich in die gesundheitspolitischen Debatten eingemischt. In offenen Briefen wandte sich das sächsische Bündnis parallel zum Außerordentlichen Deutschen Ärztetag im Februar an die Gesundheitspolitiker, um auf die Fehlentwicklungen im Gesundheitssystem aufmerksam zu machen. Im Sommer 2003 folgte ein Informationsfaltblatt, welches die sächsische Bevölkerung über die geplanten Maßnahmen innerhalb einer Gesundheitsreform informierte und aufklärte. Und im Oktober veranstaltete das sächsische Bündnis einen Informationstag im Stadtzentrum von Dresden mit regem Zuspruch durch Passanten und Medien. Noch im Dezember 2003 richteten die Bündnispartner in einem Schreiben an die Bundesgesundheitsministerin die Forderung, die geplanten Maßnahmen zur Konsolidierung der Gesetzlichen Krankenversicherung auf das zweite Halbjahr 2004 zu verschieben, um ein Chaos in der Betreuung der Patienten zum 1. Januar 2004 zu verhindern.

Die Standpunkte der Mitarbeiter aus den Heilberufen konnten mit diesen Maßnahmen deutlich und die Probleme im Osten Deutschlands besonders hervorgehoben werden. Ein Umdenken in einigen Bereichen der geplanten Gesundheitsreform war festzustellen.

Öffentlichkeitswirksame Aktionen des Bündnisses gegen die Entwicklungen in der Gesundheitspolitik werden weiterhin ein probates Mittel gegen Fehlsteuerungen in der Politik auch 2004 sein. Daneben wird es konstruktive Vorschläge aus den Reihen des Bündnisses geben, um nicht nur zu kritisieren.

Neu ist die Darstellung des sächsischen Bündnisses im Internet unter [www.buendnis-gesundheit-sachsen.de](http://www.buendnis-gesundheit-sachsen.de). Die Plattform wurde ebenfalls 2003 eingerichtet. Für 2004 sind weitere Gespräche und wirksame Aktionen geplant. So wird es im Juni 2004 einen von der Sächsischen Landesärztekammer initiierten Tag der Gesundheitspolitik geben.

Das „Sächsische Bündnis Gesundheit 2000“ wird auch in Zukunft nicht erst auf die Grundsatzpapiere der Parteien warten, sondern kontinuierlich Einfluss auf die laufenden gesundheitspolitischen Debatten nehmen. Denn nach der Reform ist vor der Reform und in Sachsen sind 2004 Landtagswahlen.

### 7.2 Deutsch-polnische Arbeitsgruppe (Dr. Helmut Schmidt, Hoyerswerda, Moderator)

Die Tätigkeit der Deutsch-polnischen Arbeitsgruppe der Sächsischen Landesärztekammer war im Jahr 2003 durch die Vorbereitungen und der Durchführung des 2. Deutsch-polnischen Symposiums in Meißen gekennzeichnet. Vom 12. bis 14. September 2003 trafen sich dort über 200 Mediziner, Politiker und gesellschaftliche Vertreter aus beiden Ländern, um unter dem Thema „Vergangenheit verstehen – Zukunft gestalten“ historische Fragestellungen sowie zukünftige Entwicklungen nach dem Beitritt Polens zur Europäischen Union (EU) zu diskutieren.

Inhaltlich spannte sich der Bogen von einer Auseinandersetzung mit der Breslauer Geschichte vor und nach 1945 in Verbindung mit den Lebenswegen der damaligen Ordinarien über die Probleme eines zukünftigen europäischen Gesundheitswesens mit den Kernfragen der Verteilungs- und Behandlungserechtigkeit für die Menschen links und rechts der Neiße sowie dem Stand der ärztlichen Weiterbildung. Zu den Hauptreferenten gehörten Prof. Egon Bahr, Bundesminister a. D., Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer, und Dr. Konstanty Radziwill, Präsident der polnischen Landesärztekammer.

Auch das Thema Ärztemangel in Deutschland spielte eine wichtige Rolle auf dem Symposium. Die polnische Seite sieht in einem Austausch die Möglichkeit für Ärzte, ihre praktischen Auslandserfahrungen und natürlich ihre Sprachkenntnisse zu vervollständigen. Ein Exodus von Ärzten wird von der polnischen Seite nicht befürchtet, weil die deutsche Sprache auch eine Barriere darstellt.

Alle Referate liegen in einem Tagungsband vor und können so als wichtige Materialien für die weitere Zusammenarbeit genutzt werden. Besonderes Interesse von Seiten der polnischen Niederschlesischen Ärztekammer besteht auf Grund der Erweiterung der EU 2004 weiterhin an der Angleichung der dortigen Weiterbildungsordnung für Ärzte an die Regelungen und Inhalte der sächsischen Weiterbildungsordnung. In Polen erfolgt die medizinische Fort- und Weiterbildung inzwischen nach EU-Richtlinien.

Bereits im IV. Quartal 2004 soll es ein weiteres Treffen auf Vorstandsebene zwischen der Sächsischen Landesärztekammer und der polnischen Niederschlesischen Ärztekammer geben. Für 2005 ist ein 3. Deutsch-polnisches Symposium in Breslau vorgesehen. Spätestens dann werden erste Entwicklungen der EU-Osterweiterung auf dem Sektor des Gesundheitswesens deutlich erkennbar und somit zu diskutieren sein. Denn nach ersten Einschätzungen werden in Polen ähnlich große Umstrukturierungen erwartet wie nach 1990 in Ostdeutschland.

Die inhaltlichen und organisatorischen Arbeiten zu diesem Symposium erfolgten im Wesentlichen durch die Sächsische Landesärztekammer und umfassten nicht nur die Koordinierung der Referate und Referenten, sondern auch die technische Vorbereitung, die Suche nach Sponsoren, die Erstellung der Tagungsunterlagen sowie die Vorbereitung eines Rahmenprogramms. Das Engagement der Mitglieder der Arbeitsgruppe und einer Vielzahl von Angestellten der Sächsischen Landesärztekammer hat dazu beigetragen, dass dieses Symposium von den deutschen und polnischen Teilnehmern als sehr gelungen bezeichnet worden ist.

## Sächsische Ärzteversorgung

(Dr. Helmut Schmidt, Hoyerswerda, Vorsitzender des Verwaltungsausschusses)

Auch im Geschäftsjahr 2003 kann die Tätigkeit der Sächsischen Ärzteversorgung nicht losgelöst von den äußeren politischen und wirtschaftlichen Gegebenheiten betrachtet werden. Die besondere Aufmerksamkeit galt der Sicherung des Kapitalvermögens. Daneben garantierten die im Vergleich zum Vorjahr deutlich angestiegenen Beitragseinnahmen sowie eine ökonomische Haushaltsführung die kontinuierliche und stabile Entwicklung des Versorgungswerkes zum Nutzen seiner Mitglieder.

Zur Wahrnehmung der satzungsgemäßen Aufgaben trafen sich die Mitglieder des Verwaltungsausschusses als geschäftsführendes Organ zu elf Beratungen und diskutierten monatlich die wirtschaftliche Situation des Versorgungswerkes, vor allem den Kapitalmarkt und die daraus resultierenden Anlagestrategien, informierten sich unter anderem über die Beitragssituation, den Stand der Leistungsgewährung und andere anstehende Probleme. Die Ehrenamtler waren darüber hinaus bei Beratungen in Kapitalanlageausschüssen und der Kommission zur Entscheidung über das Vorliegen von Berufsunfähigkeit für die Mitglieder tätig. Wie inzwischen langjährige Tradition, kam der Verwaltungsausschuss dem Informationsbedürfnis der Mitglieder durch Informationsveranstaltungen und Vorträge in den Kreisärztekammern nach. Veröffentlichungen im „Ärzteblatt Sachsen“ und im Internet ([www.saev.de](http://www.saev.de)) ergänzen die Bemühungen um eine sachliche Information der Mitglieder.

Der Aufsichtsausschuss nahm als überwachendes Organ seine Aufgaben gemäß § 4 Absatz 8 SSÄV in drei Sitzungen wahr und informierte sich über die Geschäftstätigkeit, den Rechnungsabschluss 2002, die Kapitalanlage und besprach die vom Verwaltungsausschuss vorgelegten Beschlüsse für die 14. erweiterte Kammerversammlung. Weiterhin nahm jeweils ein Vertreter des Ausschusses an den monatlichen Sitzungen des Verwaltungsausschusses teil.

Am 28. Juni 2003 tagte die 14. erweiterte Kammerversammlung, höchstes Organ der Sächsischen Ärzteversorgung, auf der die ärztlichen und tierärztlichen Mandatsträger Beschlussfassungen zum Jahresabschluss 2002, zum Geschäftsbericht, zur Rentenbemessungsgrundlage und Dynamisierung der laufenden Renten und Anwartschaften zum 1. Januar 2004 vornahmen. Die Rechenschaftslegung ergab, dass die Mittel der Sächsischen Ärzteversorgung entsprechend § 7 Absatz 1 SSÄV nur zur Bestreitung der satzungsgemäßen Leistungen und der notwendigen Verwaltungskosten verwendet wurden. Die erweiterte Kammerversammlung erteilte dem Aufsichtsausschuss und dem Verwaltungsausschuss Entlastung.

Die Sächsische Ärzteversorgung verzeichnete im Jahr 2003 einen Nettozugang von 152 Mitgliedern und erreichte zum Jahresende mit einem aktiven Mitgliederbestand von insgesamt 12.748 Aktiven einen, aus versicherungsmathematischer Sicht, sehr zufrieden stellenden Anstieg. Für das Beitragsvolumen des Geschäftsjahres sind nach wie vor verschiedene Einflussfaktoren wie die Einkommenssituation der Ärzte und Tierärzte und der gegenüber dem Vorjahr unverändert gebliebene Beitragssatz der gesetzlichen Rentenversicherung bei relativ stark erhöhter Bemessungsgrenze ausschlaggebend; so dass für das Geschäfts-

jahr 2003 von einer guten Beitragsdynamik gesprochen werden kann.

Bis zum Ende des 12. Geschäftsjahres gewährte die Sächsische Ärzteversorgung insgesamt 28,8 Mio. Euro für Leistungen in den Bereichen Hinterbliebenen-, Alters- oder Berufsunfähigkeitsversorgung, davon allein 8,4 Mio. Euro im Jahr 2003. Zum 31. Dezember 2003 zahlte die Versorgungseinrichtung an 264 Hinterbliebene, an 65 Berufsunfähige und an 991 Altersruhegeldempfänger Renten nach den Bestimmungen der Satzung.

Die Situation an den Kapitalmärkten stellte sich im Jahr 2003 wesentlich erfreulicher dar, als in den beiden Jahren zuvor. Neben der positiven Markttendenz hat die primär sicherheitsorientierte Anlagestrategie des Versorgungswerkes zur deutlichen Steigerung der Kapitalerträge beigetragen.

Das Vermögen der Sächsischen Ärzteversorgung wird aufgrund der Mitgliederstruktur in den folgenden Jahren weiter dynamisch wachsen. Der verbleibende Abstockungsbetrag aus der Einführung der berufsständischen Richttafeln wird entsprechend den versicherungsmathematischen Möglichkeiten weiter abgetragen.

Die Sächsische Ärzteversorgung garantiert aufgrund ihrer soliden Finanzierung nicht nur die zurzeit eingewiesenen Versorgungsleistungen, sondern übernimmt auch die Zusage für künftige Versorgungsansprüche.

(Detaillierte Angaben zum Geschäftsverlauf und zum Ergebnis enthält der „Geschäftsbericht 2003 – Sächsische Ärzteversorgung“. Er kann von Mitgliedern der Sächsischen Ärzteversorgung nach Beschlussfassung durch die erweiterte Kammerversammlung am 26. Juni 2004 eingesehen beziehungsweise angefordert werden.)

## 9.0

### Hauptgeschäftsstelle

(Ch. Evely Körner, Sekretariat)

Die ehrenamtliche Tätigkeit der Ärztinnen und Ärzte an der Sächsischen Landesärztekammer erfolgt mit hohem Engagement und sehr viel Kompetenz. Unterstützt werden sie dabei von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Hauptgeschäftsstelle mit einer funktionstüchtigen, effizienten und flexibel arbeitenden Verwaltung. Technische Neuerungen, Prozessoptimierungen und der Einsatz moderner Arbeitsmittel werden intensiv genutzt, um Reserven im Arbeitsablauf zu verbessern und auftretende Unzulänglichkeiten zu beseitigen.

Per 31. Dezember 2003 waren in der Hauptgeschäftsstelle in Dresden 48 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und in den Bezirksstellen Chemnitz und Leipzig jeweils eine Mitarbeiterin beschäftigt. In der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung und in der Ärztlichen Stelle gemäß § 16 RöV waren neun Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angestellt. In der Verwaltung der Sächsischen Ärzteversorgung waren am 31. Dezember 2003 insgesamt 29 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die ärztlichen und tierärztlichen Mitglieder tätig.

Nachfolgende Zahlen verdeutlichen die im vergangenen Jahr geleistete umfangreiche Verwaltungsarbeit der Sächsischen Landesärztekammer.

Bearbeitung, Erteilung beziehungsweise Ausstellung von:

- 352 Weiterbildungsbefugnissen
- 957 Anerkennungen nach der Weiterbildungsordnung
- 435 Fachkunden
- 921 Arztausweisen
- 71 Schildern „Arzt-Notfall“
- 358 Anträgen an die Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen
- 1.619 Patientenbeschwerden/-anfragen (mBA/oBA)
- 48 Anträgen auf Genehmigung von Zweigpraxen
- 156 Anträgen auf Beitragsermäßigung, -stundung oder -erlass

im Arzthelferinnenwesen:

- 307 registrierten Ausbildungs- und Umschulungsverträgen
- 267 Teilnehmerinnen an Zwischenprüfungen
- 305 Teilnehmerinnen an Abschlussprüfungen.

Der tägliche Postein- und -ausgang ist im Vergleich zum Vorjahr weiter angestiegen. Die zu bearbeitenden Sendungen lagen bei zirka 530 Stück pro Tag.

An der Sächsischen Landesärztekammer wurden 535 Veranstaltungen wie zum Beispiel Sitzungen der Ausschüsse, Vorstandssitzungen, Kammerversammlungen, Seminare, Fortbildungsveranstaltungen aber auch Fremdveranstaltungen mit 17.107 Teilnehmern durchgeführt, die von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Hauptgeschäftsstelle vorbereitet, organisiert und betreut wurden. Die für diese Veranstaltungen nutzbaren Räumlichkeiten werden optimal auch an den Wochenenden ausgelastet.

Neun Konzerte der „Jungen Matinee“ der Dresdner Musikschulen und der Musikhochschule „Carl Maria von Weber“, sechs Vernissagen von Künstlern, vorrangig aus Sachsen, waren die kulturellen Höhepunkte des vergangenen Jahres. 1.268 Gäste bestätigen den Erfolg dieser schon traditionellen Veranstaltungen, die von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Hauptgeschäftsstelle zusätzlich zu ihren Dienstaufgaben vorbereitet, organisiert und betreut wurden.

Allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Sächsischen Landesärztekammer und der Sächsischen Ärzteversorgung wird für ihr aktives Mitwirken, ihre engagierte Arbeit im Dienste der sächsischen Ärzteschaft, ihre Einsatzfreude sowie ihr freundliches Auftreten bei allen Anfragen und Belangen herzlich gedankt.

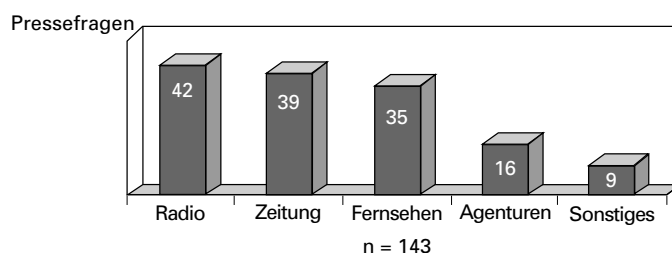
## 9.01 Öffentlichkeitsarbeit

(Knut Köhler, M.A., Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit)

Die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit dient dem Ziel, das Vertrauen und die positive Einstellung der allgemeinen Öffentlichkeit wie der Mitglieder in die Ärztekammer zu stärken. Sie nimmt eine Mittlerfunktion ein zur allgemeinen Öffentlichkeit auf der einen (extern) und zur Mitgliedschaft (intern) auf der anderen Seite. Sie versteht sich dabei als Anwältin einer offenen, auf Transparenz ausgerichteten, Informationspolitik. Es gehört auch zu den Aufgaben der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, die Sichtweisen, Fragen und Erwartungen der Medienvertreter sowie der Öffentlichkeit in der Kammer zu thematisieren. Gleichzeitig transportiert sie wichtige Themen des Berufsstandes nach außen und bringt Fragestellungen auf die Agenda.

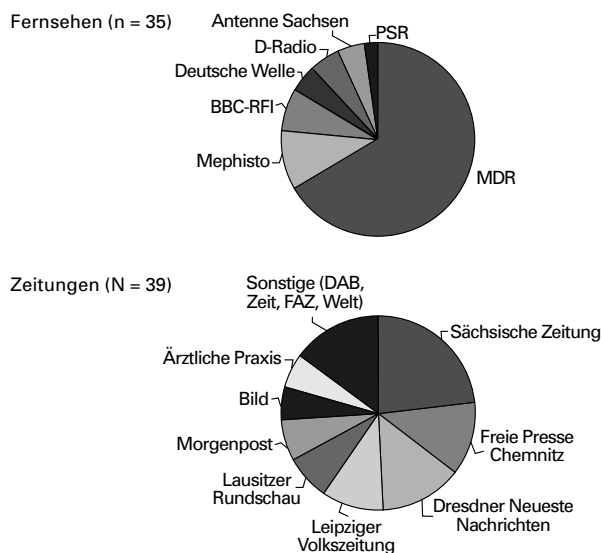
Zentrales Instrument der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit ist die Pressemitteilung. Mit ihrer Hilfe werden neben den aktuellen tagespolitischen Standpunkten auch die Arbeit der Ausschüsse, der Arbeitsgruppen und des Vorstandes weitergegeben. Im Jahre 2003 wurden 70 Pressemitteilungen durch die Sächsische Landesärztekammer den Medien zur Verfügung gestellt. Diese führten entweder zu einer direkten Veröffentlichung in den Meldungen der Medien oder zur Anregung für die Bearbeitung des Themas durch einen Journalisten. Durch die Pressestelle erfolgte auch die Anregung oder Vermittlung von 32 Interviews mit dem Präsidenten, den Mitgliedern des Vorstandes oder der Ausschüsse. Die angesprochenen Themen reichten von der allgemeinen Gesundheitspolitik über Ärztemangel bis hin zu Disease-Management-Programmen und Prävention. Weitere rund 200 Presseanfragen von Medienvertretern aus dem In- und Ausland wurden ebenfalls bearbeitet (Abbildung 1). Alle Pressemitteilungen, auch von der Bundesärztekammer, und sonstige relevante Informationen werden zudem per E-Mail an alle Kreisärztekammern versendet.

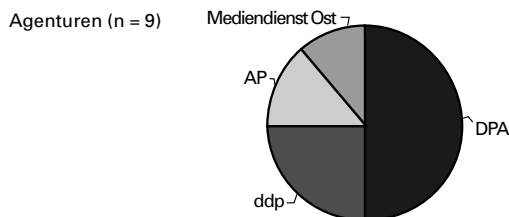
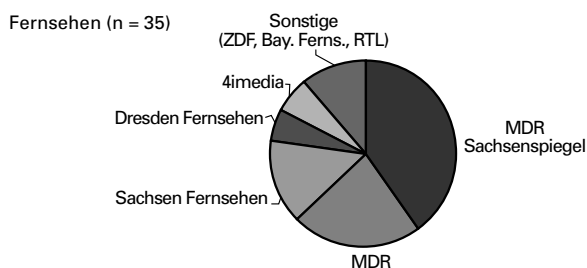
Abbildung 1: Presseanfragen 2003



Unterteilt man die Anfragen nach Mediengattung und Häufigkeit, so ergibt sich ein zu erwartendes Bild (Abbildung 2–5). Die sächsischen Medien sind am stärksten an Informationen der Sächsischen Landesärztekammer interessiert.

Abbildung 2 bis 5: Presseanfragen 2003 unterteilt nach Mediengattung





Im Laufe des Jahres 2003 ist auch der Sächsische Gesundheitslotse ([www.gesundheitslotse-sachsen.de](http://www.gesundheitslotse-sachsen.de)) durch eine Postkartenaktion verstärkt bekannt gemacht worden. Die Zugriffszahlen auf das Internetportal hat sich im Berichtszeitraum verdoppelt. Weitere Aktionen sind in Vorbereitung.

Die Veröffentlichung von Schriften ist ebenfalls ein Bestandteil der Arbeit. Im Dezember erschien der Band „Erlebnisse – Sächsische Ärzte in der Zeit von 1939 bis 1949“. Dieses Buch kann gegen eine Schutzgebühr bei der Sächsischen Landesärztekammer bezogen werden. Bis zum Ende des Jahres 2003 wurde bereits die Hälfte der 2.000 Exemplare abgegeben.

Für das „Ärzteblatt Sachsen“ und die Internetseite der Sächsischen Landesärztekammer ([www.slaek.de](http://www.slaek.de)) wurden zudem monatlich Beiträge aus der Berufs-, Gesundheits- und Sozialpolitik sowie zu den Ausstellungen im Kammergebäude erarbeitet. Und die Tätigkeitsberichte der Kreisärztekammern und der Sächsischen Landesärztekammer wurden ebenfalls vom Bereich Presse- und Öffentlichkeitsarbeit betreut. Der Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit ist als Vertreter der Sächsischen Landesärztekammer in der Ständigen Konferenz Öffentlichkeitsarbeit und der Zentralen Redaktionskonferenz der Bundesärztekammer sowie im Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen.

## 9.02 Informatik/DV-Organisation

(Dipl.-Ing. Bernd Kögler, Dresden, Informatiker, Dipl.-Ing. (FH) Mathias Eckert, Dresden, Informatiker)

Die Schaffung einer Kommunikationsinfrastruktur zwischen der Sächsischen Landesärztekammer, der Bundesärztekammer und den Ärztekammern in Form eines Virtual Private Network (VPN) sind Voraussetzung für den Einsatz übergreifender Softwarelösungen, zum Beispiel in der Fort- und Weiterbildung und zu Fragen der Gebührenordnung ärztlicher Leistungen. Im Berichtsjahr wurden hierzu die technischen Voraussetzungen geschaffen und mit der Kommunikation über das VPN begonnen. Das Referat Informatik und Verwaltungsorganisation ist eng in die Vorhaben zur Einführung der Health Professional Card (HPC) eingebunden.

Die Arbeit der Arbeitsgruppe Multimedia in der Medizin wurde im Berichtsjahr in ihrer Arbeit unterstützt und betreut. So wurden im Berichtsjahr Entscheidungen zur Auswahl einer Verwaltungssoftware für die Pflege der Internetseiten der Sächsischen Landesärztekammer getroffen. Mit dem Einsatz des Systems soll eine Trennung zwischen den Inhalten und deren Darstellung realisiert werden. Damit wird zukünftig der Aufwand zur Pflege der Internetseiten reduziert und ein schnelleres Reagieren auf aktuelle Erfordernisse ermöglicht. Mit der Übernahme der bestehenden Inhalte in die Verwaltungssoftware soll gleichzeitig eine Modernisierung des Erscheinungsbildes erfolgen. Augenmerk liegt dabei auch auf der Schaffung eines barrierefreien Zuganges zur Internetdarstellung der Sächsischen Landesärztekammer.

Nachdem in den vergangenen Jahren die Netzwerkelektronik des Hausnetzes der Sächsischen Landesärztekammer modernisiert wurde, lag im Berichtsjahr ein Aufgabenschwerpunkt des Referates Informatik und Verwaltungsorganisation in der Erneuerung der Serverlandschaft. Dazu wurde die Hardware des Datenbank- und des Kommunikationsservers erneuert und die eingesetzte Software, insbesondere die im Einsatz befindliche Oracle-Datenbank, auf den aktuellen Release-Stand gebracht. Dies wurde auch deshalb notwendig, weil ein Support durch die Hersteller in den eingesetzten Release-Ständen nicht mehr verfügbar ist.

Für die Unterstützung der Vorgangsbearbeitung im Bereich der Weiterbildung wurde die im Referat Informatik erarbeitete und bereits im Einsatz befindliche Software erweitert und anpasst. Zum Kauf einer Vorgangsverwaltung im Juristischen Geschäftsbereich wurde ein Anbieter ausgewählt und die notwendigen organisatorischen und programmtechnischen Voraussetzungen für den Einsatz der Software geschaffen; die Anwendung erfolgt mit Beginn des Jahres 2004.

Für das Referat Arzthelferinnenwesen wurde gemeinsam eine neue Softwarelösung erarbeitet.

Die Durchführung der Wahlen zur Kammerversammlung der Legislaturperiode 2003–2007 wurde durch das Referat Informatik unterstützt.

Zu den Aufgaben des Referates Informatik gehört die jährliche Ärztestatistik.

Am 31. Dezember 2003 waren 9.061 Ärztinnen und 8.701 Ärzte sowie 23 freiwillige und 37 Zweitmitgliedschaften bei der Sächsischen Landesärztekammer gemeldet. Detailangaben, insbesondere zur Altersstruktur, sind im Anhang A dargestellt. Zusätzlich wurden im Berichtsjahr zahlreiche Auswertungen und Statistiken zur Ärzteschaft in Sachsen erstellt.

## 9.1 Ärztlicher Geschäftsbereich

(Dr. Siegfried Herzig, Ärztlicher Geschäftsführer)

Das Referat Weiterbildung/Prüfungswesen, das Referat Fortbildung sowie die Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung und die Ärztliche Stelle gemäß § 17a Röntgenverordnung gehören zum Ärztlichen Geschäftsbereich. Wie in all den Jahren zuvor waren die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Ärztlichen Geschäftsbereiches auch im Jahre 2003 bemüht, ihre Arbeitsaufgaben zügig, fehlerfrei und sachgerecht zu erfüllen. Es kann eingeschätzt werden, dass trotz der Turbulenzen, von denen das Jahr 2003 geprägt war, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des



Ärztlichen Geschäftsbereiches durch Einsatzbereitschaft und Fachkompetenz ihre Aufgaben erfolgreich erfüllt haben. Die einschneidendste Veränderung brachte das Gesundheitsmodernisierungsgesetz, das auf dem außerordentlichen Deutschen Ärztetag im Februar 2003 vorab diskutiert wurde. Ein Höhepunkt war die 28. Kammerversammlung, auf der der neue Vorstand und alle Ausschüsse neu gewählt wurden. Sowohl in der Vorbereitung als auch in der Nachbereitung erforderte dies von allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern einen vollen Einsatz.

Der Ärztliche Geschäftsführer und weitere Mitarbeiter des Ärztlichen Geschäftsbereiches haben sich in der Vorbereitung und Durchführung des 2. Deutsch-polnischen Symposiums vom 12. bis 14. September 2003 in Meißen besonders engagiert.

Im Referat Weiterbildung/Prüfungswesen prägte unter anderem die Vorbereitung der Umsetzung der auf dem 106. Deutschen Ärztetag beschlossenen (Muster-) Weiterbildungsordnung die Arbeit.

Die Arbeit in den Referaten kann durch folgende Zahlenbeispiele untermauert werden:

Im Jahre 2003 wurden im Referat Weiterbildung/Prüfungswesen 665 Prüfungen (2002 = 604) zur Erlangung einer Gebietsbezeichnung oder eines Schwerpunktes durchgeführt.

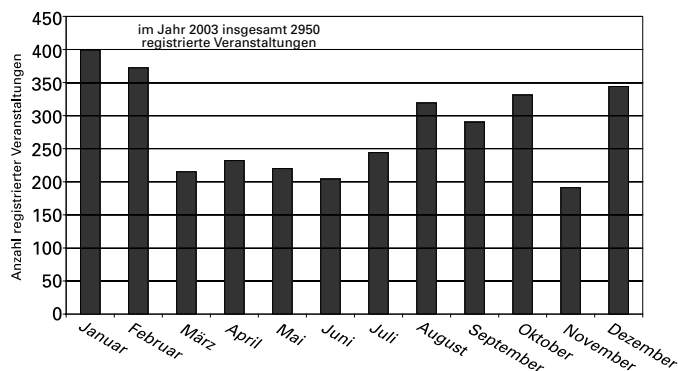
Darunter waren 46 Prüfungen zur Erlangung des Facharztes für Allgemeinmedizin (2003 = 34). Fakultative Weiterbildungen wurden 65 erteilt (2002 = 51). Zusatzbezeichnungen wurden 208 (2002 = 203) geprüft und 479 (2002 = 529) Fachkunden sowohl nach der Weiterbildungsordnung als auch nach gesetzlichen Grundlagen erteilt.

Bei Weiterbildungsbefugnissen für Gebiete und Schwerpunkte wurden 292 (2002 = 359) Anträge bearbeitet, dazu kommen noch 40 (2002 = 42) Weiterbildungsbefugnisse für Zusatzbezeichnungen, 22 für die fakultative Weiterbildung (2002 = 17) und eine (2002 = 1) für Fachkunden im Gebiet.

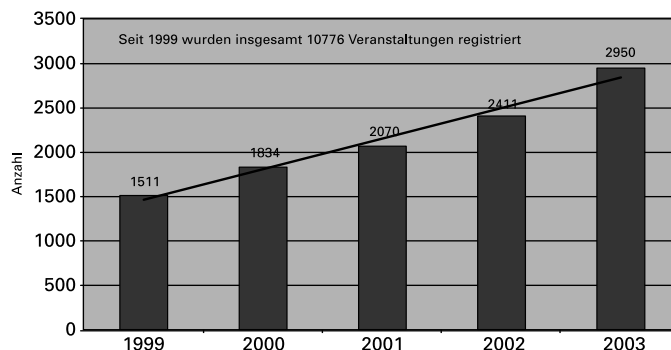
Erstmals wurde eine Ermächtigung für die Organisation der Weiterbildung im Gebiet Allgemeinmedizin erteilt.

Den hervorragenden Leistungen im Referat Weiterbildung/Prüfungswesen stehen die Leistungen des Referates Fortbildung in nichts nach. Durch die Ankündigung der Pflichtfortbildung per Gesetz ab dem 1. Januar 2004 hat der Stellenwert der Fortbildung einen erheblichen Schub erhalten. Unzählige Anfragen galt es zu beantworten und die Ärzte mit den neuen Bedingungen vertraut zu machen. Dies zeigt sich auch in der zunehmenden Anzahl von Anträgen, die bei der Sächsischen Landesärztekammer zur Anerkennung als zertifizierte Fortbildung eingereicht werden.

#### Anzahl der Fortbildungsveranstaltungen im Jahr 2003



#### Anzahl registrierter Veranstaltungen seit 1999



Einige Zahlen von Leistungen aus dem Referat Fortbildung mögen Zeugnis von der fleißigen und immensen Arbeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter geben.

In der Notfallmedizin wurden 2003 jeweils ein Kurs Leitender Notarzt, Ärztlicher Leiter Rettungsdienst, Refresherkurs für Leitende Notärzte mit insgesamt 80 Teilnehmern durchgeführt. Drei Kurse zur Erlangung der Fachkunde Rettungsdienst besuchten 117 Teilnehmer. Einer der begehrtesten und meistbesuchten Kurse der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung, der auch von Teilnehmern aus anderen Bundesländern gern besucht wird, ist der Kurs für Arbeitsmedizin und Betriebsmedizin. Es wurden fünf Kursteile mit insgesamt 212 Teilnehmern durchgeführt.

Ein 80-Stunden-Kurs Allgemeinmedizin mit 47 Teilnehmern fand ebenfalls statt.

Neun Reanimationskurse für 145 Teilnehmer über ganz Sachsen verteilt wurden durchgeführt.

Insgesamt 193 Teilnehmer besuchten die Kurse Verkehrsmedizinische Begutachtung, Transfusionsmedizin und Ärztliches Qualitätsmanagement.

Die allgemeine postgraduale Fortbildung für Ärzte bot zahlreiche Veranstaltungen (26) in einem breitgefächerten Spektrum an, die von insgesamt 1.306 Ärzten in den Räumen der Sächsischen Landesärztekammer besucht wurden.

Im Jahre 2003 konnten 228 Fortbildungszertifikate ausgereicht werden. Seit Einführung der zertifizierten Fortbildung wurden schon über 1.000 Fortbildungszertifikate ausgegeben. Die Einführung der Fortbildungsplakette hat die Akzeptanz der zertifizierten Fortbildung weiter erhöht.

In den Räumen der Sächsischen Landesärztekammer haben im Jahr 2003 543 Veranstaltungen mit insgesamt 18.301 Teilnehmern stattgefunden.

Auch in der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung und der Ärztlichen Stelle gemäß § 17a Röntgenverordnung wurde eine umfangreiche und qualitätsgerechte Arbeit geleistet (siehe gesonderte Berichterstattung unter 5.5.2 und 5.5.1).

## 9.2

### Juristischer Geschäftsbereich

(Assessorin Iris Glowik, Juristische Geschäftsführerin; Assessor Michael Kratz, Rechtsreferent)

#### 1. Berufsregister

Schwerpunkt der Arbeit des Berufsregisters ist die Pflege bestehender Daten der Kammermitglieder, deren Aktualisierung, und die Neuaufnahme von Daten.

So wurden sämtliche Meldungen über die Änderung von Privat- und Dienstadressen sowie Tätigkeiten in die bestehende Datenbank eingearbeitet und in die für jeden Arzt in Sachsen geführte Meldeakte abgelegt. Da die Meldepflicht der Pflichtmitglieder der Sächsischen Landesärztekammer mitunter nicht ernst genug genommen wird, entstehen aufgrund von Informationen aus anderen Geschäftsbereichen und von Dritten eine Vielzahl von Mitteilungen, die vom Berufsregister überprüft und verarbeitet werden müssen. So waren allein über den Deutschen Ärzteverlag und die Leipziger Messeverlag- und Vertriebsgesellschaft mbH (Deutsches Ärzteblatt und „Ärzteblatt Sachsen“) zirka 3.000 Postrückläufer zu überprüfen und die betreffenden Ärzte anzuschreiben.

Weiterhin erhielt das Berufsregister auch aus dem Kaufmännischen Geschäftsbereich zirka 1.500 Veränderungsmeldungen, betreffend zum Beispiel Berufsausübung, Dienststellenwechsel, die dem Berufsregister nicht gemeldet wurden, sondern erst bei der Beitragsveranlagung auffielen.

Zudem obliegt es den Mitarbeitern des Berufsregisters, neue Kammermitglieder (Ärzte im Praktikum, Ärzte aus dem Ausland oder anderen Bundesländern) mit den jeweiligen Daten zu erfassen, alle Unterlagen wie zum Beispiel das Heilberufekammergesetz, die Meldeordnung, die Berufsordnung zuzusenden und die erforderlichen Anmeldungen zu überwachen.

Schließlich werden die von jedem Arzt erworbenen Urkunden (zum Beispiel Approbation/Berufserlaubnis), die nach dem Heilberufekammergesetz und der Meldeordnung der Sächsischen Landesärztekammer vorgelegt werden müssen, in den Datenbestand eingepflegt und in der Akte abgelegt. Der Umfang dessen lag bei zirka 6.000 zu verarbeitenden Urkunden. Daneben werden alle Vorgänge und der Schriftverkehr aus den Geschäftsbereichen und Referaten nach Abschluss des Verfahrens an das Berufsregister gegeben. Daraus ergaben sich zirka 2.200 Vorgänge, die von den Mitarbeitern des Berufsregisters in den Datenbestand und die Arztakten eingepflegt wurden.

Als Dienstleistung für den Arzt wurden im Jahr 2003 921 Arzt- ausweise ausgestellt und 71 Schilder „Arzt-Notfall“ erstellt. Daneben wurden Beglaubigungen für den persönlichen Gebrauch der Ärzte ausgestellt.

Aus allem ergaben sich zirka 24.500 eingearbeitete Eingaben und ein gesamter geführter Schriftverkehr von zirka 9.000 Briefen.

Auch die Vorbereitung der Kammerversammlung erforderte den Datenabgleich aller Mitglieder auf Aktualität und Vollständigkeit. Zu den Aufgaben des Berufsregisters zählen letztlich noch die Archivierung der Vorgänge und Unterlagen der Sächsischen Landesärztekammer und die Bereitstellung und Ausleihe von mehr als 2.400 Arztakten für die Bearbeitung von Vorgängen in anderen Geschäftsbereichen.

#### Aufgaben im Berufsregister

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Zugänge von Ärzten	879	798	816	775	928	1009
Abgänge von Ärzten	541	570	560	613	585	562
Ausstellung Parkschild „Arzt-Notfall“	192	226	163	164	93	71
Ausstellung Arztausweis	901	841	1006	926	909	921
Ordnungswidrigkeitenverfahren gemäß § 75 SächsHKaG	1	4	12	3	2	2
<b>Gesamter geführter Schriftverkehr (ca.)</b>	<b>6.400</b>	<b>6.700</b>	<b>6.400</b>	<b>6.677</b>	<b>6.951</b>	<b>9.000</b>

## 2. Berufsrecht

### 2.1. Allgemeine Rechtsangelegenheiten

Im Jahr 2003 wurde zu Vorgängen mit juristischem Schwerpunkt anderer Geschäftsbereiche und Referate Zuarbeit geleistet, so in 39 allgemeinen Beitragsangelegenheiten. In einer Vielzahl telefonischer und schriftlicher Anfragen von Kammermitgliedern wurden rechtliche Einschätzungen und erläuternde Materialien, zum Beispiel Rechtsprechungs- und Literaturnachweise übermittelt. Lagen Anliegen außerhalb normierter Rechtsberatungskompetenzen, wurden Ansprechpartner aufgezeigt. Unter Beteiligung des Ausschusses Finanzen wurde in Einzelfällen geprüft, ob die von Kammermitgliedern ausgeübte Tätigkeit als ärztliche Tätigkeit im Sinne der Beitragsordnung zu werten ist.

#### Feststellung der ärztlichen/nichtärztlichen Tätigkeit in Einzelfällen

	2000	2001	2002	2003
ärztliche Tätigkeit	35	24	36	28
keine ärztliche Tätigkeit	10	15	13	11
in Bearbeitung	1	11	21	16
ohne Klärung	0	0	1	2
<b>Gesamt</b>	<b>46</b>	<b>50</b>	<b>71</b>	<b>57</b>

### 2.2. Verwaltungsrechtliche Angelegenheiten

#### 2.2.1. Bearbeitung von Widersprüchen gegen Verwaltungsakte der Sächsischen Landesärztekammer

Nachfolgend werden nicht nur während des Kalenderjahres eingereichte Widersprüche tabellarisch erfasst, vielmehr naturgemäß auch Überhänge aus dem letzten Viertel des Vorjahres. Während „Beitragswidersprüche“ weiter sinken, kann in den übrigen Bereichen von einer gewissen Konstanz gesprochen werden.

#### Anzahl der Widerspruchsverfahren im Jahr 2003

	Stattgabe/teilweise Stattgabe	Ablehnung	Rücknahme	Berichtigung	Gerichtl. Vergleich	in Bearbeitung	Gesamt
Berufsrecht	0	1	0	0	0	1	2
Weiterbildung	2	0	1	0	0	2	5
Arztshelferinnenwesen	1	0	0	0	0	0	1
Beiträge	2	9	10	42	2	37	102
Gebühren	1	0	1	0	1	4	7
<b>Gesamt</b>	<b>6</b>	<b>10</b>	<b>12</b>	<b>42</b>	<b>3</b>	<b>44</b>	<b>117</b>

Der Rückgang zu bearbeitender Widerspruchsverfahren zeigt die hohe Qualität der Entscheidungen im Ausgangsverfahren und deren Akzeptanz bei den „Betroffenen“. Eingereichte Widersprüche zeichnen sich demgegenüber durch zunehmende Komplexität aus, einhergehend mit größerem Zeitaufwand im Einzelfall.

#### Entwicklung der Widerspruchsverfahren von 1998 bis 2003

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Berufsrecht	4	6	2	4	1	2
Weiterbildung	18	23	24	7	5	5
Arztshelferinnenwesen	1	1	3	0	1	1
Beiträge	43	109	198	199	97	44
Gebühren	8	4	4	4	6	5
<b>Gesamt</b>	<b>74</b>	<b>143</b>	<b>231</b>	<b>214</b>	<b>110</b>	<b>57</b>

## 2.2.2. Verwaltungsgerichtliche Verfahren

Klagen gegen Entscheidungen der Sächsischen Landesärztekammer sind anzahlmäßig gleichbleibend zu verzeichnen gewesen.

	Klagen 2003 Gesamt	Neuer Post- eingang 2003	Überhänge aus Vorjahren	Klage- abweisung	Klage- stattgabe
Berufsrecht	2	0	2	0	0
Arzthelferinnenwesen	1	1	0	1	0
Weiterbildung	2	0	2	0	0
Finanzen	12	1	11	6	1
<b>Gesamt</b>	<b>17</b>	<b>2</b>	<b>15</b>	<b>7</b>	<b>1</b>

## 2.3. Bearbeitung von berufsrechtlichen Angelegenheiten

### 2.3.1. Übersicht über alle berufsrechtlichen Angelegenheiten

Berufsrechtliche Angelegenheiten	ohne Beteiligung des Ausschusses Berufsrecht	mit Beteiligung des Ausschusses Berufsrecht	
	Allgemeine Anfragen und Auskünfte (z. B. Zusendung von Unterlagen, insbesondere Patientenverfügungen)	576	28
Allgemeine ärztliche Berufspflichten/Beschwerden (§§ 1, 2 BO)	70	181	
Vorwurf der unterlassenen Hilfeleistung	3	25	
Abgabe/Verkauf von Produkten beziehungsweise Dienstleistungen – gewerbliche Tätigkeit von Ärzten (§ 3 Abs. 2 i. V. mit § 34 Abs. 5 BO)	0	9	
Behandlungsgrundsätze - Ablehnung der Behandlung (§ 7 BO)	7	15	
Aufklärungspflicht (§ 8 BO)	1	6	
Anfragen beziehungsweise Verdacht hinsichtlich der Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht (§ 9 BO)	12	7	
Dokumentationspflicht (§ 10 Abs. 1 BO)	7	6	
Aufbewahrung beziehungsweise (Nicht-)Herausgabe von Patientenunterlagen (§ 10 Abs. 2 BO)	43	23	
Honorar- und Vergütungsabsprachen (§ 12 BO)	8	22	
Anfragen/Verstöße gegen § 16 Abs. 4 SächsHKaG (GmbH ...)	7	4	
Niederlassung und Ausübung der Praxis (§ 17 BO)	8	5	
Zweigpraxis, ausgelagerte Praxisräume (§ 18 BO)	4	3	
Haftpflichtversicherung (§ 21 BO)	5	0	
Gemeinsame Berufsausübung gemäß § 22 i. V. m. Kap. D Nrn. 7 bis 11 BO	8	3	
Verträge über ärztliche Tätigkeit (§ 24 BO)	12	4	
Anfragen beziehungsweise Verstöße bei der Erstellung von Zeugnissen und Gutachten (§ 25 BO)	18	14	
Ärztlicher Notfalldienst (§ 26 BO)	2	0	
Werbung (§§ 27, 28 BO)	101	55	
Verzeichnisse/Internet (§ 27 i. V. m. Kap. D Nr. 4, 5 BO)	30	17	
Unkollegiales Verhalten (§ 29 BO)	1	4	
Zusammenarbeit des Arztes mit Dritten (§ 30 BO)	2	3	
Verordnungen, Empfehlungen und Begutachtung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln (§ 34 BO)	0	3	
Erteilung von „Good Standing“	78	0	
Mitteilungen der Staatsanwaltschaft	2	19	
Beschwerden über Angehörige medizinischer Fachberufe	0	6	
Praxisaufgabe, -verkauf, -bewertung etc.	4	0	
Anträge zur Genehmigung von Zweigsprechstunden (§ 18 Abs. 1 BO)	48	3	
Anträge zur Genehmigung der Kennzeichnung einer ausgelagerten Praxisstätte (§ 18 Abs. 2 BO)	19	1	
Anträge zur Genehmigung eines zweiten Praxischildes (§ 27 i. V. m. Kap. D Nr. 2 Abs. 14 c) BO)	0	1	
Anträge zur Genehmigung zum Führen der Bezeichnung „Praxisklinik“ (§ 27 i. V. m. Kap. D Nr. 2 Abs. 7 BO)	0	1	
Anträge auf Befürwortung einer IVF-Behandlung	75	0	
<b>Gesamt</b>	<b>1.151</b>	<b>468</b>	<b>= 1.619</b>

Berufsrechtliche Angelegenheiten	Abgabe	davon zurück
Weiterleitung an die Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen	10	0
Weiterleitung an Kreisärztekammern	34	2

Die annähernde Verdreifachung berufsrechtlicher Vorgänge seit 1998 verdeutlicht erneut das gewachsene Patientenbewusstsein zur Wahrnehmung eigener Rechte. Zugleich ist auch die Bereitschaft der Mitglieder gewachsen, ihre Tätigkeit von vornherein durch Anfragen bei der Sächsischen Landesärztekammer berufsrechtskonform auszugestalten.

## Entwicklung der berufsrechtlichen Angelegenheiten von 1998 bis 2003

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
ohne Ausschuss Berufsrecht	347	443	609	776	1.009	1.151
mit Ausschuss Berufsrecht	252	285	289	360	428	468
<b>Gesamt</b>	<b>599</b>	<b>728</b>	<b>898</b>	<b>1.136</b>	<b>1.437</b>	<b>1.619</b>

## 2.3.2. Berufsrechtliche Verfahren

Der leichte Rückgang berufsrechtlicher Verfahren im Gegensatz zum Anstieg berufsrechtlicher Angelegenheiten verdeutlicht die geringe Dichte schwerer berufsrechtlicher Verstöße.

Entwicklung der Anzahl von Rüge- und berufsgerichtlichen Verfahren von 1998 bis 2003

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Rügeverfahren	14	9	21	17	20	16
berufsgerichtliche Verfahren	5	2	5	8	4	4
<b>Gesamt</b>	<b>19</b>	<b>11</b>	<b>26</b>	<b>25</b>	<b>24</b>	<b>20</b>

## 2.4. Bearbeitung von Anträgen nicht verheirateter Paare zur Durchführung einer künstlichen Befruchtung

	Anträge	Anträge zurück- gezogen	Beratung Kommission	davon genehmigt	davon abgelehnt	noch in Bearbeitung
2003	75	34	28	28	0	13
2002	13	5	8	8	0	0
<b>Gesamt</b>	<b>88</b>	<b>39</b>	<b>36</b>	<b>36</b>	<b>0</b>	<b>13</b>

## 2.5. Angelegenheiten im Zusammenhang mit der Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ)

In GOÄ-Angelegenheiten hat sich im Jahr 2003 die Tendenz verstärkt, wonach Kammermitglieder im Interesse ordnungsgemäßer Rechnungslegung Anfragen einreichen.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Rechnungsprüfungen	60	60	66	65	76	72
Allgemeine Anfragen	55	81	87	95	137	175
<b>Gesamt</b>	<b>115</b>	<b>141</b>	<b>153</b>	<b>160</b>	<b>213</b>	<b>247</b>

Die vorstehend dokumentierte Vielfalt und gewachsene Zahl von Aufgaben wurden von allen MitarbeiterInnen mit großer Einsatzbereitschaft und Zeitengagement bewältigt.

## 9.3

### Kaufmännischer Geschäftsbereich (Dipl.-Ök. Kornelia Keller, Kaufmännische Geschäftsführerin)

#### 1. Finanz- und Rechnungswesen

Der Jahresabschluss für das Jahr 2002 wurde durch das Referat Finanz- und Rechnungswesen wie in jedem Jahr sehr gut vorbereitet, so dass die Kassen- und Buchprüfung sowie die Erstellung der Jahresabschlussunterlagen durch die Wirtschaftsprüfer reibungslos innerhalb des geplanten Zeitrahmens verlief. Die Haushaltnanspruchnahme wurde durch den Finanzausschuss und den Vorstand monatlich bestätigt.

Die Haushalts- und Investitionsplanung für das Jahr 2004 wurde langfristig unter Einbeziehung aller Referate der Sächsischen

Landesärztekammer vorbereitet und der Haushaltsplan nach gründlicher und kritischer Diskussion im Finanzausschuss und im Vorstand durch die 29. Kammerversammlung am 15. November 2003 beschlossen.

Das interne Kontrollsystem im Bereich Finanzen wurde durch die Nutzung zusätzlicher Möglichkeiten der Buchhaltungssoftware weiter ausgebaut.

Weiterhin erfolgte die Restabwicklung der Spendenvergabe aufgrund der Hochwasserkatastrophe in Sachsen.

Im Jahr 2003 wurden zirka 4.100 Reisekostenabrechnungen bearbeitet. Die Gesamtübersichten über die einzelnen Reisen gingen den etwa 700 Ehrenamtlern im Februar des Folgejahres zu.

## 2. Beitragswesen

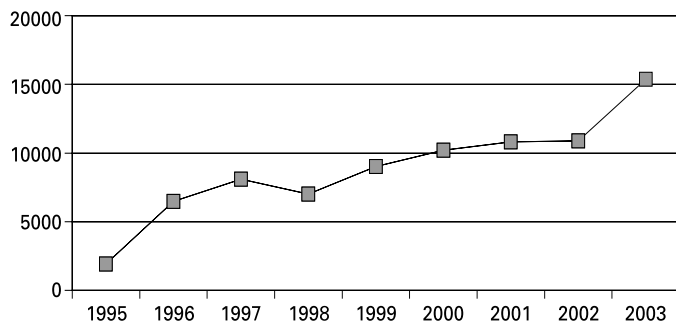
Im Beitragsjahr 2003 konnten bis zum 30. Juni 2003 zirka 11.480 Ärzte zum Kammerbeitrag veranlagt werden, da die ordnungsgemäßen Nachweise vorlagen. Die Einnahmen aus Kammerbeiträgen betragen zum 31. März 39,4 % und zum 30. Juni 85,3 % des Haushaltsplanes.

Von den 16.898 zum Kammerbeitrag zu veranlagenden Ärzten haben sich zirka 12.000 Ärzte richtig eingestuft. Bis zum Ende des Jahres haben 90 Kammermitglieder nicht reagiert, sie erhielten gemäß der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer einen Festsetzungsbescheid in Höhe von 2.500 Euro. Aufgrund vorheriger telefonischer Erinnerung der Ärzte durch die Mitarbeiter des Beitragswesens vor Festsetzung des Höchstbeitrages konnte diese Zahl gegenüber dem Vorjahr weiterhin gesenkt werden.

Etwa jeder 30. Arzt hat seinen Kammerbeitrag nicht pünktlich gezahlt und musste gemahnt werden. Das ist gegenüber dem Vorjahr eine deutliche Verbesserung der Zahlungsmoral, auch bedingt durch höhere Zahlen an Kammermitgliedern, die für den Kammerbeitrag Einzugsermächtigung erteilt haben. Diese Entwicklung ist sehr zu begrüßen.

974 Ärzte, das entspricht 5,8 %, konnten noch nicht zum Kammerbeitrag veranlagt werden, da bedeutend mehr Fristverlängerungen für die Vorlage der Nachweise gewährt wurden beziehungsweise Widersprüche oder Anträge nach § 9 der Beitragsordnung auf Stundung, Ermäßigung oder Erlass im laufenden Jahr noch nicht abgeschlossen werden konnten.

Die Entwicklung des Schriftverkehrs im Beitragswesen stellt sich wie folgt dar:



Im Jahr 2003 wurden für die nachfolgend aufgeführten Jahre die Zwangsvollstreckungen bei den Finanzämtern beantragt und vollstreckt:

	Eingereichte Zwangsvollstreckungen	Durchgeführte Zwangsvollstreckungen
Bußgeldbescheide	1	0
Gebührenbescheide	4	4
Kammerbeitrag 1998	3	1
Kammerbeitrag 1999	2	0
Kammerbeitrag 2000	9	2
Kammerbeitrag 2001	11	3
Kammerbeitrag 2002	19	2
Kammerbeitrag 2003	1	0
<b>Gesamt</b>	<b>50</b>	<b>12</b>

156 Anträge gemäß § 9 der Beitragsordnung auf Stundung, Ermäßigung oder Erlass des Kammerbeitrages wurden mit den angeforderten Unterlagen aufbereitet und vom Finanzausschuss entschieden.

Seit 1. Januar 2003 erfolgt der Einsatz der neuen Softwaremodule zur Beitragsveranlagung. Dadurch ist es gelungen, trotz der Umstellung auf die neue Beitragsordnung und der damit verbundenen erheblichen Steigerung des Schriftverkehrs mit den Kammermitgliedern und der notwendigen Nacharbeiten durch die Spendenorganisation zur Hochwasserkatastrophe eine zeitnahe und gewissenhafte Beitragsveranlagung zu gewährleisten.

## 3. Interne Verwaltung/Hausverwaltung

Mit dem Verwaltervertrag vom 14. November 2001 ist dem Referat Interne Verwaltung/Hausverwaltung das gesamte Management für das Gebäude der Sächsischen Landesärztekammer übertragen worden.

Die dritte Eigentümerversammlung wurde am 9. Mai 2003 durchgeführt. Dabei erfolgte die Bestätigung der Jahresrechnung und Entlastung des Verwalters für das Jahr 2002 und die Bestätigung des Wirtschaftsplanes für 2003. Weiterhin wurde ein Nachtrag zum Verwaltervertrag angenommen. Danach übernimmt die Sächsische Landesärztekammer als Verwalter die jährliche Betriebskostenabrechnung. Die Medienabrechnung erfolgt weiterhin extern über eine Dienstleistungsfirma. Das führt zu einer jährlichen Einsparung von zirka 3.600 Euro.

Schwerpunkt der technischen Hausverwaltung ist die planmäßige Instandhaltung des Grundstückes und Gebäudes der Sächsischen Landesärztekammer. Diese wird durch den Abschluss von 25 Wartungsverträgen mit den entsprechenden Fachfirmen gewährleistet.

Weiterhin erfolgt die Koordinierung der Wartungs- und Instandhaltungsarbeiten, die Auswertung der Wartungsprotokolle und die Überwachung der Lieferanten- und Versicherungsverträge, die wöchentlichen Begehungen des Objektes und deren Dokumentation, die Angebotseinholung und die Vergabe von Reparaturleistungen, Instandsetzungen und für Ersatzinvestitionen. Die vertragsgemäßen Dienstleistungen für Unterhaltsreinigung, Empfangs- und Sicherheitsdienste, Pflege der Außenanlagen und für den Haustechniker werden von der Hausverwaltung kontrolliert. Im Jahr 2003 wurden gemäß BGV A2 alle ortsveränderlichen elektrischen Betriebsmittel überprüft und mit einer Fehlerquote von nur 1,78 % ein sehr gutes Ergebnis erreicht. Im Außengelände wurden 1.100 Stück *Thymus vulgaris* neu gepflanzt.

Bestandteil der organisatorischen Aufgaben sind die Schlüsselverwaltung, die Pflege der Telefondaten mit Gebührenerfassung, die Zugangskontrolle über das Zeiterfassungssystem, die Durchführung von Inventuren, die Rechnungskontrolle und die

Nachweisführung zur Betriebskostenabrechnung. Im Berichtszeitraum wurde eine Kammeranweisung Nr. 12/2004 „Allgemeine Organisation und Verwaltung in der Sächsischen Landesärztekammer“ erarbeitet.

Alle Mitarbeiter werden arbeitsmedizinisch und sicherheitstechnisch betreut und die Leitung des Ausschusses für Arbeitssicherheit entsprechend § 11 Arbeitssicherheitsgesetz organisiert.

Im Rahmen der internen Hausverwaltung werden Veranstaltungen, Tagungen und Seminare vorbereitet und die Konferenztechnik überwacht und bereitgestellt. Weiterhin erfolgt die Organisation von Dienstreisen, Hotelreservierungen und die Bereitstellung von Reiseunterlagen, die Beschaffung und Ausgabe von Fachliteratur, Bürobedarf und Arbeitsmaterial. Dokumente, Akten, Programme und Unterlagen für Lehrgänge werden kopiert, geheftet oder gebunden, der tägliche Post- und Paketversand durchgeführt und Druckaufträge ausgelöst.

Alle Mitarbeiter des Kaufmännischen Geschäftsbereiches haben die zusätzlichen Aufgaben, Umstellungen und Veränderungen im Jahr 2003 durch eine rationelle Gestaltung ihrer Tätigkeit, durch Engagement, viele kreative Ideen, Aufgeschlossenheit gegenüber Neuem und Freude an der Arbeit großartig bewältigt.

## **10 Ärztliche Berufsvertretung der Wahlperiode 2003–2007 (gewählte und ehrenamtlich tätige Kammermitglieder)**

N = Ärzte in Niederlassung

A = Angestellte Ärzte

R = Ärzte in Ruhestand

### **10.1**

#### **Vorstand**

Präsident: Prof. Dr. Jan Schulze (Dresden), A

Vizepräsident: Dr. Stefan Windau (Leipzig), N

Schriftführer: Dr. Lutz Liebscher (Leisnig), A

Mitglieder:

Prof. Dr. Otto Bach (Leipzig), R

Dr. Günter Bartsch (Neukirchen), N

Erik Bodendieck (Wurzen), N

Dr. Steffen Liebscher (Aue), N

Dr. Rudolf Marx (Mittweida), A

Dr. Dietrich Steiniger (Rodewisch), A

Dr. Gisela Trübsbach (Dresden), N

Dr. Claus Vogel (Leipzig), N

Ehrenpräsident der Sächsischen Landesärztekammer:

Prof. Dr. Heinz Dietrich (Dresden), A

Alterspräsident der Kammerversammlung:

Dr. Bernhard Ackermann (Zwickau), N

### **10.2**

#### **Kammerversammlung**

##### **Regierungsbezirk Chemnitz**

Dr. Bernhard Ackermann (Zwickau)

FA Allgemeinmedizin, N

Dr. Günter Bartsch (Neukirchen)

FA Kinder- und Jugendmedizin, N

Dr. Andreas Bartusch (Chemnitz)

FA Kinderchirurgie, A

Dipl.-Med. Jens Baumann (Lengenfeld)

Praktischer Arzt, N

Prof. Dr. Siegwart Bigl (Chemnitz)

FA Kinder- u. Jugendmed., FA Mikrobiol. u. Infektionsepidemiologie, FA Hygiene und Umweltmedizin, R

Dr. Frieder Braun (Dennheritz)

FA Allgemeinmedizin, N

Dipl.-Med. Thomas Dürr (Zwickau)

FA Allgemeinmedizin, N

Dr. Roland Endesfelder (Chemnitz)

FA Chirurgie, R

Dr. Rolf Gründig (Marienberg)

FA Urologie, N

Dr. Dietrich Hofmann (Chemnitz)

FA Augenheilkunde, N

Dr. Tobias Kaminke (Plauen)

FA Neurologie, N

Prof. Dr. Burkhard Knopf (Zwickau)

FA Haut- und Geschlechtskrankheiten, A

Dr. Michael Kottke (Glauchau)

FA Innere Medizin, A

Dr. Claudia Kühnert (Chemnitz)

FÄ Allgemeinmedizin, N

Dipl.-Med. Ulrich Lehmann (Reichenbach)

FA Chirurgie, A

Dipl.-Med. Hans-Georg Lembecke (Schlettau)

FA Allgemeinmedizin, N

Dr. Steffen Liebscher (Aue)

FA Innere Medizin, N

Dr. Falko Lohse (Chemnitz)

FA Chirurgie, A

Dr. Rudolf Marx (Mittweida)

FA Öffentliches Gesundheitswesen, A

Dr. Dietrich Meißner (Chemnitz)

FA Chirurgie, N

Prof. Dr. Rainer Morgenstern (Glauchau)

FA Chirurgie, A

Dr. Irmgard Murad (Aue)

FÄ Allgemeinmedizin, N

Dr. Michael Neubauer (Freiberg)

FA Chirurgie, FA Kinderchirurgie, A

Dr. Birger Path, (Chemnitz)

FA Anästhesiologie, A

Lars Schirmer (Aue)

Assistenzarzt, A

Dr. Hans-Jürgen Schuster (Plauen)

FA Urologie, N

Dipl.-Med. Axel Scurt (Reichenbach)

FA Diagnostische Radiologie, N

Dr. Dietrich Steiniger (Rodewisch)

FA Chirurgie, A

Dr. Michael Teubner (Burgstädt)

FA Innere Medizin, N

Dr. Diethard Weichsel (Crinitzberg)

FA Allgemeinmedizin, N

Dr. Hella Wunderlich (Großhartmannsdorf)

FÄ Allgemeinmedizin, N

---

**Regierungsbezirk Dresden**

Dr. Hans-Henning Abel (Görlitz)  
FA Anästhesiologie, A  
Dr. Michael Aßmann (Riesa)  
FA Innere Medizin, A  
Prof. Dr. Otto Bach (Leipzig)  
FA Neurologie und Psychiatrie, R  
Dr. Johannes Baumann (Coswig)  
FA Allgemeinmedizin, N  
Dipl.-Med. Ulrike Bielß (Freital)  
FÄ Innere Medizin, A  
Dr. Karl-Friedrich Breiter (Bautzen)  
FA Innere Medizin, R  
Dr. Heidemarie Clausnitzer (Heidenau)  
FÄ Allgemeinmedizin, N  
Dipl.-Med. Klaus-Ulrich Däßler (Freital)  
FA Innere Medizin, N  
Dipl.-Med. Norbert Dobberstein (Hoyerswerda)  
FA Innere Medizin, N  
Dr. Frank Eisenkrätzer (Radebeul)  
FA Allgemeinmedizin, N  
Dr. Steffen Fiedler (Kamenz)  
Assistenzarzt, A  
Dipl.-Med. Thomas Flämig (Niesky)  
FA Innere Medizin, N  
Dr. Thomas Fritz (Dresden)  
FA Innere Medizin, A  
Torsten Granzow (Hohwald/Langburkersdorf)  
FA Innere Medizin, N  
Dr. Norbert Grosche (Dresden)  
FA Radiologie, N  
Dr. Manfred Halm (Dresden)  
FA Chirurgie, A  
Dr. Ursula Hausmann (Dresden)  
FÄ Allgemeinmedizin, N  
PD Dr. habil. Gerhard Heptner (Dresden)  
FA Innere Medizin, N  
Dr. Angela Jeromin (Dresden)  
FÄ Allgemeinmedizin, N  
PD Dr. habil. Maria Kabus (Dresden)  
FÄ Kinder- und Jugendmedizin, A  
Dr. Brigitta Krosse (Dresden)  
FÄ Innere Medizin, N  
Prof. Dr. Michael Laniado (Dresden)  
Vertreter der TU Dresden, FA Radiologie, A  
Dr. Matthias Liebig (Görlitz)  
FA Innere Medizin, A  
Christian Liebisch (Bischofswerda)  
Assistenzarzt, A  
Dr. Petra Merkel (Dresden)  
FÄ Chirurgie, R  
Bettina Pfannkuchen (Dresden)  
FÄ Allgemeinmedizin, N  
Dr. Bettina Prager (Dresden)  
FÄ Humangenetik, N  
Dr. Winfried Rieger (Ebersbach)  
FA Innere Medizin, A  
Dr. Thomas Rothe (Dresden)  
FA Allgemeinmedizin, N

Dipl.-Med. Ingolf Schmidt (Oßling)  
FA Allgemeinmedizin, N  
Dipl.-Med. Matthias Schmidt (Neustadt)  
FA Neurologie, N  
Prof. Dr. Jan Schulze (Dresden)  
FA Innere Medizin, A  
Prof. Dr. Claus Seebacher (Dresden)  
FA Haut- und Geschlechtskrankheiten, R  
Steffen Seiler (Bautzen)  
FA Anästhesiologie, A  
Dr. Jürgen Straube (Meißen)  
FA Innere Medizin, N  
Ute Taube (Berthelsdorf)  
FÄ Allgemeinmedizin, N  
Dr. Gisela Trübsbach (Dresden)  
FÄ Radiologie, N  
Dr. Rainer Weidhase (Dresden)  
FA Chirurgie, A  
Dr. Kristina Weiss (Dresden)  
FÄ Allgemeinmedizin, N  
Dr. Jörg Wienold (Freital)  
FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, A  
Dr. habil. Eckart Wunderlich (Dresden)  
FA Innere Medizin, A  
Dr. Roland Zippel (Riesa)  
FA Chirurgie, A

**Regierungsbezirk Leipzig**

Simone Bettin (Grimma)  
FÄ Nuklearmedizin, N  
Dipl.-Med. Cerstin Bochenek (Oschatz)  
FA Haut- und Geschlechtskrankheiten, N  
Erik Bodendieck (Wurzen)  
FA Allgemeinmedizin, N  
Dr. Michael Burgkhardt (Leipzig)  
FA Allgemeinmedizin, FA Urologie, N  
Dr. Mathias Cebulla (Leipzig)  
FA Innere Medizin, A  
Prof. Dr. Gunter Gruber (Leipzig)  
FA Innere Medizin, A  
Dr. Jörg Hammer (Leipzig)  
FA Chirurgie, N  
Prof. Dr. Rolf Haupt (Leipzig)  
FA Pathologie, R  
Dipl.-Med. Ulrike Jung (Leipzig)  
FÄ Orthopädie, N  
Prof. Dr. Friedrich Kamprad (Leipzig)  
FA Radiologie, A  
Prof. Dr. Eberhard Keller (Leipzig)  
FA Kinder- und Jugendmedizin, A  
Prof. Dr. Wieland Kiess (Leipzig)  
Vertreter der Universität Leipzig, FA Kinder- und Jugend-  
medizin, A  
Dipl.-Med. Andreas Koch (Delitzsch)  
FA Allgemeinmedizin, N  
Dr. Suse Körner (Leipzig)  
FÄ Augenheilkunde, N  
Dr. Kristina Kramer (Leipzig)  
FÄ Anästhesiologie, A

---

Dr. Uwe Krause (Grimma)  
FA Anästhesiologie, A  
Prof. Dr. Peter Leonhardt (Leipzig)  
FA Innere Medizin, R  
Dr. Lutz Liebscher (Leisnig)  
FA Kinder- und Jugendmedizin, A  
Dr. Wolfram Lieschke (Leipzig)  
FA Augenheilkunde, N  
Dr. Thomas Lipp (Leipzig)  
FA Allgemeinmedizin, N  
Dr. Kirsten Nowack (Torgau)  
FÄ Allgemeinmedizin, N  
Dr. Bernd Pittner (Leipzig)  
FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, N  
Dr. Konrad Reuter (Eilenburg)  
FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, FA Phoniatrie  
und Päaudiologie, N  
Dr. Matthias Schulze (Markkleeberg)  
FA Urologie, N  
Dr. Wolfram Strauß (Leipzig)  
FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde,  
FA Phoniatrie und Päaudiologie, N  
Dr. Jens Taggeselle (Markkleeberg)  
FA Innere Medizin, N  
Dr. habil. Hans-Joachim Verlohren (Leipzig)  
FA Innere Medizin, N  
Dr. Claus Vogel (Leipzig)  
FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, N  
Dr. Stefan Windau (Leipzig)  
FA Innere Medizin, N  
Dr. Torsten Wolf (Leipzig)  
FA Anästhesiologie, N

### 10.3

#### Ausschüsse

##### Satzungen

*Prof. Dr. Wolfgang Sauermann (Dresden)*  
FA Neurologie und Psychiatrie, A  
Kornelia Kuhn (Dresden)  
FÄ Innere Medizin, N  
Dr. Lutz Liebscher (Leisnig)  
FA Kinder- und Jugendmedizin, A  
(Vertreter des Vorstandes)  
Dr. Winfried Rieger (Ebersbach)  
FA Innere Medizin, A  
Dr. Stefan Windau (Leipzig)  
FA Innere Medizin, N  
(Vertreter des Vorstandes)  
seitens der Geschäftsführung:  
Assessorin Iris Glowik

##### Ambulante Versorgung

*Dr. Bernhard Ackermann (Zwickau)*  
FA Allgemeinmedizin, N  
Erik Bodendieck (Wurzen)  
FA Allgemeinmedizin, N  
Dr. Bernd Flade (Chemnitz)  
FA Chirurgie, N

Dr. Norbert Grosche (Dresden)  
FA Radiologie, N  
Dr. Jörg Hammer (Leipzig)  
FA Chirurgie, N  
Dr. Klaus Heckemann (Dresden)  
FA Allgemeinmedizin, N  
Dr. Stephan Mager (Cossebaude)  
FA Innere Medizin, N  
Dr. Thomas Rothe (Dresden)  
FA Allgemeinmedizin, N  
Dr. Claus Vogel (Leipzig)  
FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, N  
(Vertreter des Vorstandes)  
Dr. Torsten Wolf (Leipzig)  
FA Anästhesiologie, N  
seitens des Vorstandes:  
Dr. Günter Bartsch (Neukirchen)  
FA Kinder- und Jugendmedizin, N  
seitens der Geschäftsführung:  
Dr. Barbara Gamaleja

#### Krankenhaus

*Dr. Eberhard Huschke (Ebersbach)*  
FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, A  
Dr. Thomas Fritz (Dresden)  
FA Innere Medizin, A  
Dr. Brigitte Güttler (Aue)  
FÄ Radiologie, N  
Dipl.-Med. Sylvia Gütz (Leipzig)  
FÄ Innere Medizin, A  
Dr. Dietrich Heckel (Rodewisch)  
FA Innere Medizin, A  
Dr. Ulrich Kraft (Leipzig)  
FA Allgemeinmedizin, A  
Dr. Birger Path (Chemnitz)  
FA Anästhesiologie, A  
Dr. Alexander Schmeißer (Dresden)  
FA Innere Medizin, A  
Dr. Dietrich Steiniger (Rodewisch)  
FA Chirurgie, A  
(Vertreter des Vorstandes)  
Dr. Clemens Weiss (Leipzig)  
FA Chirurgie, R  
seitens der Geschäftsführung:  
Dr. Barbara Gamaleja

#### Schwerpunktbehandlung und -betreuung chronisch Erkrankter in Praxis und Klinik

*Dr. habil. Hans-Joachim Verlohren (Leipzig)*  
FA Innere Medizin, N  
Dr. Marc Grundeis (Chemnitz)  
FA Innere Medizin, N  
Dr. Franz-Albert Hoffmann (Leipzig)  
FA Innere Medizin, N  
Dr. Kristina Kramer (Leipzig)  
FÄ Anästhesiologie, A  
Dr. Thomas Lipp (Leipzig)  
FA Allgemeinmedizin, N

---

Dr. Michael Nitschke (Dresden)  
Arzt in Weiterbildung, A  
Dr. Kirsten Papsdorf (Leipzig)  
FÄ Strahlentherapie, A  
Dipl.-Med. Ingrid Pawlick (Lunzenau)  
FÄ Allgemeinmedizin, N  
Prof. Dr. Jan Schulze (Dresden)  
FA Innere Medizin, A  
(Vertreter des Vorstandes)  
Dr. Anne-Kathrin Menzel (Dresden)  
FÄ Haut- und Geschlechtskrankheiten, A  
seitens der Geschäftsführung:  
Dipl.-Med. Annette Kaiser

### **Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie**

*Dr. Maria Eberlein-Gonska (Dresden)*  
FÄ Pathologie, A  
Prof. Dr. Lothar Beier (Chemnitz)  
FA Laboratoriumsmedizin, A  
PD Dr. habil. Karl-Werner Degen (Dresden)  
FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, A  
Prof. Dr. Rüdiger Franz (Dresden)  
FA Orthopädie, R  
Doz. Dr. habil. Roland Goertchen (Görlitz)  
FA Pathologie, A  
Dr. Norbert Grosche (Dresden)  
FA Radiologie, N  
Dr. Brigitta Krosse (Dresden)  
FÄ Innere Medizin, N  
Dipl.-Med. Gabi Marschke (Rodewisch)  
Ärztin in Weiterbildung, A  
Prof. Dr. Gerhard Metzner (Leipzig)  
FA Innere Medizin, FA Immunologie, A  
Dr. Irmgard Murad (Aue)  
FÄ Allgemeinmedizin, N  
seitens des Vorstandes:  
Prof. Dr. Jan Schulze (Dresden)  
FA Innere Medizin, A  
seitens der Geschäftsführung:  
Dr. Torsten Schlosser

### **Arbeitsgruppe Perinatalogie/Neonatalogie**

*Prof. Dr. Christoph Vogtmann (Leipzig)*  
FA Kinder- und Jugendmedizin, A  
Dr. habil. Heiner Bellée (Dresden)  
FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, R  
Dr. Jürgen Dinger (Dresden)  
FA Kinder- und Jugendmedizin, A  
Dr. Ulrich Kraft (Leipzig)  
FA Allgemeinmedizin, A  
Dr. habil. Konrad Müller (Chemnitz)  
FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, A  
Prof. Dr. Hildebrand Kunath (Dresden)  
FA Sozialhygiene, A  
Dr. Walter Pernice (Torgau)  
FA Kinder- und Jugendmedizin, A  
Dr. habil. Reinhold Tiller (Chemnitz)  
FA Kinder- und Jugendmedizin, A

Prof. Dr. Brigitte Viehweg (Leipzig)  
FÄ Frauenheilkunde und Geburtshilfe, A  
Dr. Gunther Völker (Mittweida)  
FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, A  
seitens der Geschäftsführung:  
Dipl.-Med. Annette Kaiser

### **Arbeitsgruppe Chirurgie**

*Dipl.-Med. Henry Jungnickel (Dresden)*  
FA Chirurgie, A  
Prof. Dr. Joachim Bennek (Leipzig)  
FA Kinderchirurgie, A  
PD Dr. Joachim Boese-Landgraf (Chemnitz)  
FA Chirurgie, A  
Dr. Hans-Joachim Florek (Dresden)  
FA Chirurgie, A  
Dr. Joachim Illmer (Weifa)  
FA Chirurgie, R  
Dr. Ulrich Kraft (Leipzig)  
FA Allgemeinmedizin, A  
PD Dr. habil. Alfred Schröder (Chemnitz)  
FA Chirurgie, A  
seitens der Geschäftsführung:  
Dr. Torsten Schlosser

### **Arbeitsgruppe Gynäkologie**

*PD Dr. habil. Karl-Werner Degen (Dresden)*  
FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, A  
Dr. Pia Gantzsch (Meißen)  
FÄ Frauenheilkunde und Geburtshilfe, A  
Dr. Steffen Handstein (Görlitz)  
FA Chirurgie, A  
Prof. Dr. Uwe Köhler (Leipzig)  
FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, A  
Dr. Kurt Lobodasch (Chemnitz)  
FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, A  
PD Dr. habil. Peter Richter (Plauen)  
FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, A  
seitens der Geschäftsführung:  
Dipl.-Med. Annette Kaiser

### **Arbeitsgruppe Urologie**

*Dr. Joachim Chladt (Zwickau)*  
FA Urologie, A  
Prof. Dr. Wolfgang Dorschner (Leipzig)  
FA Urologie, A  
PD Dr. habil. Oliver Hakenberg (Dresden)  
FA Urologie, A  
Dipl.-Med. Martina Klotz (Plauen)  
FÄ Urologie, A  
Dr. Axel Richter (Leipzig)  
FA Urologie, A  
Dr. Hans-Christian Tautenhahn (Leipzig)  
FA Urologie, FA Chirurgie, A  
seitens der Geschäftsführung:  
Dr. Torsten Schlosser



---

### **Arbeitsgruppe Orthopädie**

*Prof. Dr. Rüdiger Franz (Dresden)*  
FA Orthopädie, R  
Doz. Dr. habil. Frank Czornack (Dresden)  
FA Chirurgie, A  
Dr. Lutz Hörenz (Leipzig)  
FA Orthopädie, A  
Dr. Ulrich Kraft (Leipzig)  
FA Allgemeinmedizin, A  
Dr. Wilfried Purath (Dresden)  
FA Orthopädie, N  
Prof. Dr. Karlheinz Sandner (Zschopau)  
FA Chirurgie, A  
Michael Wolf (Rothenburg)  
FA Orthopädie, A  
seitens der Geschäftsführung:  
Dr. Torsten Schlosser

### **Arbeitsgruppe Kardiologie**

*Prof. Dr. Gerhard Schuler (Leipzig)*  
FA Innere Medizin, A  
PD Dr. Gerhard Hindricks (Leipzig)  
FA Innere Medizin, A  
PD Dr. habil. Georg Kneissl (Leipzig)  
FA Innere Medizin, N  
Dr. Ulrich Kraft (Leipzig)  
FA Innere Medizin, A  
Dr. Wolfgang Krahwinkel (Leisnig)  
FA Innere Medizin, A  
Dr. Ernst-Udo Radke (Sebnitz)  
FA Innere Medizin, A  
Prof. Dr. Ruth Strasser (Dresden)  
FÄ Innere Medizin, A  
Dr. Stefan Spitzer (Dresden)  
FA Innere Medizin, N  
seitens der Geschäftsführung:  
Dr. Torsten Schlosser

### **Ärzte im öffentlichen Dienst**

*Dipl.-Med. Petra Albrecht (Meißen)*  
FÄ Öffentliches Gesundheitswesen, FÄ Hygiene  
und Umweltmedizin, A  
Dipl.-Med. Ilona Grabe (Dresden)  
FÄ Kinder- und Jugendmedizin, A  
Dr. Sylvia Hebestreit (Niederdorf)  
FÄ Öffentliches Gesundheitswesen, A  
Dr. Regine Krause-Döring (Grimma)  
FÄ Öffentliches Gesundheitswesen, A  
Dr. Rudolf Marx (Mittweida)  
FA Öffentliches Gesundheitswesen, A  
(Vertreter des Vorstandes)  
Dr. Wilfried Oettler (Dresden)  
FA Öffentliches Gesundheitswesen, A  
Dr. Regina Petzold (Dresden)  
FÄ Kinder- und Jugendmedizin, R  
Dr. Reinhard Schettler (Niederdorf)  
FA Arbeitsmedizin, FA Öffentliches Gesundheitswesen, A  
Dr. Ulrike Thieme (Dresden)  
FÄ Kinder- und Jugendmedizin, A

seitens der Geschäftsführung:

Dr. Barbara Gamaleja

### **Prävention und Rehabilitation**

*PD Dr. habil. Uwe Häntzschel (Bad Schandau)*  
FA Innere Medizin, A  
Dr. Christoph Altmann (Bad Gottleuba)  
FA Innere Medizin, A  
Dr. Dirk Ermisch (Crimmitschau)  
FA Kinder- und Jugendmedizin, A  
Dr. habil. Gudrun Fröhner (Leipzig)  
FÄ Physikalische und Rehabilitative Medizin, A  
Dr. Rolf Käßner (Kreischa)  
FA Physikalische und Rehabilitative Medizin, A  
Dr. Dietmar Laue (Dresden)  
FA Hygiene und Umweltmedizin, R  
Dr. Cornelia Lohs (Leipzig)  
FÄ Physikalische und Rehabilitative Medizin, A  
Dr. Klaus Müller (Leipzig)  
FA Physikalische und Rehabilitative Medizin, N  
Dr. Roland Müller (Bad Schandau)  
FA Allgemeinmedizin, A  
Dipl.-Med. Helmut Schubarth (Dresden)  
FA Allgemeinmedizin, N  
seitens des Vorstandes:  
Dr. Rudolf Marx (Mittweida)  
FA Öffentliches Gesundheitswesen, A  
seitens der Geschäftsführung:  
Dr. Barbara Gamaleja

### **Hygiene und Umweltmedizin**

*Prof. Dr. Siegwart Bigl (Chemnitz)*  
FA Kinder- und Jugendmedizin,  
FA Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie,  
FA Hygiene und Umweltmedizin, R  
Dipl.-Med. Petra Albrecht (Meißen)  
FÄ Öffentliches Gesundheitswesen, FÄ Hygiene  
und Umweltmedizin, A  
Dr. Dietmar Beier (Chemnitz)  
FA Hygiene und Umweltmedizin, A  
Dr. Barbara Kirsch (Leipzig)  
FÄ Allgemeinmedizin, N  
Dipl.-Med. Anke Protze (Chemnitz)  
FÄ Öffentliches Gesundheitswesen, A  
Dr. Marlen Suckau (Leipzig)  
FÄ Hygiene und Umweltmedizin, A  
Dr. Ulrich Taubner (Zwickau)  
FA Kinder- und Jugendmedizin, A  
Dr. Anita Tilch (Auerbach)  
FÄ Öffentliches Gesundheitswesen, FÄ Hygiene  
und Umweltmedizin, A  
seitens des Vorstandes:  
Dr. Rudolf Marx (Mittweida)  
FA Öffentliches Gesundheitswesen, A  
seitens der Geschäftsführung:  
Dr. Barbara Gamaleja

### **Arbeitsmedizin**

*Dr. Norman Beeke (Chemnitz)*  
FA Arbeitsmedizin, FA Innere Medizin, A

---

Dr. Egon Gentsch (Chemnitz)  
FA Arbeitsmedizin, A  
PD Dr. habil. Manfred Grube (Chemnitz)  
FA Arbeitsmedizin, N  
Dr. Gert Herrmann (Königstein)  
FA Arbeitsmedizin, A  
Prof. Dr. Klaus Scheuch (Dresden)  
FA Arbeitsmedizin, A  
Dr. Marina Selbig (Chemnitz)  
FÄ Arbeitsmedizin, A  
seitens des Vorstandes:  
Dr. Rudolf Marx (Mittweida)  
FA Öffentliches Gesundheitswesen, A  
seitens der Geschäftsführung:  
Dr. Barbara Gamaleja

### **Notfall- und Katastrophenmedizin**

*Dr. Michael Burgkhardt (Leipzig)*  
FA Allgemeinmedizin, FA Urologie, N  
Dr. Matthias Czech (Radeberg)  
FA Innere Medizin, A  
Dr. Gottfried Hanzl (Niederoderwitz)  
FA Allgemeinmedizin, N  
Prof. Dr. Fritjoff König (Leipzig)  
FA Anästhesiologie, A  
Dr. Hasso Neubert (Glauchau)  
FA Anästhesiologie, A  
Dr. Peter Schnabel (Dresden)  
FA Anästhesiologie, A  
Steffen Seiler (Bautzen)  
Arzt in Weiterbildung, A  
Ute Taube (Berthelsdorf)  
FÄ Allgemeinmedizin, N  
Dr. Rainer Weidhase (Dresden)  
FA Chirurgie, A  
Dr. Thomas Zeidler (Grimma)  
FA Anästhesiologie, A  
seitens des Vorstandes:  
Dr. Stefan Windau (Leipzig)  
FA Innere Medizin, N  
seitens der Geschäftsführung:  
Dr. Siegfried Herzig

### **Ärztliche Ausbildung**

*Prof. Dr. Peter Wunderlich (Dresden)*  
FA Kinder- und Jugendmedizin, R  
Prof. Dr. Christoph Baerwald (Leipzig)  
FA Innere Medizin, A  
Dr. Antje Bergmann (Dresden)  
FÄ Allgemeinmedizin, A  
Erik Bodendieck (Wurzen)  
FA Allgemeinmedizin, N  
Prof. Dr. rer. nat. Peter Dieter (Dresden), A  
Vertreter der TU Dresden/Studiendekan  
Prof. Dr. Jan Gummert (Leipzig)  
FA Herzchirurgie, A  
Vertreter der Universität Leipzig/Studiendekan  
Dr. Axel-Rüdiger Jendral (Dresden)  
FA Allgemeinmedizin, N

Dr. Uwe Krause (Grimma)  
FA Anästhesiologie, A  
Prof. Dr. Rainer Morgenstern (Glauchau)  
FA Chirurgie, A  
Dr. Friedemann Reber (Dresden)  
sonstige ärztliche Tätigkeiten, A  
seitens des Vorstandes:  
Prof. Dr. Jan Schulze (Dresden)  
FA Innere Medizin, A  
seitens der Geschäftsführung:  
Dr. Siegfried Herzig

### **Weiterbildung**

*Prof. Dr. Gunter Gruber (Leipzig)*  
FA Innere Medizin, A  
Dr. Brigitte Güttler (Aue)  
FÄ Radiologie, N  
Prof. Dr. Rolf Haupt (Leipzig)  
FA Pathologie, R  
Dr. Frauke Höhn (Chemnitz)  
FÄ Allgemeinmedizin, N  
Prof. Dr. Peter Joraschky (Dresden)  
FA Psychotherapeutische Medizin, A  
Prof. Dr. Christoph Josten (Leipzig)  
FA Chirurgie, A  
Prof. Dr. Regine Kluge (Leipzig)  
FÄ Nuklearmedizin, A  
Prof. Dr. Uwe Köhler (Leipzig)  
FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, A  
Prof. Dr. Wolfgang Leupold (Dresden)  
FA Kinder- und Jugendmedizin, A  
Prof. Dr. Derk Olthoff (Leipzig)  
FA Anästhesiologie, A  
seitens des Vorstandes:  
Prof. Dr. Otto Bach (Leipzig)  
FA Neurologie und Psychiatrie, R  
seitens der Geschäftsführung:  
Dr. Siegfried Herzig  
Dr. Birgit Gäbler  
Assessorin Iris Glowik

### **Widerspruchskommission**

**(gem. § 14 Abs. 6 Weiterbildungsordnung)**

*Prof. Dr. Claus Seebacher (Dresden)*  
FA Haut- und Geschlechtskrankheiten, R  
seitens der Geschäftsführung:  
Assessorin Iris Glowik

### **Sächsische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung**

*Prof. Dr. Otto Bach (Leipzig)*  
FA Neurologie und Psychiatrie, R  
(Vertreter des Vorstandes)  
Dr. Bernhard Ackermann (Zwickau)  
FA Allgemeinmedizin, N  
Erik Bodendieck (Wurzen)  
FA Allgemeinmedizin, N  
(Vertreter des Vorstandes)  
Prof. Dr. Peter Bräunig (Chemnitz)  
FA Neurologie und Psychiatrie, A

---

Doz. Dr. habil. Gottfried Hempel (Saupsdorf)  
FA Innere Medizin, R  
Dr. Regine Krause-Döring (Grimma)  
FÄ Öffentliches Gesundheitswesen, A  
Prof. Dr. Klaus Ludwig (Dresden)  
FA Chirurgie, A  
PD Dr. habil. Eberhard Meister (Leipzig)  
FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, A  
Dr. Wolfgang Rothe (Leipzig)  
FA Innere Medizin, N  
Prof. Dr. Klaus Scheuch (Dresden)  
FA Arbeitsmedizin, A  
Eva-Maria Schlinzig (Dresden)  
FÄ Allgemeinmedizin, N  
Prof. Dr. Ulrich Stölzel (Chemnitz)  
FA Innere Medizin, A  
Dr. Hella Wunderlich (Großhartmannsdorf)  
FÄ Allgemeinmedizin, N  
seitens der Geschäftsführung:  
Dr. Siegfried Herzig

#### **Berufsrecht**

*Dr. Andreas Prokop (Döbeln)*  
FA Rechtsmedizin, FA Öffentliches Gesundheitswesen, A  
Dr. Christa Artym (Dresden)  
FÄ Innere Medizin, R  
Dr. Roland Endesfelder (Chemnitz)  
FA Chirurgie, R  
Dr. Rainer Kluge (Kamenz)  
FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, A  
Dr. Michael Neubauer (Freiberg)  
FA Chirurgie, FA Kinderchirurgie, A  
Dr. Bettina Prager (Dresden)  
FÄ Humangenetik, N  
Dr. Michael Teubner (Burgstädt)  
FA Innere Medizin, N  
seitens des Vorstandes:  
Dr. Stefan Windau (Leipzig)  
FA Innere Medizin, N  
seitens der Geschäftsführung:  
Assessorin Iris Glowik  
Assessor Michael Kratz

#### **Junge Ärzte**

*Mascha Lentz (Dresden)*  
Ärztin im Praktikum, A  
Dr. Antje Bergmann (Dresden)  
FÄ Allgemeinmedizin, A  
Thomas Heidler (Dippoldiswalde)  
Arzt im Praktikum, A  
Kornelia Kuhn (Dresden)  
FÄ Innere Medizin, N  
Dr. Wolfram Lieschke (Leipzig)  
FA Augenheilkunde, N  
Dr. Friedemann Reber (Dresden)  
sonstige ärztliche Tätigkeiten, A  
Lars Schirmer (Aue)  
Arzt in Weiterbildung, A

Uta Katharina Schmidt-Göhrich (Dresden)  
Ärztin in Weiterbildung, A  
seitens des Vorstandes:  
Dr. Lutz Liebscher (Leisnig)  
FA Kinder- und Jugendmedizin, A  
seitens der Geschäftsführung:  
Dr. Siegfried Herzig

#### **Ärztinnen**

*Dr. Brigitte Güttler (Aue)*  
FÄ Radiologie, N  
Dr. Heidemarie Clausnitzer (Heidenau)  
FÄ Allgemeinmedizin, N  
Dr. Berit Diettrich (Dresden)  
Ärztin in Weiterbildung, A  
Dr. Irmgard Kaschl (Stollberg)  
FÄ Augenheilkunde, R  
Dr. Jutta Kellermann (Plauen)  
FÄ Allgemeinmedizin, N  
Franca Noack-Wiemers (Leipzig)  
Ärztin in Weiterbildung, A  
Dr. Katharina Pollack (Dresden)  
FÄ Augenheilkunde, A  
seitens des Vorstandes:  
Dr. Lutz Liebscher (Leisnig)  
FA Kinder- und Jugendmedizin, A  
seitens der Geschäftsführung:  
Dr. jur. Verena Diefenbach

#### **Senioren**

*Dr. Gisela Unger (Dresden)*  
FÄ Allgemeinmedizin, R  
Dr. Karl-Friedrich Breiter (Bautzen)  
FA Innere Medizin, R  
Dr. Ute Göbel (Leipzig)  
FÄ Sozialhygiene, R  
Dr. Eberhard Hempel (Burkhardtsdorf)  
FA Allgemeinmedizin, R  
Doz. Dr. habil. Gottfried Hempel (Saupsdorf)  
FA Innere Medizin, R  
Dr. Lothar Hilpert (Torgau)  
FA Innere Medizin, R  
Dr. Irmgard Kaschl (Stollberg)  
FÄ Augenheilkunde, R  
Dr. Helmut Knoblauch (Geringswalde)  
FA Allgemeinmedizin, N  
Dr. Helga Mertens (Großpösna)  
FÄ Innere Medizin, R  
seitens des Vorstandes:  
Dr. Gisela Trübsbach (Dresden)  
FÄ Radiologie, N  
seitens der Geschäftsführung:  
Dr. jur. Verena Diefenbach

#### **Sächsische Ärztehilfe**

*Dipl.-Med. Siegfried Heße (Dresden)*  
FA Orthopädie, N  
Dr. Uta Anderson (Radebeul)  
FÄ Innere Medizin, R

---

Dr. Karl-Friedrich Breiter (Bautzen)  
FA Innere Medizin, R  
Dr. Mathias Cebulla (Leipzig)  
FA Innere Medizin, A  
Dipl.-Med. Andreas Koch (Delitzsch)  
FA Allgemeinmedizin, N  
Dr. Ulrich Kraft (Leipzig)  
FA Allgemeinmedizin, A  
seitens des Vorstandes:  
Dr. Claus Vogel (Leipzig)  
FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, N  
seitens der Geschäftsführung:  
Dr. jur. Verena Diefenbach

#### **Finanzen**

*Dr. Claus Vogel (Leipzig)*  
FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, N  
(Vertreter des Vorstandes)  
Dr. Mathias Cebulla (Leipzig)  
FA Innere Medizin, A  
Dr. Thomas Fritz (Dresden)  
FA Innere Medizin, A  
Herbert Hilbert (Knappensee-Groß Särchen)  
FA Allgemeinmedizin, N  
Christian Liebisch (Bischofswerda)  
Arzt in Weiterbildung, A  
Dipl.-Med. Ingolf Schmidt (Oßling)  
FA Allgemeinmedizin, N  
Dr. Hans-Jürgen Schuster (Plauen)  
FA Urologie, N  
Dr. Stefan Thiel (Pirna)  
FA Allgemeinmedizin, N  
Dr. Torsten Wolf (Leipzig)  
FA Anästhesiologie, N  
seitens der Geschäftsführung:  
Dipl.-Ök. Kornelia Keller  
Dipl.-Ing.-Ök. (TU) Ramona Grünberg  
Dr. jur. Verena Diefenbach

#### **10.4**

#### **Kommissionen und Arbeitsgruppen**

##### **Redaktionskollegium**

*Prof. Dr. Winfried Klug (Ottendorf-Okrilla/OT Grünberg)*  
FA Chirurgie, R  
Dr. Günter Bartsch (Neukirchen)  
FA Kinder- und Jugendmedizin, N  
Prof. Dr. Siegwart Bigl (Chemnitz)  
FA Kinderheilkunde, FA Mikrobiologie  
und Infektionsepidemiologie,  
FA Hygiene und Umweltmedizin, R  
Prof. Dr. Heinz Diettrich (Dresden)  
FA Chirurgie, A  
Dr. Hans-Joachim Gräfe (Borna)  
FA Physikalische und Rehabilitative Medizin, FA Chirurgie, A  
Dr. Rudolf Marx (Mittweida)  
FA Öffentliches Gesundheitswesen, A  
Prof. Dr. Peter Matzen (Leipzig)  
FA Orthopädie, A

Prof. Dr. Jan Schulze (Dresden)  
FA Innere Medizin, A  
seitens der Geschäftsführung:  
Dr. jur. Verena Diefenbach  
Knut Köhler M. A.  
Ingrid Hüfner

##### **Arbeitsgruppe Multimedia in der Medizin**

*Dr. Günter Bartsch (Neukirchen)*  
FA Kinder- und Jugendmedizin, N  
Prof. Dr. Otto Bach (Leipzig)  
FA Neurologie und Psychiatrie, R  
Prof. Dr. Winfried Klug (Ottendorf-Okrilla/OT Grünberg)  
FA Chirurgie, R  
Prof. Dr. Hildebrand Kunath (Dresden)  
FA Sozialhygiene, A  
Dr. Lutz Pluta (Markkleeberg)  
FA Innere Medizin, N  
Dr. Wolfgang Rothe (Leipzig)  
FA Innere Medizin, N  
Dr. Thomas Selisko (Dresden)  
FA Innere Medizin, A  
André Wunderlich (Chemnitz)  
Arzt in Weiterbildung, A  
seitens der Geschäftsführung:  
Dipl.-Ing. FH Beatrix Thierfelder  
Dipl.-Ing. FH Mathias Eckert  
Knut Köhler M. A.  
Dr. jur. Verena Diefenbach  
Dipl.-Ök. Kornelia Keller

##### **Ethikkommission**

*Prof. Dr. Rolf Haupt (Leipzig)*  
FA Pathologie, R  
Dr. Charlotte Aehle (Leipzig)  
FÄ Anästhesiologie, R  
Dipl.-Med. Ingrid Börnert (Schkeuditz)  
FÄ Psychiatrie und Psychotherapie, A  
Dr. Brigitte Herold (Leipzig)  
FÄ Innere Medizin, R  
Dipl.-Med. Winfried Möhr (Dresden)  
FA Kinder- und Jugendmedizin, A  
PD Dr. habil. Christoph Rink (Aue)  
FA Innere Medizin, A  
PD Dr. habil. Klaus-Dieter Sinkwitz (Dresden)  
FA Chirurgie, A  
Prof. Dr. Bernd Terhaag (Dresden)  
FA Klinische Pharmakologie, A  
Prof. Dr. Gottfried Wozel (Dresden)  
FA Haut- und Geschlechtskrankheiten, A  
Prof. Dr. jur. Bernd-Rüdiger Kern  
Universität Leipzig - Juristenfakultät  
Dipl.-Ing. Fred Wonka (Dresden)  
Biomedizintechniker  
seitens der Geschäftsführung:  
Assessorin Iris Glowik  
Assessor Michael Kratz

---

**Gesprächskreis „Ethik in der Medizin“**

*Prof. Dr. Rolf Haupt (Leipzig)*

FA Pathologie, R

Prof. Dr. Otto Bach (Leipzig)

FA Neurologie und Psychiatrie, R

Dr. Günter Bartsch (Neukirchen)

FA Kinder- und Jugendmedizin, N

Dr. Frauke Höhn (Chemnitz)

FÄ Allgemeinmedizin, N

Prof. Dr. jur. Rüdiger Kern

Universität Leipzig – Juristische Fakultät

Pfarrer Nikolaus Krause

Universitätsklinikum Dresden, Krankenhausseelsorge

MUDr./Univ. Prag Frank Oehmichen (Dresden)

FA Innere Medizin, A

Prof. Dr. Dr. Ortrun Riha

Universität Leipzig

Karl-Sudhoff-Institut für Geschichte der Medizin  
und der Naturwissenschaften

Prof. Dr. Jan Schulze (Dresden)

FA Innere Medizin, A

PD Dr. habil. Klaus-Dieter Sinkwitz (Dresden)

FA Chirurgie, A

Dr. Clemens Weiss (Leipzig)

FA Chirurgie, R

seitens der Geschäftsführung

Knut Köhler M. A.

**Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen**

*Dr. Rainer Kluge (Kamenz)*

FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, A

Doz. Dr. habil. Gottfried Hempel (Saupsdorf)

FA Innere Medizin, R

Dr. Uta Poppelbaum (Dresden)

FÄ Anästhesiologie, A

Rudolf Koob (Nürnberg) – juristischer Berater

Vorsitzender Richter am OLG Nürnberg a. D.

Wolfgang Schaffer (Nürnberg) – juristischer Berater

Präsident des OLG a. D.

seitens der Geschäftsführung:

Ursula Riedel

**Fachkommission „Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung“**

*Dr. Hans-Jürgen Held (Dresden)*

FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, N

Prof. Dr. Henry Alexander (Leipzig)

FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, A

Dr. Gabriele Bartl (Dresden)

FÄ Frauenheilkunde und Geburtshilfe, N

Prof. Dr. Wolfgang Distler (Dresden)

FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, A

Prof. Dr. Hans-Jürgen Glander (Leipzig)

FA Haut- und Geschlechtskrankheiten, A

PD Dr. habil. Joachim Weller (Dresden)

FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, N

Prof. Dr. Andreas Werner (Dresden)

FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, A

seitens der Geschäftsführung:

Assessorin Iris Glowik

**Fachkommission „Gewalt gegen Kinder/  
Misshandlung Minderjähriger“**

*PD Dr. habil. Christine Erfurt (Dresden)*

FÄ Rechtsmedizin, A

Prof. Dr. Gerd Gräfe (Leipzig)

FA Kinderchirurgie, A

Dr. Regina Petzold (Dresden)

FÄ Kinder- und Jugendmedizin, R

Prof. Dr. Dietmar Roesner (Dresden)

FA Kinderchirurgie, FA Chirurgie, A

Prof. Dr. Michael Scholz (Dresden)

FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, A  
seitens der Geschäftsführung:

Dr. Barbara Gamaleja

**Fachkommission Transplantation**

*Prof. Dr. Johann Hauss (Leipzig)*

FA Chirurgie, A

Prof. Dr. Heinz Diettrich (Dresden)

FA Chirurgie, A

Prof. Dr. Katrin Engelmann (Dresden)

FÄ Augenheilkunde, A

Dr. Ulrike Reuner (Dresden)

FÄ Neurologie und Psychiatrie, A

Dr. Gottfried Sterzel (Ebersbach)

FA Anästhesiologie, A

Prof. Dr. Manfred Wirth (Dresden)

FA Urologie, A

seitens der Geschäftsführung:

Dr. Torsten Schlosser

**Lebendspendekommission**

*Prof. Dr. jur. Bernd-Rüdiger Kern*

Universität Leipzig - Juristenfakultät

Dr. Thomas Barth (Chemnitz)

FA Psychiatrie und Psychotherapie, A

Dr. Volker Köllner (Dresden)

FA Psychotherapeutische Medizin, A

Dr. Ulrike Reuner (Dresden)

FÄ Neurologie und Psychiatrie, A

Dr. jur. Adrean Schmidt-Recla

Universität Leipzig - Juristenfakultät

Prof. Dr. Johannes Schweizer (Chemnitz)

FA Innere Medizin, A

Franz-Joseph van Stiphout (Dresden)

Jurist

Prof. Dr. Arved Weimann (Leipzig)

FA Chirurgie, A

seitens der Geschäftsführung:

Dr. Torsten Schlosser

**Fachkommission Brustkrebs**

*Prof. Dr. Hildebrand Kunath (Dresden)*

FA Sozialhygiene, A

Dr. Kersten Deutschmann (Dresden)

FÄ Frauenheilkunde und Geburtshilfe, N

Prof. Dr. Wolfgang Distler (Dresden)

FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, A

Prof. Dr. Ursula Froster (Leipzig)

FÄ Humangenetik, A

---

Dr. Klaus Hamm (Chemnitz)  
FA Radiologie, N  
PD Dr. habil. Gunter Haroske (Dresden)  
FA Pathologie, A  
Prof. Dr. Michael Laniado (Dresden)  
FA Radiologie, A  
PD Dr. habil. Detlef Quietzsch (Chemnitz)  
FA Innere Medizin, A  
Prof. Dr. Manfred Schönfelder (Leipzig)  
FA Chirurgie, R  
Prof. Dr. Johannes Schorcht (Dresden)  
FA Strahlentherapie, N  
Dr. Diethard Sturm (Hohenstein-Ernstthal)  
FA Allgemeinmedizin, N  
Dr. Petra Viehweg (Dresden)  
FÄ Diagnostische Radiologie, A  
PD Dr. habil. Heiner Wolf (Dresden)  
FA Innere Medizin, N  
seitens der Geschäftsführung:  
Dipl.-Med. Annette Kaiser

#### **Arbeitsgruppe Hirntoddiagnostik**

*Prof. Dr. Dietmar Schneider (Leipzig)*  
FA Neurologie und Psychiatrie, A  
Dr. Georg Gahn (Dresden)  
FA Neurologie, A  
Dr. Christiane Habeck (Chemnitz)  
FÄ Anästhesiologie, A  
Dr. Udo Krug (Chemnitz)  
FA Neurochirurgie, A  
PD Dr. habil. Jochen Machetanz (Zwickau)  
FA Neurologie, A  
Prof. Dr. Horst-Jürgen Meixensberger (Leipzig)  
FA Neurochirurgie, A  
Prof. Dr. Carl Reimers (Arnsdorf)  
FA Neurologie, A  
seitens der Geschäftsführung:  
Dr. Torsten Schlosser

#### **Berufsbildungsausschuss „Arzthelferinnen“**

gemeinsam mit Vertretern der Landestierärztekammer Sachsen  
Berufungszeitraum vom 1. Januar 2001 bis 31. Dezember 2004

##### *Arbeitgeber-Vertreter*

Dr. Bernhard Ackermann (Zwickau)  
FA Allgemeinmedizin, N  
Dr. Claus Vogel (Leipzig)  
FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, N  
Dr. Volker Schubotz (Chemnitz)  
FA Allgemeinmedizin, N  
Dr. Kerstin Strahler (Görlitz)  
FÄ Allgemeinmedizin, N  
Dr. Ulrike Klenner (Dresden)  
FÄ Frauenheilkunde und Geburtshilfe, N  
Dr. vet. Detlef Ullrich (Leipzig)  
Tierarzt

##### *Arbeitnehmer-Vertreter*

Ulrike Leonhardt (Dresden)  
Arzthelferin (Sprechstundenschwester)

Gisela Reißig (Plauen)  
Arzthelferin (Sprechstundenschwester)  
Heike Maser-Festersen (Dresden)  
Krankenschwester  
Sabine Rothe (Dresden)  
Krankenschwester  
Birgit Eisold (Mittweida)  
Arzthelferin  
Rowina Voigtländer (Markkleeberg)  
Tierarzthelferin

##### *Beratende Lehrer-Vertreter*

Christine Thoß (Chemnitz)  
Wolfram Michel (Plauen)  
Barbara Weise (Dresden)  
Martina Wegener (Görlitz)  
Ina Beinbauer (Leipzig)  
Kirsten Fuchs (Torgau)  
seitens der Geschäftsführung:  
Marina Hartmann

## **10.5**

### **Gesundheitspolitische Arbeit und Auslandskontakte Deutsch-polnische Arbeitsgruppe**

*Dr. Helmut Schmidt (Hoyerswerda)*  
FA Kinder- und Jugendmedizin, A  
Prof. Dr. Albrecht Scholz (Dresden)  
FA Haut- und Geschlechtskrankheiten, A  
Dr. Peter Schwenke (Leipzig)  
FA Innere Medizin, FA Radiologische Diagnostik, R  
Dr. Klaus Soballa (Limbach-Oberfrohna)  
FA Allgemeinmedizin, R  
seitens der Geschäftsführung:  
Dr. Siegfried Herzig  
Dipl.-Ök. Kornelia Keller  
Knut Köhler M. A.

## **10.6**

### **Sächsische Ärzteversorgung**

#### **10.6.1**

##### **Verwaltungsausschuss**

*Dr. Helmut Schmidt (Hoyerswerda)*  
FA für Kinder- und Jugendmedizin, A  
Prof. Dr. Jan Schulze (Dresden)  
FA für Innere Medizin, A  
Dr. Manfred Halm (Dresden)  
FA für Chirurgie, A  
PD Dr. Ulf Herrmann (Dresden)  
FA für Chirurgie, A  
Dr. Steffen Liebscher (Aue)  
FA für Innere Medizin, N  
Prof. Dr. Hans-Peter Schwerg (Pirna)  
Tierarzt, R  
RA Hartmut Kilger (Tübingen)  
Rechtsanwalt  
Raimund Pecherz (Dresden)  
Bankfachmann

---

Dipl.-Math. Hans-Jürgen Knecht (Düsseldorf)  
Aktuar

### 10.6.2

#### Aufsichtsausschuss

*Dr. Hans-Dieter Simon (Dresden)*

FA für Chirurgie, R  
Günter Elßner (Görlitz)  
Tierarzt, N

Dr. Johannes Voß (Dresden)  
FA für Chirurgie, A

Dr. Claudia Kühnert (Chemnitz)  
FÄ für Allgemeinmedizin, N  
Prof. Dr. Eberhard Grün (Leipzig)

Tierarzt, R

Dr. Karl-Friedrich Breiter (Bautzen)  
FA für Innere Medizin, R

Dr. Brigitte Herberholz (Geringswalde)  
FÄ für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, N  
Prof. Dr. Wolfram Behrendt (Leipzig)

FA für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde,  
FA für Phoniatrie und Pädaudiologie, R  
Prof. Dr. Eberhard Keller (Leipzig)  
FA für Kinder- und Jugendmedizin, A

### 10.7

#### Kreisärztekammern

##### Regierungsbezirk Chemnitz

*Kreisärztekammer Annaberg*

Dr. Hansjörg Lutterberg  
FA Radiologie, A  
Am Sonnenhang 38, 09488 Schönfeld

*Kreisärztekammer Aue-Schwarzenberg*

Dipl.-Med. Ulla Tuchscherer  
FÄ Innere Medizin, A  
Antonsthaler Str. 21, 08312 Lauter

*Kreisärztekammer Chemnitz*

Dr. Roland Endesfelder  
FA Chirurgie, R  
Sächs. Landesärztekammer/Bez.-St., Carl-Hamel-Str. 3a,  
09116 Chemnitz

*Kreisärztekammer Chemnitzer Land*

Prof. Dr. Rainer Morgenstern  
FA Chirurgie, A  
Wind 1a, 09337 Hohenstein-Ernstthal/OT Wüstenbrand

*Kreisärztekammer Freiberg*

Dr. Gundula Suhr  
FÄ Anästhesiologie, A  
Untere Dorfstr. 37a, 09600 Niederschöna

*Kreisärztekammer Mittleres Erzgebirge*

Dr. Gunter Wagner  
FA Psychiatrie und Psychotherapie, A  
Kreiskrankenhaus Mittleres Erzgebirge, PF 8, 08602 Zschopau

*Kreisärztekammer Mittweida*

Dr. Helmut Knoblauch  
FA Allgemeinmedizin, N  
Dorfstr. 15c, 09326 Geringswalde

*Kreisärztekammer Plauen*

Dr. Reinhold Lindlar  
FA Chirurgie, A  
Eugen-Fritsch-Straße 12, 08523 Plauen  
(bis 07.05.2003)

Dr. Christoph Seidl

FA Pathologie, A  
Vogtland-Klinikum Plauen  
Röntgenstraße 2, 08529 Plauen  
(ab 07.05.2003)

*Kreisärztekammer Stollberg*

Dr. Andreas Fiedler  
FA Allgemeinmedizin, N  
Am Niclasberg 23, 09235 Burkhardtsdorf

*Kreisärztekammer Vogtlandkreis*

Dr. Dietrich Steiniger  
FA Chirurgie, A  
Schönheider Str. 78, 08209 Brunn

*Kreisärztekammer Zwickau*

Dr. Dirk Mechtel  
FA Haut- und Geschlechtskrankheiten, A  
Ulmenweg 46, 08060 Zwickau

*Kreisärztekammer Zwickauer Land*

Dr. Rainer Kobes  
FA Innere Medizin, A  
Werdauer Str. 139, 08060 Zwickau

##### Regierungsbezirk Dresden

*Kreisärztekammer Bautzen*

Dipl.-Med. Albrecht Bockisch  
FA Chirurgie, A  
Fleischergasse 15, 02625 Bautzen

*Kreisärztekammer Dresden*

Dr. Norbert Grosche  
FA Radiologie, N  
Hohe Str. 87a, 01187 Dresden

*Kreisärztekammer Görlitz*

Dr. Uwe Strahler  
FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, A  
Wilhelmsplatz 10, 02826 Görlitz

---

*Kreisärztekammer Hoyerswerda*  
Dipl.-Med. Norbert Dobberstein  
FA Innere Medizin, N  
F.-J.-Curie-Str. 42, 02977 Hoyerswerda

*Kreisärztekammer Kamenz*  
Dr. Lutz Schulze  
FA Chirurgie, A  
Am Hutberg 15, 01917 Kamenz

*Kreisärztekammer Löbau-Zittau*  
Dr. Gottfried Sterzel  
FA Anästhesiologie, A  
Eichelgasse 1, 02708 Löbau

*Kreisärztekammer Meißen-Radebeul*  
Dr. Erik Mueller  
FA Neurologie und Psychiatrie, N  
Werdermannstr. 20, 01662 Meißen

*Kreisärztekammer Niederschlesischer Oberlausitzkreis*  
Dipl.-Med. Thomas Flämig  
FA Innere Medizin, N  
Arztpraxis, Zum Fuchsbau 1, 02906 Niesky

*Kreisärztekammer Riesa-Großenhain*  
Dr. Henrik Ullrich  
FA für Diagnostische Radiologie, A  
Dr.-Schneider-Str. 53 a, 01589 Riesa

*Kreisärztekammer Sächsische Schweiz*  
Dr. Jens Papke  
FA Innere Medizin, N  
Rudolf-Peschke-Straße 44, 01833 Stolpen

*Kreisärztekammer Weißeritzkreis*  
Dipl.-Med. Klaus-Ulrich Däßler  
FA Innere Medizin, N  
Dresdner Str. 116, 01705 Freital

## **Regierungsbezirk Leipzig**

*Kreisärztekammer Delitzsch*  
Dipl.-Med. Andreas Koch  
FA Allgemeinmedizin, N  
Freiherr-vom-Stein-Straße 14,  
04509 Delitzsch

*Kreisärztekammer Döbeln*  
Dr. Lutz Liebscher  
FA Kinder- und Jugendmedizin, A  
Nordstr. 29, 04720 Döbeln

*Kreisärztekammer Leipzig*  
Prof. Dr. Eberhard Keller  
FA Kinder- und Jugendmedizin, A  
Sächs. Landesärztekammer/Bez.-St., Braunstr. 16,  
04347 Leipzig

Kreisärztekammer Leipziger Land  
Dr. Gert Rothenberg  
FA Innere Medizin, A  
Marpergerstr. 5, 04229 Leipzig

Kreisärztekammer Muldentalkreis  
Erik Bodendieck  
FA Allgemeinmedizin, N  
Dehntitzer Weg 69, 04808 Wurzen

Kreisärztekammer Torgau-Oschatz  
PD Dr. habil. Peter Friedrich (Oschatz)  
FA Innere Medizin, A  
Waldstr. 14, 04769 Seelitz

## **10.8**

### **Träger der Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille 1996**

Dr. Helmut Knoblauch (Geringswalde)  
FA Allgemeinmedizin, N  
Prof. Dr. Jan Schulze (Dresden)  
FA Innere Medizin, A  
Dr. Peter Schwenke (Leipzig)  
FA Innere Medizin, FA Radiologische Diagnostik, R

## **1997**

Dr. Thomas Fritz (Dresden)  
FA Innere Medizin, A  
Dr. Wolf-Dietrich Kirsch (Leipzig)  
FA Innere Medizin, † 16.09.2003  
Dr. Gottfried Lindemann (Flöha)  
FA Chirurgie, R

## **1998**

Dr. Brigitte Güttler (Aue)  
FÄ Radiologie, N  
Prof. Dr. Rolf Haupt (Leipzig)  
FA Pathologie, R  
Dr. Rainer Kluge (Kamenz)  
FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, A

## **1999**

Prof. Dr. Gunter Gruber (Leipzig)  
FA Innere Medizin, A  
Dr. Manfred Halm (Dresden)  
FA Chirurgie, A  
Dr. Helmut Schmidt (Hoyerswerda)  
FA Kinder- und Jugendmedizin A

## **2000**

Prof. Dr. Heinz Diettrich (Dresden)  
FA Chirurgie, A  
Dr. Gisela Trübsbach (Dresden)  
FÄ Radiologie, N  
Dr. habil. Heinz Brandt (Gneisenstadt Schildau)  
FA Allgemeinmedizin, R  
Dr. Roland Endesfelder (Chemnitz)  
FA Chirurgie, R



---

**2001**

Prof. Dr. Siegwart Bigl (Chemnitz)  
FA Kinder- und Jugendmedizin, FA Mikrobiologie  
und Infektionsepidemiologie,  
FA Hygiene und Umweltmedizin, R  
Dr. Mathias Cebulla (Leipzig)  
FA Innere Medizin, A  
Prof. Dr. Wolfgang Saueremann (Radebeul)  
FA Neurologie und Psychiatrie, A

**2002**

Prof. Dr. Gottfried Geiler (Leipzig)  
FA Pathologie, R  
Dr. Hanno Grethe (Sehma)  
FA Allgemeinmedizin, N  
Prof. Dr. Helga Schwenke-Speck (Leipzig)  
FA Innere Medizin, R

**2003**

Dr. Günter Bartsch (Neukirchen)  
FA Kinder- und Jugendmedizin, N  
Doz. Dr. habil. Roland Goertchen (Görlitz)  
FA Pathologie, A  
Dr. habil. Oswald Petter (Torgau)  
FA Haut- und Geschlechtskrankheiten, N

---

## Anhang

- A    Ärztstatistik – Stand 31. 12. 2003
  - I.    Überblick
  - II.   Altersstruktur der Kammermitglieder
  - III.  Zu- und Abgänge von Kammermitgliedern
  - IV.  Kammermitglieder nach Gebieten und Spezialisierungen
  - V.   Weiterbildung und Prüfungswesen
  - VI.  Fortbildungsveranstaltungen der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung
  - VII.  Veranstaltungsstatistik (Gesamt)
  - VIII. Zusammensetzung der Kammerversammlung in der Wahlperiode 2003/2007
  
- B    Mitarbeiter der Sächsischen Landesärztekammer
  
- C    Aufbau und Struktur der Sächsischen Landesärztekammer

# A Ärztstatistik – Stand 31.12.2003

## I. Überblick

### 1. Freie Praxis/Ambulant

a) Allgemeinärzte	M	795		
	W	1.141	1.936 = 33,1 %	
b) Praktiker	M	190		
	W	227	417 = 7,1 %	
c) mit Gebiet	M	1.648		
	W	1.852	3.500 = 59,8 %	5.853 = 33,0 %

Zum Stichtag sind 26 Ärztinnen und Ärzte in Einrichtungen nach § 311 SGB V tätig.

### 2. Krankenhaus

a) Leitende Ärzte	M	598		
	W	77	675 = 9,9 %	
b) Ärzte	M	3.395		
	W	2.740	6.135 = 90,1 %	6.810 = 38,3 %

(Oberärzte, Stationsärzte, Assistenzärzte)

### 3. Behörden

	M	227	= 46,1 %	
	W	265	= 53,9 %	492 = 2,8 %
dar. Sanitätsoffiz.	M	35	= 83,3 %	
	W	7	= 16,7 %	42

### 4. Angestellte in Praxen (einschl. Praxisassistenten)

	M	88	= 32,8 %	
	W	180	= 67,2 %	268 = 1,5 %

### 5. Ärzte in sonst. abh. Stellung

	M	256	= 41,5 %	
	W	361	= 58,5 %	617 = 3,5 %

### Zwischensumme berufstätige Ärzte

	M	7.198	= 51,2 %	
	W	6.868	= 48,8 %	14.066 = 79,2 %

### 6. Ohne ärztl. Tätigkeit

	M	1.503	= 40,7 %	
	W	2.193	= 59,3 %	3.696 = 20,8 %

### Gesamtzahl der Ärzte

	M	8.701	= 49,0 %	
	W	9.061	= 51,0 %	17.762 = 100,0 %

Zum Stichtag sind außerdem 23 Ärztinnen und Ärzte als freiwillige Mitglieder und 37 Zweitmitgliedschaften registriert.

## 7. Ärzte im Praktikum

a) Krankenhaus	M	259		
	W	291	550 = 85,8 %	
b) Sonst	M	13		
	W	7	20 = 3,1 %	
c) Ohne ärztl. Tätigkeit	M	28		
	W	43	71 = 11,1 %	641

## 8. Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus

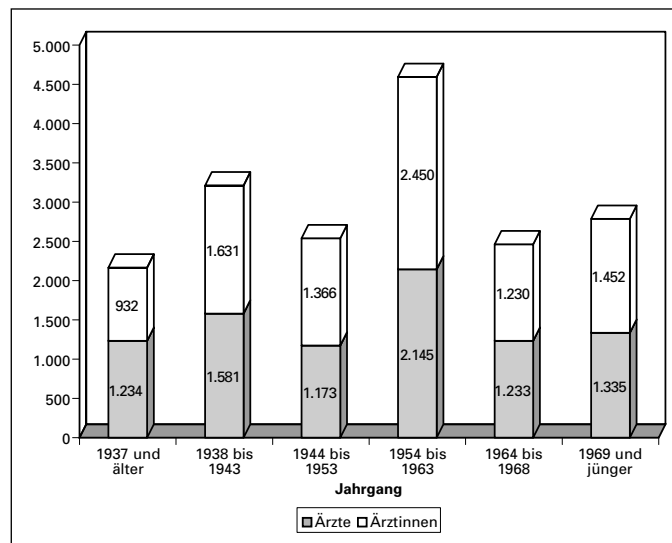
a) mit Gebiet	M	2.649		
	W	1.574	4.223 = 62,0 %	
b) ohne Gebiet	M	1.344		
	W	1.243	2.587 = 38,0 %	6.810

## 9. Ärztinnen und Ärzte im Rentenalter

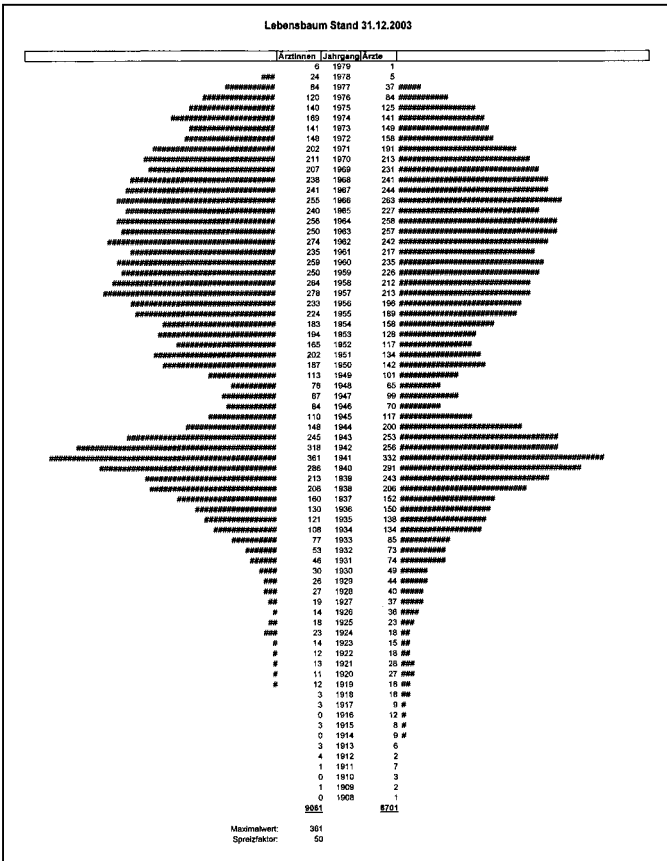
Ärzte (65 J.)	M	1.439	= 36,0 %	
Ärztinnen (60 J.)	W	2.562	= 64,0 %	4.001 = 22,5 %

## II. Altersstruktur

Altersklasse	Ärztinnen	Ärzte	Gesamt
1937 und älter	932	1.234	2.166
1938 bis 1943	1.631	1.581	3.212
1944 bis 1953	1.366	1.173	2.539
1954 bis 1963	2.450	2.145	4.595
1964 bis 1968	1.230	1.233	2.463
1969 und jünger	1.452	1.335	2.787
<b>Summe:</b>	<b>9.061</b>	<b>8.701</b>	<b>17.762</b>



Lebensbaum Stand 31.12.2003



#### IV. Kammermitglieder nach Gebieten und Spezialisierungen

Die Angaben entsprechen der Ärztestatistik der Sächsischen Landesärztekammer zur Bundesärztestatistik zum Stichtag 31. 12. 2003.

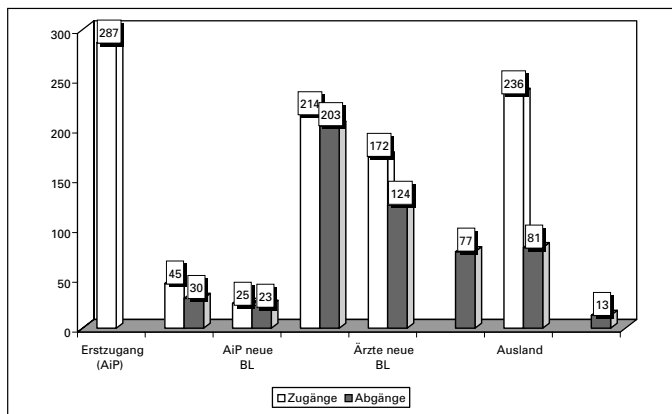
In der Tabelle wird jeder Arzt nur einmal gezählt:

- Ist ein Arzt berechtigt eine Spezialisierung bzw. Teilgebiet zu führen, so wird er unter diesem Teilgebiet geführt (keine Darunter-Position des Gebietes)
- Ist ein Arzt berechtigt, mehrere Gebiete/Spezialisierungen/ Teilgebiete zu führen, so wird er unter dem Gebiet/Spezialisierung/Teilgebiet aufgeführt,
  - 1) in dem er vorwiegend tätig ist,
  - 2) in dem er wahrscheinlich tätig ist (konnten bei der Erstellung der Statistik nicht berücksichtigt werden) oder
  - 3) das er zuletzt erworben hat.

Gebiet/Spezialisierung	Ärzte	Ärztinnen	Gesamt
ohne Gebietsbezeichnung	1.354	1.548	2.902
Praktischer Arzt	199	227	426
Allgemeinmedizin	1.096	1.828	2.924
Anästhesiologie	439	405	844
Anatomie	12	1	13
Arbeitsmedizin	78	138	216
Augenheilkunde	139	310	449
Biochemie	11	2	13
Chirurgie	644	212	856
SP Gefäßchirurgie	47	6	53
SP Thoraxchirurgie	15	2	17
SP Unfallchirurgie	214	14	228
SP Visceralchirurgie	77	6	83
TG Kinderchirurgie	1	0	1
TG Plastische Chirurgie	1	2	3
TG Thorax- u. Kardiovaskularchirurgie	2	0	2
Diagnostische Radiologie	51	38	89
SP Kinderradiologie	2	2	4
SP Neuroradiologie	2	1	3
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	376	571	947
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	155	214	369
TG Phoniatrie u. Pädaudiologie	8	4	12
TG Audiologie	6	1	7
TG Phoniatrie	0	2	2
Haut- u. Geschlechtskrankheiten	104	232	336
Herzchirurgie	25	1	26
SP Thoraxchirurgie	2	0	2
Humangenetik	3	2	5
Hygiene u. Umweltmedizin	23	30	53
Immunologie	7	3	10
Innere Medizin	787	806	1.593
SP Angiologie	33	14	47
SP Endokrinologie	29	18	47
SP Gastroenterologie	92	19	111
SP Hämatologie u. internist. Onkologie	48	29	77
SP Kardiologie	95	32	127
SP Pneumologie	28	19	47
SP Nephrologie	66	34	100
SP Rheumatologie	37	25	62

#### III. Zu- und Abgänge von Kammermitgliedern

	Zugänge	Abgänge
Erstzugang (AiP)	287	
AiP alte BL	45	30
AiP neue BL	25	23
Ärzte alte BL	214	203
Ärzte neue BL	172	124
Verstorbene		77
Ausland	236	81
sonst.		13
<b>Gesamt</b>	<b>979</b>	<b>551</b>



Gebiet/Spezialisierung	Ärzte	Ärztinnen	Gesamt	Gebiet/Spezialisierung	Ärzte	Ärztinnen	Gesamt
TG Diabetologie	17	20	37	Geschichte der Medizin	0	2	2
TG Infektions- u. Tropenmedizin	3	3	6	Medizinische Genetik	0	1	1
TG Kardiologie und Angiologie	68	21	89	Arzt im Praktikum (AiP)	302	341	643
Internist – Lungen- u. Bronchialheilkunde	1	0	1	<b>Summe:</b>	<b>8.701</b>	<b>9.061</b>	<b>17.762</b>
Kinderchirurgie	35	18	53				
Kinderheilkunde	236	729	965				
SP Kinderkardiologie	14	8	22				
SP Neonatologie	30	20	50				
TG Kindergastroenterologie	3	0	3				
TG Kinderhämatologie	3	2	5				
TG Ki.-Lu.-Bronchialheilkunde	9	1	10				
TG Kindernephrologie	2	3	5				
TG Kinderneuropsychiatrie	4	1	5				
Kinder- u. Jugendpsychiatrie	10	9	19				
Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie	14	46	60				
Klinische Pharmakologie	10	4	14				
Laboratoriumsmedizin	25	14	39				
Lungen- u. Bronchialheilkunde	12	22	34				
Mikrobiologie u. Infektions- epidemiologie	27	34	61				
Mund-, Kiefer- u. Gesichtschirurgie	49	14	63				
Nervenheilkunde	202	194	396				
TG Kinderneuropsychiatrie	5	3	8				
Neurochirurgie	44	8	52				
Neurologie	62	49	111				
Neuropathologie	2	1	3				
Nuklearmedizin	16	16	32				
Öffentl. Gesundheitswesen	35	37	72				
Orthopädie	300	117	417				
SP Rheumatologie	28	8	36				
Pathologie	80	18	98				
Pathologische Physiologie	2	0	2				
Pharmakologie u. Toxikologie	15	7	22				
TG Klinische Pharmakologie	2	0	2				
Phoniatrie u. Päaudiologie	7	4	11				
Physikalische u. Rehabilitative Medizin	24	37	61				
Physiologie	25	8	33				
Physiotherapie	26	47	73				
Plastische Chirurgie	7	2	9				
Psychiatrie	31	32	63				
Psychiatrie u. Psychotherapie	53	71	124				
Psychotherapeutische Medizin	21	21	42				
Psychotherapie	12	9	21				
Radiologie	115	88	203				
Radiolog. Diagnostik	31	34	65				
TG Kinderradiologie	2	0	2				
TG Neuroradiologie	3	0	3				
Rechtsmedizin	23	7	30				
Sozialhygiene	23	20	43				
Sportmedizin	36	24	60				
Strahlentherapie	20	17	37				
Transfusionsmedizin	18	35	53				
Urologie	247	36	283				
Biophysik	2	0	2				

## V. Weiterbildung und Prüfungswesen

(Erteilung im Zeitraum 01.01.2003–31.12.2003)

### 1. Weiterbildungsbefugnisse für Gebiete und Schwerpunkte

Gebiet/ Schwerpunkt	Gesamt	Voll		Teil	
		Erst- antrag	Neu- antrag	Erst- antrag	Neu- antrag
Allgemeinmedizin	49	39	7	3	0
Anästhesiologie	11	4	0	7	0
Anatomie	0	0	0	0	0
Arbeitsmedizin	7	7	0	0	0
Augenheilkunde	5	3	0	2	0
Biochemie	0	0	0	0	0
Chirurgie	25	4	9	7	5
SP Gefäßchirurgie	5	1	1	1	2
SP Thoraxchirurgie	0	0	0	0	0
SP Unfallchirurgie	6	1	2	3	0
SP Visceralchirurgie	2	1	0	1	0
Diagnostische Radiologie	13	6	0	4	3
SP Kinderradiologie	1	1	0	0	0
SP Neuroradiologie	1	1	0	0	0
Frauenheilkunde u. Geburtshilfe	13	3	3	6	1
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	5	4	0	1	0
Haut- u. Geschlechtskrankheiten	6	0	0	5	1
Herzchirurgie	2	2	0	0	0
SP Thoraxchirurgie	0	0	0	0	0
Humangenetik	0	0	0	0	0
Hygiene und Umweltmedizin	3	3	0	0	0
Innere Medizin	41	6	15	16	4
SP Angiologie	6	3	2	1	0
SP Endokrinologie	1	1	0	0	0
SP Gastroenterologie	5	4	0	1	0
SP Hämatologie und internistische Onkologie	1	1	0	0	0
SP Kardiologie	7	1	0	6	0
SP Nephrologie	4	1	0	2	1
SP Pneumologie	1	0	0	1	0
SP Rheumatologie	0	0	0	0	0
Kinderchirurgie	0	0	0	0	0
Kinder- und Jugendmedizin	20	2	0	15	3
SP Kinderkardiologie	0	0	0	0	0
SP Neonatologie	1	0	0	1	0
Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie	9	2	2	2	3
Klinische Pharmakologie	0	0	0	0	0
Laboratoriumsmedizin	0	0	0	0	0
Mikrobiologie u. Infektionsepidemiologie	1	1	0	0	0
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	0	0	0	0	0
Neurochirurgie	0	0	0	0	0
Neurologie	9	0	1	7	1
Neuropathologie	0	0	0	0	0
Nuklearmedizin	0	0	0	0	0
Öffentliches Gesundheitswesen	0	0	0	0	0

Gebiet/ Schwerpunkt	Gesamt	Voll		Teil	
		Erst- antrag	Neu- antrag	Erst- antrag	Neu- antrag
Orthopädie	10	1	0	7	2
SP Rheumatologie	0	0	0	0	0
Pathologie	2	2	0	0	0
Pharmakologie u. Toxikologie	0	0	0	0	0
Phoniatrie u. Pädaudiologie	1	1	0	0	0
Physikalische und Rehabilitative Medizin	3	0	3	0	0
Physiologie	0	0	0	0	0
Plastische Chirurgie	1	0	1	0	0
Psychiatrie u. Psychotherapie	7	1	1	3	2
Psychotherapeutische Medizin	2	1	1	0	0
Rechtsmedizin	0	0	0	0	0
Strahlentherapie	0	0	0	0	0
Transfusionsmedizin	1	1	0	0	0
Urologie	5	1	2	2	0
<b>Gesamt:</b>	<b>292</b>	<b>110</b>	<b>50</b>	<b>104</b>	<b>28</b>

Die Listen der befugten Weiterbilder können für das jeweilige Gebiet/Schwerpunkt/Bereich in der Geschäftsstelle der Sächsischen Landesärztekammer angefordert werden.

### 2. Weiterbildungsbefugnisse für Zusatzbezeichnungen

Gebiet/ Schwerpunkt	Gesamt	Voll		Teil	
		Erst- antrag	Neu- antrag	Erst- antrag	Neu- antrag
Allergologie	9	6	1	2	0
Betriebsmedizin	0	0	0	0	0
Bluttransfusionswesen	0	0	0	0	0
Handchirurgie	2	2	0	0	0
Homöopathie	1	1	0	0	0
Medizinische Genetik	0	0	0	0	0
Medizinische Informatik	0	0	0	0	0
Naturheilverfahren	4	0	0	3	1
Phlebologie	2	2	0	0	0
Physikalische Therapie	2	2	0	0	0
Plastische Operationen	3	2	1	0	0
Psychoanalyse	0	0	0	0	0
Psychotherapie	2	1	1	0	0
Rehabilitationswesen	2	2	0	0	0
Sozialmedizin	10	10	0	0	0
Spezielle Schmerztherapie	3	1	0	2	0
Sportmedizin	0	0	0	0	0
Stimm- u. Sprachstörungen	0	0	0	0	0
Tropenmedizin	0	0	0	0	0
Umweltmedizin	0	0	0	0	0
<b>Gesamt:</b>	<b>40</b>	<b>29</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>1</b>

### 3. Weiterbildungsbefugnisse für fakultative Weiterbildungen

Gebiet/ Schwerpunkt	Gesamt	Voll		Teil	
		Erst- antrag	Neu- antrag	Erst- antrag	Neu- antrag
Spezielle Anästhesiologische					
Intensivmedizin	8	5	0	3	0
Spezielle Operative					
Gynäkologie	1	1	0	0	0
Spezielle Hals-Nasen- Ohrenchirurgie	2	2	0	0	0
Spezielle Internistische					
Intensivmedizin	1	1	0	0	0
Klinische Geriatrie/ Innere Medizin	2	1	0	1	0
Spezielle Neurologische					
Intensivmedizin	2	1	0	1	0
Klinische Geriatrie/Psychiatrie u. Psychotherapie	3	3	0	0	0
Spezielle Urologische					
Chirurgie	3	2	0	1	0
<b>Gesamt:</b>	<b>22</b>	<b>16</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>0</b>

### 4. Weiterbildungsbefugnisse für Fachkunden im Gebiet

Gebiet/ Schwerpunkt	Gesamt	Voll		Teil	
		Erst- antrag	Neu- antrag	Erst- antrag	Neu- antrag
Echokardiographie/ Innere Medizin	1	1	0	0	0
<b>Gesamt:</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

### 5. Ermächtigungen für die Organisation der Weiterbildung im Gebiet Allgemeinmedizin

Ermächtigung	Gesamt
<b>Gesamt:</b>	<b>1</b>

### 6. Anerkennung von Gebieten, Schwerpunkten, Fakultative Weiterbildung, Zusatzbezeichnungen

Gebiet/Schwerpunkt	Anerkennung			Prüfg. nicht best.		
	Ärz- tinnen	Ärzte	ges.	Ärz- tinnen	Ärzte	ges.
Anatomie		1	1			
Allgemeinmedizin	27	18	45	1		1
Anästhesiologie	18	29	47	1	1	2
Arbeitsmedizin	3	2	5			
Augenheilkunde	12	8	20			
Chirurgie	7	56	63	1		1
Gefäßchirurgie	2	4	6			
Thoraxchirurgie		2	2			
Unfallchirurgie		19	19		1	1
Visceralchirurgie		6	6			
Diagnostische Radiologie	3	4	7			
Frauenheilkunde	21	10	31	1		1
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	4	2	6			
Haut-u. Geschlechtskrank.	12	6	18			
Herzchirurgie		9	9			
Hygiene u. Umweltmedizin		1	1			
Innere Medizin	56	62	118			
Angiologie	2	3	5		1	1
Endokrinologie	1	1	2			
Gastroenterologie	2	4	6			
Kardiologie	5	16	21			
Nephrologie	2	2	4	1		1
Hämатologie	5	6	11			
Pneumologie	4	4	8			
Rheumatologie		2	2			
Kinderchirurgie		1	1			
Kinderheilkunde	9	5	14			
Neonatologie	1	5	6			
Kinder-u. Jugendpsychiatrie u. psychotherapie	5	2	7			
Klinische Pharmakologie	1		1			
Mikrobiologie u. Infektionsepidemiologie	2	1	3	1		1
Laboratoriumsmedizin		2	2	1		1
Neurochirurgie	1	5	6			
Neurologie	9	16	25			
Nuklearmedizin	2		2			
Öffentl. Gesundheitswesen	7	2	9			
Orthopädie	6	31	37		1	1
Rheumatologie	1	4	5			
Pathologie	1	3	4	1		1
Phoniatrie/Pädaudiologie	1		1			
Physikalische						
Rehabilitative Medizin	5	6	11	1		1
Plastische Chirurgie	1	3	4			
Psychiatrie/Psychotherapie	7	11	18		1	1
Psychotherapeutische Medizin	3	4	7			
Strahlentherapie	2	2	4			
Transfusionsmedizin	1		1			
Urologie	3	13	16			
Praktische Ärzte	1	3	4			
<b>Gesamt:</b>	<b>255</b>	<b>396</b>	<b>651</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>14</b>

Gesamt: 665 Prüfungen

Prüfung nicht bestanden: 14 = 2,10 %

Fakultative Weiterbildung	Anerkennung			Prüfg. nicht best.		
	Ärz- tinnen	Ärzte ges.	ges.	Ärz- tinnen	Ärzte ges.	ges.
Spezielle Anästhesiologische Intensivmedizin	11	13	24	1	1	2
Spezielle Chirurgische Intensivmedizin		1	1			
Spezielle Operative Gynäkologie		1	1			
Spezielle Geburtshilfe u. Perinatalmedizin	2	2	4			
Spezielle Herzchirurgische Intensivmedizin		10	10			
Spezielle Internistische Intensivmedizin		4	4			
Klinische Geriatrie/Innere Medizin		1	1			
Spezielle Neurochirurgische Intensivmedizin	1	2	3			
Spezielle Neurologische Intensivmedizin	1	4	5			
Klinische Geriatrie Neurologie		1	1			
Spezielle Orthopädische Chirurgie	1		1			
Infektiologie		1	1			
Klinische Geriatrie/Psychiatrie	1	1	2			
Spezielle Urologische Chirurgie	2	5	7			
<b>Gesamt:</b>	<b>19</b>	<b>46</b>	<b>65</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>

**Gesamt: 67 Prüfungen**  
**Prüfungen nicht bestanden: 2 = 2,98 %**

Zusatzbezeichnungen	Anerkennung	Ablehnungen
Ärztliches Qualitätsmanagement	6	
Allergologie	10	
Balneologie u. Med. Klimatologie	0	
Bluttransfusionswesen	1	
Betriebsmedizin	9	
(Arbeitsmedizinische Fachkunde)	12	
Chirotherapie	39	
Flugmedizin	0	
Handchirurgie	0	
Homöopathie	24	
Medizinische Genetik	0	
Medizinische Informatik	0	
Naturheilverfahren	25	
Phlebologie	2	
Physikalische Therapie	7	
Plastische Operationen	3	
Psychoanalyse	3	
Psychotherapie	8	
Rehabilitationswesen	5	
Sozialmedizin	40	
Spezielle Schmerztherapie	2	
Sportmedizin	9	
Stimm- und Sprachstörungen	1	
Tropenmedizin	0	
Umweltmedizin	2	
<b>Gesamt:</b>	<b>208</b>	<b>0</b>

## 7. Fachkundenachweise

### 7.1. Fachkundenachweise nach der Weiterbildungsordnung

Fachkunde im Gebiet	Anzahl
Allgemeinmedizin	
Suchtmedizinische Grundversorgung	3
Chirurgie	
Ösophago-Gastro-Duodenoskopie	2
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	
Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie	1
Suchtmedizinische Grundversorgung	2
Innere Medizin	
Internistische Röntgendiagnostik	1
Sigmoido-Koloskopie	12
Bronchoskopie	1
Suchtmedizinische Grundversorgung	4
Kinder- und Jugendmedizin	
Suchtmedizinische Grundversorgung	1
Nuklearmedizin	
Magnetresonanztomographie und –spektroskopie	1
Physikalische und Rehabilitative Medizin	
Suchtmedizinische Grundversorgung	1
Psychiatrie und Psychotherapie	
Suchtmedizinische Grundversorgung	4
<b>Gesamt:</b>	<b>33</b>

### 7.2. Fachkundenachweise auf der Grundlage von Bundes- und Landesgesetzen (Röntgenverordnung, Strahlenschutz, Rettungsdienstgesetz)

#### 7.2.1. Fachkundenachweise Strahlenschutz nach der Röntgenverordnung

Anwendungsgebiet	Anzahl
Gesamtgebiet der Röntgendiagnostik (ohne CT)	8
diverse Anwendungsgebiete	192
Computertomographie	14
Mammographie	8
<b>Gesamt: 159</b> ausgestellte Urkunden für Fachkundenachweise <b>222</b> Anwendungsgebiete der Fachkunde/RöV	

#### 7.2.2. Fachkundenachweise Strahlenschutz nach der Strahlenschutzverordnung

Anwendungsgebiet	Anzahl
Offene radioaktive Stoffe	2
Umschlossene radioaktive Stoffe	1
Teletherapie u. Brachytherapie	2
Endovasculäre Strahlentherapie	1
<b>Gesamt: 6</b> ausgestellte Urkunden für Fachkundenachweise <b>6</b> Anwendungsgebiete der Fachkunde nach Strahlenschutz-VO	



### 7.2.3. Fachkundenachweise Rettungsdienst

**Gesamt 111**

### 7.2.4. Fachkundenachweise Leitender Notarzt

**Gesamt 23**

### 7.3. Fachkundenachweise und Ausbildungsberechtigungen nach der Richtlinie zur Erteilung des Fachkundenachweises Ultraschalldiagnostik vom 8. März 1994

#### 7.3.1. Fachkundenachweise

Anwendungsbereich	Anzahl
1. Gehirn durch die offene Fontanelle und durch die Kalotte (B-Mode und PW-Doppler) (B-Mode)	2 – –
2. Augen und Augenhöhlen	
a) Gesamte Diagnostik des Auges und der Augenhöhlen	1
b) Biometrie der Achsenlänge des Auges und ihrer Teilabschnitte sowie Messungen der Hornhautdicke	1
3. Nasennebenhöhlen	
a) A-Mode-Verfahren	1
b) B-Mode-Verfahren	3
4. Gesichteweichteile und Weichteile des Halses (einschließlich Speicheldrüsen)	11
5. Schilddrüse	60
6. Herz	
a) Echokardiographie – Erwachsene	11
Echokardiographie – Kinder	2
b) Doppler-Echokardiographie – Erwachsene	11
Doppler-Echokardiographie – Kinder	2
c) Belastungsechokardiographie	1
7. Thoraxorgane (ohne Herz)	39
8. Brustdrüse	15
9. Abdomen und Retroperitoneum (einschließlich Nieren)	
a) Erwachsene	68
b) Kinder	5
10. Uro-Genitalorgane	
a) Uro-Genitalorgane (ohne weibliche Genitalorgane)	50
b) Weibliche Genitalorgane	8
11. Schwangerschaftsdiagnostik	
a) Geburtshilfliche Basisdiagnostik	8
b) Weiterführende differentialdiagnostische sonographische Untersuchungen bei Verdacht auf Entwicklungsstörungen oder Verdacht auf fetale Erkrankungen oder erhöhtem Risiko	–
12. Bewegungsorgane (ohne Säuglingshüften)	8
13. Säuglingshüften	4
14. Gefäßdiagnostik	
a) CW-Doppler	
– Extrakranielle hirnversorgende Gefäße	7
– Extremitätenversorgende Gefäße	2
– Gefäße des männlichen Genitalsystems	–
– Feto-maternales Gefäßsystem	–

#### Anwendungsbereich

#### Anzahl

14. Gefäßdiagnostik	
b) PW-Doppler	
– Intrakranielle Gefäße	1
c) Duplex-Verfahren (einschließlich Farbkodierung)	
– Extrakranielle hirnversorgende Gefäße	7
– Extremitätenversorgende Gefäße	5
– Abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum	5
– Gefäße des weiblichen Genitalsystems	–
– Fetale Echokardiographie	1
– Feto-maternales Gefäßsystem	–
d) B-Mode	
– Venen der Extremitäten	2
15. Haut und Subkutis (einschließlich subkutaner Lymphknoten)	–

**Gesamt: 136** ausgestellten Urkunden für Fachkundenachweise  
**341** Anwendungsbereiche der Fachkunde Ultraschalldiagnostik

#### 7.3.2. Ausbildungsberechtigungen für Ultraschalldiagnostik

**11** ausgestellte Ausbildungsberechtigungen für Ultraschalldiagnostik  
für **53** Anwendungsbereiche

### VI. Fortbildungsveranstaltungen, die von der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Sächsischen Landesärztekammer im Jahr 2003 organisiert und durchgeführt wurden

#### Notfallmedizin

Kurs	Ort	Termin	Teilnehmer
13. Seminarkurs Leitender Notarzt	Erlbach/ Vogtland	16.06. bis 21.06.2003	29
2. Seminarkurs Ärztlicher Leiter Rettungsdienst	Oberwiesenthal	26.10. bis 29.10.2003	22
11. Refresherkurs für LNA	Oberwiesenthal	23.10. bis 25.10.2003	37
<b>Gesamt:</b>			<b>88</b>

### Kurse zur Erlangung der Fachkunde Rettungsdienst

Kurs	Ort	Termin	Teilnehmer
Kompaktkurs Rettungsdienst (Kurs A–D)	Dresden	22. 03. bis 29. 03. 2003	44
Kompaktkurs Rettungsdienst (Kurs A–D)	Leipzig	18. 05. bis 25. 05. 2003	32
Kompaktkurs Rettungsdienst (Kurs A–D)	Dresden	29. 11. bis 06. 12. 2003	42
<b>Gesamt:</b>			<b>118</b>

### Kurse Arbeitsmedizin und Betriebsmedizin

Kurs	Ort	Termin	Teilnehmer
Kurs C	Dresden	vom 10. 01. bis 17. 01. 2003 vom 24. 01. bis 31. 01. 2003	43
Kurs A	Dresden	vom 14. 03. bis 21. 03. 2003 vom 04. 04. bis 11. 04. 2003	42
Kurs B	Dresden	vom 09. 05. bis 16. 05. 2003 vom 13. 06. bis 20. 06. 2003	42
Kurs C	Dresden	vom 05. 09. bis 12. 09. 2003 vom 10. 10. bis 17. 10. 2003	43
Kurs A	Dresden	vom 21. 11. bis 28. 11. 2003 vom 05. 12. bis 12. 12. 2003	42
<b>Gesamt:</b>			<b>212</b>

### Kursweiterbildung Allgemeinmedizin (Tagesveranstaltung)

80-Stunden-Kurs Kompaktkurse	Ort	Termin	Teilnehmer
Kompaktkurs Teil 1	Dresden	02. 09.–06. 09. 2003	24
Kompaktkurs Teil 2	Dresden	08. 09.–11. 09. 2003	23
<b>Gesamt:</b>			<b>47</b>

### Reanimationskurse

Ort	Teil 1	Teil 2	Teilnehmer
Dresden	12. 03. 2003	19. 03. 2003	20
Dresden	02. 04. 2003	09. 04. 2003	13
Dresden	05. 11. 2003	12. 11. 2003	11
Leipzig	21. 02. 2003	22. 02. 2003	20
Leipzig	04. 04. 2003	05. 04. 2003	23
Leipzig	01. 08. 2003	02. 08. 2003	14
Leipzig	17. 10. 2003	18. 10. 2003	21
Aue	29. 01. 2003	05. 02. 2003	14
Raschau	16. 04. 2003	16. 04. 2003	15
<b>Gesamt:</b>			<b>151</b>

### Sonstige Kurse

Kurs	Ort	Termin	Teilnehmer
Verkehrsmedizinische Begutachtung	Dresden	10./11. 01. 2003	30
Kurs Transfusionsmedizin	Dresden	16./17. 10. 2003	59
Ärztliches Qualitätsmanagement	Dresden	23. 09.–27. 09. 2003	19
Block I		04. 11.–08. 11. 2003	19
Block II		09. 12.–13. 12. 2003	19
Spezielle Schmerztherapie, Teil 1	Leipzig	05. 05.–09. 05. 2003	48
<b>Gesamt:</b>			<b>194</b>

### Sonstige Veranstaltungen

Kurs	Ort	Termin	Teilnehmer
Fachübergreifendes FB-Semester			
– Frühjahrssemester „Geriatric“	Dresden	05. 02. 2003	41
		12. 02. 2003	55
		19. 02. 2003	51
		26. 02. 2003	51
		05. 03. 2003	47
		12. 03. 2003	66
		19. 03. 2003	73
		26. 03. 2003	52
		02. 04. 2003	73
		09. 04. 2003	52
		16. 04. 2003	41
Fachübergreifendes FB-Semester			
– Herbstsemester „Molekulare Medizin, Hämatologie, Onkologie“	Dresden	17. 09. 2003	30
		24. 09. 2003	31
		01. 10. 2003	28
		08. 10. 2003	34
		15. 10. 2003	23
		29. 10. 2003	37
		05. 11. 2003	49
		12. 11. 2003	36
		26. 11. 2003	30
Fragen der Suchtprävention und Suchtbehandlung	Dresden	25. 01. 2003	35
SARS – Herausforderung für das Gesundheitswesen	Dresden	25. 06. 2003	51

Kurs	Ort	Termin	Teilnehmer
Pocken – was ist wichtig	Dresden	25.09.2003	131
19. Kolloquium Umwelt und Gesundheit	Dresden	24.10.2003	72
Die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit in der gesetzlichen Rentenversicherung	Dresden	13.11.2003	47
Von der Schwierigkeit einer Bewertung des gesundheitsökonomischen Nutzens von Arzneimitteln	Dresden	10.12.2003	70
<b>Gesamt:</b>			<b>1306</b>
<b>Anzahl vergebene Fortbildungszertifikate 2003:</b>			<b>228</b>

#### VII. Veranstaltungsstatistik (Kammergebäude)

	Anzahl	Personenzahl
Kammerversammlung/Ärztetag	2	242
Vorstand	13	251
Ausschüsse/Beratungen	304	2581
Eigene Veranstaltungen	14	924
Fremdveranstaltungen	163	10.536
Kreisärztekammer	2	77
Jahresversammlung Kreisärztekammer	1	90
Seniorenveranstaltungen	5	770
Vernissage	6	586
Konzerte	9	682
Fremde Kurse		
– Verhaltenstherapie	17	488
– Chirotherapie	3	584
– Ultraschall	1	84
– Zahnärztekammer	2	268
– Balint-Gruppe	1	138
<b>Gesamt:</b>	<b>543</b>	<b>18.301</b>

#### VIII. Zusammensetzung der Kammerversammlung in der Wahlperiode 2003–2007

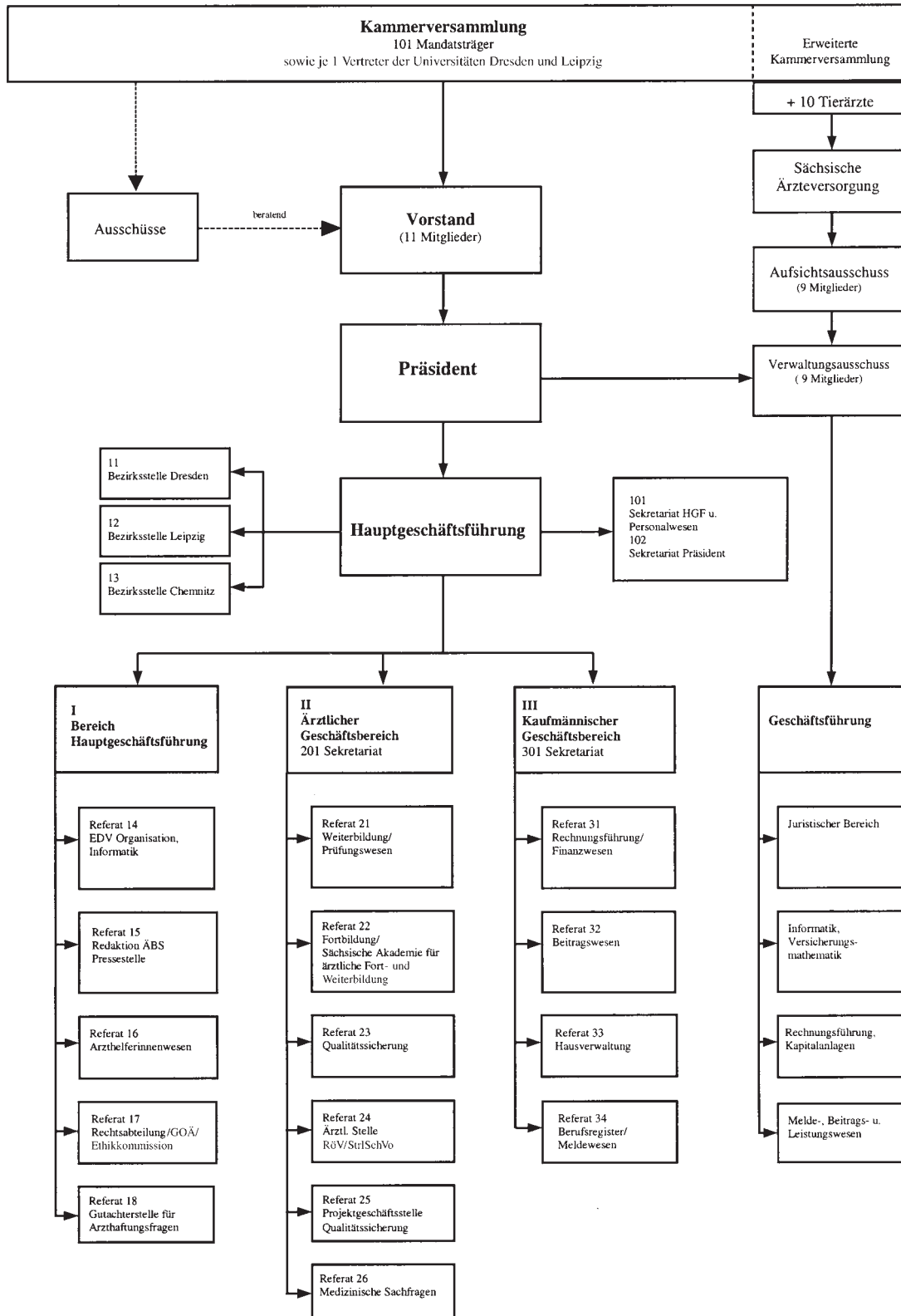
101 Mandate:	59 (57 %)	Niedergelassene Ärzte
	34 (33 %)	Angestellte Ärzte (Krankenhaus, Gesundheitsbehörden)
	8 ( 8 %)	Ärzte im Ruhestand
zzgl.	2 ( 2 %)	Vertreter der Universitäten Dresden und Leipzig
	<u>103 Sitze</u>	
103 Sitze:	82 (80 %)	Ärzte
	21 (20 %)	Ärztinnen

Gebiet	Niederlassung	Ange-stellte	Ruhe-stand	Ärz-tinnen	Ärzte
Allgemeinmedizin u. Praktiker	24			10	14
Anästhesiologie	1	5		1	5
Augenheilkunde	3			1	2
Chirurgie	2	8	2	1	11
Frauenheilkunde u. Geburtshilfe	1	1			2
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	3				3
Haut- u. Geschlechtskrankheiten	1	1	1	1	2
Humangenetik	1			1	
Innere Medizin	12	10	2	2	22
Kinderchirurgie		1			1
Kinder- u. Jugendmedizin	1	4	1	1	5
Nuklearmedizin	1			1	
Neurologie u. Psychiatrie			1		1
Neurologie	2				2
Öffentliches Gesundheitswesen		1			1
Orthopädie	1			1	
Pathologie			1		1
Radiologie	3	2		1	4
Strahlentherapie					
Urologie	3				3
in Weiterbildung		3			3
<b>Gesamt:</b>	<b>59</b>	<b>36</b>	<b>8</b>	<b>21</b>	<b>82</b>

<b>B Mitarbeiter der Sächsischen Landesärztekammer</b>		Juristische Geschäftsführerin	Assessorin Iris Glowik
		Sekretariat des juristischen Geschäftsbereiches/ Ethikkommission	Gabriele Bärwald
Hauptgeschäftsführerin	Dr. jur. Verena Diefenbach		
Sekretariat der Hauptgeschäftsführung und Personalwesen	Charlotté Evelyn Körner	Berufsrecht und allg. Rechtsangelegenheiten/ GOÄ	Assessor Michael Kratz Dipl.-Betriebsw. (FH) Heidi Rätz Dipl.-Verwaltungsw. (FH) Grit Martin Dipl.-Verwaltungsw. (FH) Bianca Reinicke Sybille Klahre
Sekretariat des Präsidenten	Irina Weitzmann		
Arzthelferinnenwesen	Marina Hartmann Helga Jähne Ulrike Kulcsár		
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit	Knut Köhler M. A.	Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen	Ursula Riedel
Redaktion Ärzteblatt	Ingrid Hüfner	Berufsregister/Meldewesen	Dipl.-Verwaltungsw. (FH) Susanne Richter (bis 27. 03. 2003) Dipl.-Päd. Iris Drews Daniela Löw (bis 22. 09. 2003) André Helbig Madeleine Schneider Sonja Kaluza (ab 21. 05. 2003)
EDV, Organisation, Informatik	Dipl.-Ing. Bernd Kögler Dipl.-Ing. (FH) Mathias Eckert René Kirchner		
Bezirksstellen – Dresden – Chemnitz – Leipzig	Ursula Riedel Dipl.-Ing. (FH) Beatrix Thierfelder Brigitte Rast	Kaufmännische Geschäftsführerin	Dipl.-Ök. Kornelia Keller
Ärztlicher Geschäftsführer	Dr. med. Siegfried Herzig	Sekretariat des kaufmännischen Geschäftsbereiches	Ines Wunderlich
Sekretariat des ärztlichen Geschäftsbereiches	Brigitte Preißler	Rechnungsführung/ Finanzwesen	Ing.-Ök. (FH) Bettina Kaupisch Brigitte Ertel Beatrice Zacher
Medizinische Sachfragen	Dr. med. Barbara Gamaleja		
Weiterbildung/Prüfungswesen	Dr. med. Birgit Gäbler Renate Ziegler Heidrun Eichhorn Ute Fischer Margitta Dittrich Angela Knobloch (bis 30. 10. 2003) Karin Wesche (ab 01. 11. 2003)	Beitragswesen	Dipl.-Ing.-Ök. Ramona Grünberg Birgit Altmann Carola Wagner Mandy Bräunling
Fortbildung/ Sächsische Akademie für ärztliche Fortbildung	Dipl.-Ing. Karla Rose Dipl.-Ök. Carina Dobriwolski Med.-Päd. Eva Marx Dipl.-Kff. Anja Heilfurth (bis 30. 01. 2003) Karin Wesche (bis 30. 10. 2003) Marika Wodarz (ab 01. 11. 2003) Göran Ziegler	Hausverwaltung/ Tagungs- und Reiseorganisation/ Materialbeschaffung/Post	Ing. (FH) Wolfgang Walther Viola Gorzel
Ärztliche Stelle gemäß §17a RöV	Dr. med. Peter Wicke Dipl.-Phys. Klaus Böhme		
Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung	Dr. med. Torsten Schlosser Dipl.-Med. Annette Kaiser Dipl.-Gew.-Lehrer Hella Lampadius Dipl.-Math. Annette Friedrich Ingrid Pürschel Kerstin Rändler Marika Wodarz (bis 30. 10. 2003)		

<b>Sächsische Ärzteversorgung</b>		Stellv. Leiterin	Dipl.-Ing. oec. Gabriele Kadach Dipl.-Inform. Kathrin Fritze Dipl.-Ing. oec. Ursula Große Dipl.-Ing. oec. Bärbel Klinkert Ökonom Karin Lehmann Liane Matthesius Dipl.-Verw.-Wirt (FH) Antje Schlodder Dipl.-Betriebswirt (FH) Silvia Türke Dipl.-Ing. oec. Bärbel Winker Dipl.- Betriebswirt (FH) Mandy Zschorn Dipl.-Wirtsch.-Ing. (FH) Barbara Dreßler Dipl.-Wirtsch.-Ing. (FH) Dagmar Knop
Geschäftsführerin	Dipl.-Ing. oec. Angela Thalheim		
Sekretariat/Empfang	Manuela Hähne Birgit Steinbock		
Justiziar Sekretärin	Ass. jur. Nico Appelt Ute Amberger		
Informatik/ Versicherungsmathematik Leiterin	Dipl.-Math. Kerstin Braun Dipl.-Math. Michael Schwarzbach Dipl.-Math. Dorothea Ketelsen Hagen Mirle Dipl.-Ing. Elke Thoß		
Rechnungswesen/ Kapitalanlagen Leiter	Dipl.-oec. Steffen Gläser Ing.-oec. Cornelia Reißig Gertraud Jahl Rita Römer		Heike Kroh Renate Pisch
Melde-, Beitrags- und Leistungswesen Leiterin	Dipl.-Ing. oec. Angela Thalheim	Verwaltungsausschuss:	Dr. Helmut Schmidt (Hoyerswerda) FA für Kinder- und Jugendmedizin, A

C Aufbau und Struktur der Sächsischen Landesärztekammer (gültig ab 01.01.2004)



---

## Vorlage des Tätigkeitsberichtes der Kammerversammlung

Der Tätigkeitsbericht und der Jahresabschluss 2003 werden am 25./26. Juni 2004 der 30. Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer zur Beschlussfassung vorgelegt.

Es wird allen mit der Tätigkeit der Sächsischen Landesärztekammer befassten Stellen und Organen für die Unterstützung sowie allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für die von ihnen geleistete Arbeit gedankt.

Dresden, am 10. März 2004

Sächsische Landesärztekammer  
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
Präsident

Dr. jur. Verena Diefenbach  
Hauptgeschäftsführerin

## Fortbildung zur Arztfachhelferin/ zum Arztfachhelfer

Die Fortbildung zur Arztfachhelferin ist eine Fortbildung in einem anerkannten Ausbildungsberuf nach § 1 Abs. 3 Berufsbildungsgesetz (BBiG). Der Sächsischen Landesärztekammer obliegt als zuständige Stelle für die berufliche Fortbildung nach § 46 Abs. 1 BBiG die Durchführung der Fortbildung zur Arztfachhelferin/zum Arztfachhelfer.

Auf der Grundlage der Muster-Richtlinien für die Fortbildung und Prüfung zur Arztfachhelferin der Bundesärztekammer (Stand 2000) wird dem 14. Sächsischen Ärztetag/der 30. Kammerversammlung am 26. Juni 2004 eine Beschlussvorlage „Ordnung der Sächsischen Landesärztekammer für die Fortbildung und Prüfung zur Arztfachhelferin (AFH)“ zur Beschlussfassung vorgelegt. Nach Beschlussfassung wird diese Ordnung im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 8/2004 veröffentlicht.

Die Arztfachhelferin soll den Arzt durch weitgehend selbständiges Arbeiten sowie durch Koordinations- und Steuerungsfunktionen in den Bereichen Administration und Praxismanagement, Personalführung und Ausbildung sowie Gesundheitsberatung entlasten.

Ergänzend zu diesem breit gefächerten Aufgabenspektrum nimmt die Arztfachhelferin noch qualifizierte Funktionen in mindestens einem spezifischen medizinisch ausgerichteten Aufgabengebiet wahr, in welchem sie über

die Ausbildung hinaus vertiefte Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vorweisen kann. Diese Qualifikation befähigt sie zu besonders qualifizierter Mitwirkung und Assistenz in mindestens einem für die Arztpraxis relevanten medizinischen Arbeitsfeld.

Die Fortbildung zur Arztfachhelferin besteht aus einem Pflichtteil von mindestens 280 Stunden sowie einem medizinisch ausgerichteten Wahlteil (wie zum Beispiel ambulantes Operieren, Dialyse, gastroenterologische Endoskopie, Onkologie, Pneumologie, Strahlenschutz) von mindestens 120 Stunden. Der Erwerb der Qualifikationen des Wahlteiles kann der Fortbildung im Pflichtteil entweder vorangehen oder dieser angeschlossen werden. Der Pflichtteil der Fortbildung endet mit einer Prüfung, nach erfolgreich absolviertem Wahlteil erhalten TeilnehmerInnen den Arztfachhelferinnen-/Arztfachhelferbrief.

Voraussetzung zur Zulassung an der Fortbildung ist der Nachweis einer mindestens zweijährigen beruflichen Tätigkeit als Arzthelferin/Arzthelfer nach bestandener Abschlussprüfung oder eines gleichwertigen Abschlusses. Bewerberinnen mit dem Abschluss Sprechstundenschwester oder Krankenschwester/Krankenpfleger können bei Nachweis einer mindestens zweijährigen Tätigkeit als Arzthelferin/Arzthelfer gleichberechtigt teilnehmen.

Die Kosten der Fortbildung im Pflichtteil sind kalkuliert mit 1.960,00 Euro. Bei Förderung aus Mitteln des Freistaates und des Europäischen Sozialfonds reduzieren sich die Kosten auf 20 bis 40 %.

Die Fortbildung beginnt voraussichtlich am 9. 10. 2004. Als Unterrichtstag ist der Samstag mit 8 Unterrichtsstunden (35 Samstage) geplant. Bei Bedarf kann der Unterricht auch am Freitag nachmittags oder an den Sonntagen erfolgen.

Die Durchführung der Fortbildung ist abhängig von der Teilnehmerzahl. Gegenwärtig prüft die Sächsische Landesärztekammer Angebote von Bildungszentren unter Berücksichtigung der Förderung.

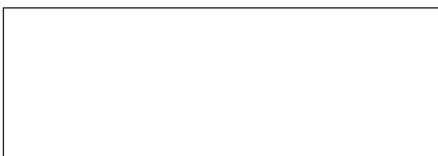
Zur Bedarfsermittlung und Planung der Fortbildung wenden sich interessierte BewerberInnen bis zum **31. 7. 2004** an die Sächsische Landesärztekammer, Referat Arzthelferinnenwesen, PF 10 04 65, 01074 Dresden.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen unter Tel.: 0351 8267340-341 gern zur Verfügung.

Marina Hartmann  
Leitende Sachbearbeiterin  
Referat Arzthelferinnenwesen

## Mitteilung der Bezirksstelle Chemnitz

Die **Bezirksstelle Chemnitz ist wegen Urlaub vom 8. 7. 2004 bis 31. 7. 2004 geschlossen.** In dringenden Angelegenheiten wenden Sie sich bitte an die Hauptgeschäftsstelle in Dresden, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, Tel.: 0351 8267-401 oder -411.



## Ausstellungen

Foyer der  
Sächsischen Landesärztekammer

**Gerda Lepke**  
Dresdner Skizzen

Arbeiten zu Dresdner Motiven  
12. Mai 2004 bis 11. Juli 2004

**Christine Weise & Dieter Weise**  
Zweierlei Sicht auf sechs Farben

Textilarbeiten, Zeichnungen,  
Materialbilder, Objekte  
14. Juli 2004 bis 12. September 2004

**Vernissage:**

Donnerstag, 15. Juli 2004, 19.30 Uhr

Einführung:

Dr. phil. Reinhild Tetzlaff, Dresden  
Universitätsamteilungen Kunst + Technik

Foyer der  
Sächsischen Ärzteversorgung

**Horst Kötter**  
Magie des Lichts

bis 6. August 2004





# 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.

## ■ Bezirksstelle Chemnitz

### Chemnitz Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 04/C033

### Zwickau Stadt

Facharzt für Innere Medizin\*)  
(Hausärztlicher Versorgungsbereich)  
Reg.-Nr. 04/C034

### Stollberg

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 04/C035

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 23. 6. 2004 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789406 oder 2789403 zu richten.

### Zwickauer Land

Facharzt für Augenheilkunde  
Reg.-Nr. 04/C036

## Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin  
Reg.-Nr. 04/C037  
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
Reg.-Nr. 04/C038

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 8. 7. 2004 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789406 oder 2789403 zu richten.

## ■ Bezirksstelle Dresden

### Görlitz-Stadt/

#### Niederschlesischer Oberlausitzkreis

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
(Vertragsarztsitz in Gemeinschaftspraxis)  
Reg.-Nr. 04/D033

### Hoyerswerda-Stadt/Kamenz

Facharzt für Augenheilkunde  
Reg.-Nr. 04/D034

### Meißen

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 04/D035  
Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 04/D036

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 9. 7. 2004 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 8828330 zu richten.

## ■ Bezirksstelle Leipzig

### Leipzig-Stadt

Facharzt für Augenheilkunde  
Reg.-Nr. 04/L021

### Torgau-Oschatz

Facharzt für Augenheilkunde  
Reg.-Nr. 04/L022

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 9. 7. 2004 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Telefon-Nr. 0341 2432153 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.

## ■ Bezirksstelle Dresden

### Görlitz-Stadt/

#### Niederschlesischer Oberlausitzkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Praxis in Uhyst  
geplante Praxisabgabe: 1. 1. 2005  
Weißeritzkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Praxis in Freital

geplante Praxisabgabe: 1. 7. 2005  
Facharzt für Innere Medizin\*)

(Hausärztlicher Versorgungsbereich)  
Praxis in Wilsdruff  
geplante Praxisabgabe: 2005

### Dresden-Stadt

Facharzt für Innere Medizin\*)  
(Hausärztlicher Versorgungsbereich)  
geplante Praxisabgabe: nach Absprache

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 8828330.

## ■ Bezirksstelle Leipzig

### Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
geplante Praxisabgabe: Ende 2004

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
geplante Praxisabgabe: Ende 2004

Facharzt für Innere Medizin\*)  
(Hausärztlicher Versorgungsbereich)

geplante Praxisabgabe: Ende 2004

### Torgau-Oschatz

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
geplante Praxisabgabe: Ende 2004-05-18

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. 0351 2432153.

# Unsere Jubilare im Juli

Wir gratulieren

02. 07.	<b>60 Jahre</b> Dr. med. Sandner, Gudrun 04318 Leipzig	13. 07.	Nitschke, Winfried 02906 Klitten	30. 07.	Dr. med. Fickert, Adelheid 08525 Kauschwitz
03. 07.	Dipl.-Med. Karbaum, Gabriele 02826 Görlitz	13. 07.	Dr. med. Schubert, Isolde 01445 Radebeul		<b>75 Jahre</b>
06. 07.	Dr. med. Kneschke, Anita 09603 Bräunsdorf	15. 07.	Dr. med. Debarade, Christine 04316 Leipzig	08. 07.	Dr. med. Selig, Rolf 09366 Stollberg
08. 07.	Dipl.-Med. Holzmann, Gerd 01665 Diera	15. 07.	Dr. med. Mank, Marlies 04207 Leipzig	13. 07.	Dr. med. Gitter, Werner 09116 Chemnitz
08. 07.	Dr. med. Löffler, Gabriele 08064 Zwickau	16. 07.	Dr. med. Steinbeck, Christian 01665 Burkhardswalde	13. 07.	Dr. med. Queißer, Hermann 01109 Dresden
08. 07.	Dipl.-Med. Olma, Ursula 04207 Leipzig	17. 07.	Dr. med. Schollmeyer, Manfred 04758 Oschatz		<b>80 Jahre</b>
08. 07.	Dr. med. Walter, Ursula 04416 Markkleeberg	17. 07.	Dr. med. Straßner, Michael 01277 Dresden	18. 07.	Dr. med. Dr. med. dent. Rennefarth, Ilse 01067 Dresden
09. 07.	Dr. med. Hörenz, Lutz 04288 Leipzig	18. 07.	Dr. med. Gatzke, Helga 09112 Chemnitz	31. 07.	Dr. med. Seikowski, Gisela 08645 Bad Elster
10. 07.	Dr. med. Schwarze, Willmar 04808 Würzen	18. 07.	Dr. med. Riese, Günter 01468 Moritzburg		<b>81 Jahre</b>
12. 07.	Dr. med. Brüggemann, Jürgen 08645 Bad Elster	18. 07.	Dr. med. Schiller, Ingrid 01796 Pirna	06. 07.	Dr. med. habil. Böhm, Heinz 01307 Dresden
12. 07.	Dr. med. Kirseck, Wolf-Jürgen 09126 Chemnitz	19. 07.	Dr. med. Lißner, Sieglinde 01129 Dresden	21. 07.	Dr. med. Böricke, Erika 01324 Dresden
13. 07.	Dr. med. Chudoba, Detlev 09599 Freiberg	19. 07.	Dr. med. Schulze, Dietrich 08064 Zwickau		<b>82 Jahre</b>
16. 07.	Dr. med. Buhl, Christiane 04179 Leipzig	19. 07.	Dr. med. Wollgast, Edith 01309 Dresden	06. 07.	Prof. Dr. med. habil. Zeumer, Georg 04668 Grimma
17. 07.	Dr. med. Just, Rosel 01069 Dresden	20. 07.	Dr. med. Haßler, Normann 08529 Plauen	08. 07.	Dr. med. Weber, Ulrich 08645 Bad Elster
17. 07.	Dr. med. habil. Langrock, Karin 02977 Hoyerswerda	20. 07.	Dr. med. Heidecke, Maria 04860 Torgau	12. 07.	Dr. med. Weißbrodt, Charlotte 04157 Leipzig
19. 07.	Dr. med. Pollack, Barbara 2797 Kurort Oybin	21. 07.	Dr. med. Hartig, Werner 04319 Leipzig	14. 07.	Dr. Milev, Gantscho 04209 Leipzig
23. 07.	Dr. med. Bitterlich, Jürgen 08058 Zwickau	21. 07.	Prof. Dr. med. habil. Malberg, Kurt 01324 Dresden	18. 07.	Dr. med. Harbort, Hans-Joachim 09514 Lengefeld
28. 07.	Dipl.-Med. George, Angelika 09337 Hohenstein-Ernstthal	21. 07.	Prof. Dr. med. habil. Sandner, Karlheinz 08258 Markneuenkirchen	20. 07.	Prof. em. Dr. med. habil. Fischer, Waltraude 04207 Leipzig
29. 07.	Dr. med. Strohbach, Bernd 01855 Sebnitz	22. 07.	Dr. med. Müller, Roland 09232 Hartmannsdorf	27. 07.	Dr. med. Stüve, Annemarie 04668 Grimma
29. 07.	Dr. med. Wallmann, Christian 01468 Moritzburg	24. 07.	Dr. med. Engler, Christine 09128 Euba		<b>83 Jahre</b>
30. 07.	Dr. med. Krautz, Ruth 01159 Dresden	24. 07.	Orphal, Barbara 01454 Wachau b. Radeberg	11. 07.	Dr. med. Walther, Erich 04317 Leipzig
30. 07.	Dipl.-Med. Laesch, Wolfgang 01471 Radeburg	25. 07.	Dr. med. Göckeritz, Christa 04105 Leipzig	18. 07.	Prof. Dr. med. habil. Paerisch, Manfred 04416 Markkleeberg
	<b>65 Jahre</b>	26. 07.	Patton, Gisela 04720 Döbeln	19. 07.	Dr. med. Gessner, Margarete 04683 Lindhardt
01. 07.	Doehner, Inge 09111 Chemnitz	26. 07.	Dr. med. Vogel, Gertrud 02763 Zittau	30. 07.	Prof. Dr. med. habil. Günther, Otfried 01097 Dresden
01. 07.	Dr. med. Koblicscheck, Bertram 09114 Chemnitz	28. 07.	Dr. med. Hellich, Reiner 09114 Chemnitz		<b>84 Jahre</b>
02. 07.	Dr. med. Langpeter, Dieter 04425 Taucha	29. 07.	Dr. med. Schoch, Dieter 01326 Dresden	16. 07.	Dr. med. Hebecker, Werner 04683 Erdmannshain
03. 07.	Dr. med. Steich, Wolfgang 04129 Leipzig	29. 07.	Prof. Dr. sc. med. Schott, Jürgen 38704 Liebenburg	19. 07.	Prof. em. Dr. med. habil. Tittel, Kurt 04229 Leipzig
04. 07.	Dr. med. Sauer, Wolf-Norbert 04655 Kohren-Sahlis		<b>70 Jahre</b>		<b>86 Jahre</b>
05. 07.	Dr. med. Guth, Regina 08525 Plauen	02. 07.	Dr. med. Schwenke, Peter 04157 Leipzig	23. 07.	Dr. med. Marschner, Erhard 09355 Gersdorf
05. 07.	Dr. med. Hofmann, Klaus 09244 Lichtenau	06. 07.	Dr. med. Weinhold, Christine 09599 Freiberg		<b>87 Jahre</b>
05. 07.	Dr. med. Hofmann, Peter 08289 Schneeberg	07. 07.	Dr. med. Kopmann, Gudrun 04416 Markkleeberg	17. 07.	Dr. med. Fischer, Gerhard 04316 Leipzig
06. 07.	Dr. med. Wicke, Peter 01816 Bad Gottlieb	11. 07.	Pahlig, Brigitte 04552 Borna		<b>88 Jahre</b>
07. 07.	Priv.-Doz. Dr. sc. med. Broeker, Harald 01309 Dresden	12. 07.	Dr. med. Bursy, Brigitte 09385 Lugau	08. 07.	Dr. med. Wirth, Klaus 04299 Leipzig
08. 07.	Dr. med. Himmstedt, Brigitte 02826 Görlitz	12. 07.	Dr. med. Fischer, Edith 04552 Borna	31. 07.	Oelsner, Heinz 09366 Stollberg
08. 07.	Dr. med. Scheffel, Reiner 02977 Hoyerswerda	15. 07.	Dr. med. Grimmman, Manfred 09456 Annaberg-Buchholz		<b>89 Jahre</b>
08. 07.	Sonntag, Wilhelm 08648 Bad Brambach	15. 07.	Dr. med. Ständer, Wolfgang 04435 Schkeuditz	07. 07.	Dr. med. Einecker, Lisa 01705 Freital
09. 07.	Dr. med. Tier, Gerhild 09337 Hohenstein-Ernstthal	17. 07.	Dr. med. Hamann, Horst 02779 Großschönau		<b>91 Jahre</b>
10. 07.	Dr. med. Blumensaat, Friederike 01809 Dohna	18. 07.	Dr. med. Pampel, Wolfgang 09366 Stollberg	21. 07.	Dr. med. Ries, Traude 04279 Leipzig
10. 07.	Dr. med. Schmitt-Hermann, Christine 01689 Weinböhla	22. 07.	Dr. med. Wolf, Christian 04720 Gärtitz		<b>93 Jahre</b>
11. 07.	Dr. med. Ballin, Arnd 04229 Leipzig	26. 07.	Schmidt, Anita 02906 See	25. 07.	Dr. med. Meyer, Jörg 01109 Dresden
13. 07.	Dr. med. Fischer, Peter 01816 Bahratal	29. 07.	Dr. med. dent. Weber, Horst 04860 Torgau	29. 07.	Portsch, Eberhard 01328 Dresden

## Der Medaillenzyklus »Arzt und Patient (Patient und Arzt) rundum«

Nach einer längeren schweren Erkrankung, die im Mai 2003 eine Operation mit stationärem Aufenthalt erforderlich machte, hat Prof. Helmut Zobl, einer der herausragenden Vertreter der zeitgenössischen Medaillenkunst in Österreich, im Sommer des vorigen Jahres den Zyklus „Arzt und Patient (Patient und Arzt) rundum“ geschaffen.

Der in limitierter Auflage vorgelegte Zyklus umfasst sechs in Feinsilber geprägte einseitige Medaillen, die mit ihren Darstellungen als Reflexion auf das eigene Erleben der Krankheit und des Arzt-Patienten-Verhältnisses zu verstehen sind. Die positiven Erfahrungen, denen ein großes Vertrauen sowohl im zwischenmenschlichen als auch im fachlichen Bereich zugrunde lag, haben den Künstler zu dieser Folge ausdrucksstarker Prägungen inspiriert. Helmut Zobl kommentiert diese selbst mit den Worten: „Hilfe und Schutz von allen Seiten – Dank des beschützten Patienten – aus ganzem Herzen“. Die Geste des Dankes, für die der eigene Krankheitsfall konkreter Anlass war, erfährt in der künstlerischen Realisation eine Umsetzung in eine andere, verallgemeinernde Ebene. Gemeint ist die Beziehung zwischen dem bei einer Erkrankung tätigen Helfer und dem, der Hilfe erfährt, in ihrem ganzen Ausmaß. Die Beziehung kann folgerichtig auch nicht nur einseitig funktionieren, da „die wirkliche Verantwortung (auf Seiten) des Arztes UND des Patienten“ liegt. Als Quintessenz und Höhepunkt des Zyklus bezieht sich diese Aussage auf die sechste und damit letzte Medaille. Ebenso wie es sonst für die Verfahrens-

weise des Künstlers typisch ist, hat er auch mit der hier vorgestellten Serie die einzelnen Prägungen in einem schöpferischen Prozess mit Zwischenstufen (Arbeitszuständen) bis hin zum jeweils fertigen Werk gestaltet.

Bei der ersten Medaille des Zyklus (WNR 1132) erfolgte die Vollendung des Werkes in fünf Schritten. Die einzelnen Zustände, die in Bleiabschlägen dokumentiert sind, lassen die Arbeitsweise Helmut Zobls besser nachvollziehen. Der erste Zustand zeigt die nur liegende Figur des Patienten. Im nächsten Zustand sind schon zwei stehende Figuren, die Kopf und Füße des Liegenden erfassen, links und rechts hinzugefügt. Bis zum letzten Zustand werden die weiteren Figuren und die einbeschriebenen Kreise ergänzt. In der Zeit des Wartens erlebt der Kranke zunehmend Hilfe und Schutz, was schließlich in umfassender Weise von ihm registriert wird und ein Gefühl der Dankbarkeit auslöst. Die tatsächliche und gefühlte Unterstützung in einer schwierigen Situation wird im Medaillenbild durch die Beschützer von allen Seiten veranschaulicht. Als „horizontale und vertikale Energie-Achse“ stehen die Helfenden innerhalb von Kreisen, die sich in der liegenden Patientenfigur überschneiden. Die Konzentration der Kräfte auf den kranken Körper ist eine entscheidende Voraussetzung für das Gelingen der Operation.

Auf der zweiten Medaille (WNR 1133) liegt der Patient nicht mehr vollkommen horizontal, sondern stützt sich – dem Arzt entgegenstreckend – mit den Armen auf. Dieser ist si-

multan in zwei Haltungen dargestellt – sowohl ganz aufrecht als auch leicht mit dem Oberkörper zum Kranken gewendet. In seiner für den Patienten beruhigenden Berührung liegt Sanftmut. Die Textzeile des Künstlers „Heilende Worte, Zeit und Hände“ gibt in knappster Formulierung wieder, was den Genesungsprozess befördert.

Die dritte Medaille (WNR 1134) widmet sich dem Thema Visite – „Patient in Selbstbetrachtung“. Wie auf allen Prägungen der Serie sind auch bei dieser Darstellung Kreislinien einbeschrieben. Der Patient und sein Spiegelbild erscheinen in X-Form im mittleren Kreis, umgeben von großen und kleinen Figuren, die sich an den Händen halten. Es handelt sich um die „Zeit der Arzt-Gespräche, mit und ohne Informationen...“.

Der Titel für die vierte Prägung (WNR 1135) lautet „Die kleinen Helfer und Helferinnen unterstützen die großen Helferinnen und Helfer. Hineinwachsen in die vorbereitet geheilte Gestalt...“ Viele Faktoren tragen zum Heilungsprozess bei, so dass der zu erreichende Zustand bereits absehbar erscheint. Wie bei der zweiten Medaille des Zyklus stellt der Künstler die Hauptfigur in zwei Momenten eines Zeitverlaufs zugleich auf einem Bild vor. Hier handelt es sich im späteren Stadium aber um die Vorwegnahme eines Ereignisses in vollendeter Zukunft, was sich in der Wiedergabe der menschlichen Umrisslinie ausdrückt. Der geheilte Mensch wird über den noch genesenden hinausragen und mit einem Bein ausschreiten.



1 – WNR 1132  
Hilfe und Schutz von allen Seiten. Dank des beschützten Patienten. Horizontale und vertikale Energie-Achse.



2 – WNR 1133  
Beruhigende Berührung. Sanftmut des Arztes. Heilende Worte, Zeit und Hände. (Ellenbogen-Mittelpunkte)



3 – WNR 1134  
Die Visite - Patient in Selbstbetrachtung. Zeit der Arzt-Gespräche, mit und ohne Informationen ...



4 – WNR 1135  
Die kleinen Helfer und Helferinnen unterstützen die großen Helferinnen und Helfer. Hineinwachsen in die vorbereitete geheilte Gestalt ...

Die Bewegung des aufgerichteten Voranschreitens realisiert sich dann in der fünften Medaille (WNR 1136), bei der der Kontrast zwischen der mit Figuren ausgefüllten Fläche links und dem Freiraum rechts auffällt. Die quergestellten Figuren betonen die Vertikalität der Hauptfigur. Die Krankheit ist überwunden; die „optimistische Handreichung“ lässt wieder getrost in die Zukunft blicken. Auch nach überstandener Krankheit bleibt der Arzt weiterhin Begleiter und Berater für den Patienten. Wie schon eingangs erwähnt, findet der Medaillenzyklus mit der sechsten Prägung (WNR 1137) einen stimmigen Abschluss. Der Arzt, hinter dem Patienten stehend, verweist auf die zwei möglichen Wege, die sich links und rechts der Zweiergruppe in figuralen Umrissen auftun. In seinem Berufsverständnis wird er weiterhin „beschützen und verhindern“, das heißt den rechten Weg zeigen und den falschen Weg zu vermeiden helfen.

Mit dem Medaillenzyklus „Arzt und Patient (Patient und Arzt) rundum“ ehrt Helmut Zobl den Berufsstand des verantwortungsbewussten Mediziners, wobei auch ein besonderer Dank des „beschützten“ Patienten gegenüber dem „Helfer“ im metallenen Rund verewigt ist. Zugleich hat der Künstler für den Bereich „Medicina in nummis“, womit ein schon traditionelles Sammelthema auf dem Gebiet der Medaille bezeichnet wird, ein außergewöhnliches Werk in der für ihn prägnanten For-



5 – WNR 1136  
Optimistische Handreichung. Frei-Raum. Vertikale Energie-Achse.

mensprache hinzugefügt. Nicht zuletzt kann diese Serie für eine neue Diskussion über das Berufsverständnis des Arztes und das Arzt-Patienten-Verhältnis anregend sein

Helmut Zobl wurde 1941 in Schwarzach St. Veit (Salzburg) geboren. Von 1960 bis 1965 studierte er an der Akademie der Bildenden Künste in Wien bei den Professoren Ferdinand Welz und Herbert Boeckl. Bei seinem Lehrer Welz war er von 1967 bis 1970 Assistent in der Meisterschule für Medaillenkunst. Seit 1970 lebt er freischaffend in Wien als Medailleur, Bildhauer, Maler und Grafiker. Helmut Zobl ist Mitglied der Wiener Sezession. 1994 trat er der Deutschen Gesellschaft für Medaillenkunst bei.

Nachdem sich Helmut Zobl im Frühwerk überwiegend mit der gegossenen Medaille beschäftigt hatte, begann 1969 die endgültige Zuwendung zum direkten (negativen) Stempelschnitt in Stahl. Diese Technik, die in der Gegenwart international nur noch von wenigen Meistern des Fachs beherrscht wird, sollte für sein Schaffen entscheidend werden. Verbunden ist sie bei vielen Arbeiten mit der Hammerschlag-Prägung. Im Mittelpunkt des Werkes von Helmut Zobl steht fast immer der Mensch. Der Künstler dokumentiert seine Prägungen selbst akribisch genau in regelmäßig erscheinenden Katalogen. Das begleitende Werkverzeichnis, ein Beleg für seine immen-



6 – WNR 1137  
Die wirkliche Verantwortung des Arztes UND des Patienten. (Beschützen und verhindern; den richtigen Weg zeigen – den falschen Weg verhindern – Vor-Sicht-Sein, Nach-Sicht-Sein).

Zyklus „Arzt und Patient (Patient und Arzt) rundum“, 2003 (Erlebnisse und Überlegungen nach Operation und Spitalsaufenthalt im Mai 2003)

Negativschnitte in Stahl, Ø 50 mm, Feinsilberprägungen, Ø ca. 62 mm, je 126,5 g, einseitig. Helmut Zobl, 2003 im Juli / August

se Produktivität, wird bald die Nummer 1150 erreicht haben! Zahlreiche Ausstellungen und Ausstellungsbeteiligungen im In- und Ausland brachten Helmut Zobl einen stetig wachsenden Kreis von Freunden und Sammlern seiner Kunst. Anlässlich des 60. Geburtstages veranstaltete das Münzkabinett der Staatlichen Kunstsammlungen Dresden im Jahr 2001 eine Personalausstellung im Albertinum, zu der auch ein Katalog vorgelegt werden konnte. Bis zum 31. Mai 2004 war im Münzkabinett des Kunsthistorischen Museums Wien eine Auswahl seiner Arbeiten im Rahmen der Ausstellung „Die moderne Medaille in Österreich – Ferdinand Welz und seine Schule“ zu sehen.

Kontaktadresse:  
Prof. Helmut Zobl,  
Mariahilferstraße 58, 1070 Wien,  
Österreich,  
Tel./Fax: 00431-5239264,  
E-Mail: eInzobl.wien@aon.at

Anschrift des Verfassers:  
Dr. Rainer Grund,  
Burgsdorffstraße 12, 01129 Dresden

## Seniorentreffen Torgau 2004

Der Ausschuss Senioren der Sächsischen Landesärztekammer hat im Rahmen des 9. Sächsischen Seniorentreffens 2004 den Besuch der 2. Sächsischen Landesausstellung „Glaube und Macht“ in Torgau in Verbindung mit einem Kennenlernen dieser Stadt geplant. Den teilnehmenden Senioren soll Gelegenheit gegeben werden, sich bereits im Vorfeld des Besuches mit der interessanten und wechselvollen Geschichte der Stadt Torgau vertraut zu machen.

Herr Dr. med. habil. Heinz Brandt stellt die Stadtgeschichte und die Bedeutung seiner Vaterstadt Torgau für die Reformation und die Dynastie der Wettiner dar. Damit wird deutlich, warum Torgau als Ort der zweiten Sächsischen Landesausstellung gewählt wurde.

### Zur Stadtgeschichte von Torgau

In Sachsen begann die Reformation. Infolge verlorener Kriege und anderer Zeitumstände liegt von den damals vier sächsischen für Reformation und das Leben Martin Luthers bedeutsamen Orten Eisenach, Eisleben und Wittenberg nur noch Torgau im Freistaat Sachsen. „Von welcher Seite man auch der alten Stadt Torgau naht, immer macht sie einen bedeutenden Eindruck. Kommt man von Norden oder von Osten her ..., so fesselt unseren Blick das hart am Wasser aufragende Schloss Hartenfels, ... von Süden oder Westen her hebt sich ... die Silhouette der Stadt scharf und kräftig aus der Ebene empork“(6).

- Der Porphyrfelsen, auf dem Schloss und Rathaus stehen, ragt mit Ausläufern in den Bereich der Elbe und bildet eine Furt. Für die uralte Handelsstraße nach Osten war diese bedeutsam, zumal sie sich hier mit der von der Nordsee nach Böhmen führenden Verbindung kreuzte. Dadurch war bereits zu slawischer Zeit die hiesige Ansiedlung ein wichtiger Marktflecken, worauf die Benennung Thurgovvve/Torgove (slawisch = Markt) hinweist. Urkundliche Ersterwähnung 973(7).

- Im Verlauf der deutschen Kolonisierung entstand etwa um 828 auf dem Porphyrfelsen eine zur Mark Meißen gehörende Burganlage und Ortschaft, die 1089 mit der Mark Meißen dauernd in den Besitz der Wettiner überging (1).

- Nach dem Aussterben der Askanier in Sachsen-Wittenberg 1422 verließ als ihren Nachfolgern der Kaiser deren Land, Herzogstitel und Kurwürde den Wettinern. Nach dem Tod 1464 des wettinischen Kurfürsten Friedrich II. dem Sanftmütigen übergab sein Nachfolger Kurfürst Ernst 1485 bei der so-

nannten Leipziger Teilung seinem Bruder Albrecht III. dem Beherzten den südlichen Teil seiner Lande mit der Residenz Dresden als Herzogtum und behielt selbst den nördlichen Teil mit thüringischen Ländereien und mit dem Kurkreis sowie die Kurfürstenwürde (5). Damit begann die Aufspaltung der Wettiner in eine ernestinische und eine albertinische Linie.

- Im Elbbereich besaßen die ernestinischen Wettiner Schlösser und Burgen, so in Torgau, Wittenberg, Lichtenburg (Prettin), Lochau (Annaburg) und Pretzsch, die noch heute sehr eindrucksvoll sind. Sie residierten jedoch teils in Torgau, teils in Wittenberg. Nach dem Tod ihres Vaters, des Kurfürsten Ernst, im Jahr 1486 regierten den ernestinischen Teil Sachsens Kurfürst Friedrich III. der Weise mit seinem Bruder Herzog Johann der Beständige gemeinsam. Letzterer erhielt 1525 nach dem Tod seines unverheirateten Bruders Alleinherrschaft und Kurwürde.

Während Friedrich III. der Weise nur bis 1489 in Torgau und danach in Wittenberg residierte, herrschte sein Bruder Johann der Beständige als Herzog und später auch als Kurfürst von Torgau aus.

Nach dem Tod des Kurfürsten Johann der Beständige folgte ihm 1532 dessen Sohn Johann Friedrich der Großmütige nach, der Torgau zur Residenzstadt des Kurfürstentums erhob. Er war Führer des Schmalkaldischen Bundes, verlor 1547 gegen Kaiser Karl V. die Schlacht bei Mühlberg und wurde vom kaiserlichen Heerführer, seinem protestantischen(!) Verwandten Herzog Moritz aus Dresden gefangen genommen. Karl V. ächtete ihn und nahm ihm Kurwürde sowie Kurkreis, die er dem



Lucas Cranach d. J., Kurfürst Moritz v. Sachsen, 1578, Staatliche Kunstsammlungen Dresden, Rüstkammer



Ausschnitt aus Lucas Cranach d. J., Elias und Baalspriester, 1545, Staatliche Kunstsammlungen Dresden, © Gemäldegalerie Alte Meister, Foto: Hans-Peter Klut



Lucas Cranach d. J., Elias und Baalspriester, 1545, Staatliche Kunstsammlungen Dresden, © Gemäldegalerie Alte Meister, Foto: Hans-Peter Klut



Schloss Hartenfels, Hauptportal  
© J. Schöner

siegreichen Herzog Moritz von Sachsen und damit der albertinischen Linie der Wettiner übertrug. Johann Friedrich der Großmütige wurde zwar später von Karl V. begnadigt, musste sich nun aber als Herzog mit einigen seiner thüringischen Besitzungen abfinden.

- Als Schirmherren Martin Luthers hatten diese drei ernestinischen Kurfürsten für die Ausbreitung des Protestantismus in Deutschland eminente Bedeutung. Friedrich der Weise, der 1519 die ihm angetragene Kaiserkrone abgelehnt hatte, trennte sich zwar nie von der päpstlichen Kirche, berief aber Martin Luther an seine von ihm gegründete Wittenberger Universität und schützte den Reformator vor kaiserlicher Verfolgung. Johann der Beständige bekannte sich zu Luthers Lehre und veranlasste diesen zur gemeinsamen Abfassung der Torgauer Artikel mit Melanchthon, Jonas und Bugenhagen, die Grundlage des Augsburger Bekenntnisses sind; auf diesen Fürsten geht der Aufbau einer Evangelischen Kirche in Sachsen zurück. Johann Friedrich der Be-

ständige übernahm die Position seines Vaters im Schmalkaldischen Bund und blieb trotz des Verlustes seiner Kurwürde weiterhin ein treuer Förderer des evangelischen Glaubens. Während der Regierungszeit dieser drei Kurfürsten weilte Luther mehr als 40-mal in Torgau, predigte hier, förderte die Torgauer Gelehrtenschule, gab 1524 mit dem Torgauer Kantor Johann Walther das erste evangelische Liederbuch heraus, nahm in den kurfürstlichen Familien geistliche Handlungen vor und hatte über den Hofkaplan Spalatin engsten Kontakt zum kurfürstlichen Hof. Als ersten protestantischen Kirchenneubau weihte Luther 1544 die nach seinen Vorstellungen errichtete Kirche im Schloss Hartenfels ein.

- Luthers Frau, Katharina von Bora, war mit anderen Nonnen von dem Tuchhändler und Torgauer Ratsherren Leonhard Köppe der Ältere sowie einigen Mitbürgern aus dem Kloster Nimbschen befreit, respektive entführt worden. Seither hatte sie enge Beziehungen zu Torgau. Als sie 1552 nach dem Pestaussbruch mit einigen Professoren und Studenten aus Wittenberg nach Torgau floh, erlitt sie einen Unfall, an dessen Folgen sie am 20. 12. 1552 in Torgau verstarb. In St. Marien (Stadtkirche) von Torgau fand sie ihre Grablage.

- Auf Weisung des damals noch in Torgau residierenden Herzogs Albrecht III. des Beherrzten, der erst 1485 nach der Leipziger Teilung seinen Sitz nach Dresden verlegte, begann etwa um 1470/71 durch Arnold von Westfalen der Umbau der Torgauer Burg zum

Schloss. Zunächst entstand der Flügel B, der sogenannte Albrechtsbau. Die Kurfürsten Friedrich III. der Weise und Johann der Beständige begnügten sich mit diesem Schloss, „wie es ihnen Albrecht überliefert hatte“(6). Auf Veranlassung Johann Friedrich des Großmütigen wurde der Schlossausbau durch Conrad Krebs und danach durch Nickel Grohmann großzügig fortgesetzt. Es entstanden der Flügel C mit dem berühmten Wendelstein, Umbau des Hausmannsturms, der Ostflügel mit dem „Schönen Erker“ und mit der nach Luthers Vorstellungen errichteten Schlosskirche. Das mit dem gewaltigen kursächsischen Wappen geschmückte Tor (Flügel A) ist erst 1623 unter dem albertinischen Kurfürsten Johann Georg I. entstanden.

Seit dem Übergang der Kurwürde 1547 an Moritz von Sachsen und die albertinische Linie war Dresden kurfürstliche Residenz. Schloss Hartenfels blieb jedoch bis Ausgang des 17. Jahrhunderts ein beliebter Repräsentationsort des kurfürstlichen Hofes für Feiern und Familienfeste. Seit der Barockzeit und der Herrschaft August des Starken wurde es für höfische Zwecke kaum mehr genutzt und schließlich nach Auktion seines wertvollen Inventars fiskalischen Zwecken zugeführt, unter anderen als Zuchthaus, Kasernement, Landgericht, Kreisbehörde, Wohngebäude.

- Während der napoleonischen Kriege gewann Torgau militärische Bedeutung. Der französische Kaiser hatte – möglicherweise in Vorbereitung seines Russlandfeldzuges – kurzfristig 1809 vom sächsischen König den Bau einer starken Elbfestung gegen Preußen gefordert. Diesem Ansinnen musste sich der sächsische König fügen und gab 1810 Befehl zum Festungsbau. Die Wahl des Ortes und der Festungsplan fanden die Billigung Napoleons. Torgau eignete sich aus militärischer Sicht schon deswegen, weil sich seit kurfürstlicher Zeit einige gewaltige Magazinegebäude in der Stadt befinden. 4000 bis 5000 Schanzarbeiter und viele Soldaten errichteten in kurzer Zeit nach den Plänen der Festungsbaumeister Astor und Le Cog dieses Bollwerk, dem leider 180 zum Teil recht wertvolle Renaissancegebäude zum Opfer fielen. Bereits nach Bauzeit von einem Jahr bestand Verteidigungsbereitschaft. Fast die gesamte sächsische Armee war 1813 in Torgau stationiert. Ihr Kommandant, General von Thielemann, musste am 10. 5. 1813 auf königlichen Befehl die Festung an die Franzosen übergeben. Der sächsische General trat mit einigen Offizieren zu den Preussen



Schloss Hartenfels, Gesamtansicht, © Foto: Hans-Peter Klut

über. Letztere belagerten seit 8. 10. 1813 die Festung, deren französische Besatzung sich am 25. 12. 1813 ergab und „mit klingendem Spiel“ ehrenvoll in die Gefangenschaft abzurücken durfte (4).

Im August 1813 wurde das französische Hauptlazarett nach Torgau verlegt, wobei viele Bürgerhäuser und das Schloss Behelfslazarette wurden, in denen Verwundete aller Kriegsschauplätze lagen. Schließlich brach 1813 hier eine verheerende Typhus- und Fleckfieberepidemie aus; obendrein wurden von Dresden und Meißen Hunderte von typhös Erkrankten nach Torgau verlegt. Insgesamt sollen während dieser Zeit fast 30 000 Militärangehörige hier verstorben sein. Wegen der räumlichen Enge waren die Bestattungsmöglichkeiten begrenzt und es sollen daher zeitweise die Leichen in die Elbe geworfen worden sein. Nachdem die preußische Armee die Festung übernommen hatte, erfolgte deren sanitäre Sanierung (4).

- Der sächsische König musste im Wiener Frieden 1815 die Hälfte seines Landes an Preußen abtreten (preußische Provinz Sachsen). Kreis Torgau wurde preußischer Grenz- kreis, die Festung gegen Sachsen gerichtet und weiter ausgebaut. Die Hohenzollern verlegten mehrere ihrer Regimenter sowie ausgedehnte Verwaltungs- und Justizbehörden in die Stadt, die dadurch in den Ruf geriet, Klein-Potsdam zu sein.

- Seit der Reichsgründung 1871 war die Festung unnötig und wurde 1893 geschleift. Durch Beseitigung des Festungsgürtels wurde innerstädtisches Bauland frei, wo nun ansehnliche Wohn- und Geschäftshäuser sowie eine Ringstraße mit zumeist im Jugendstil erbauten Villen entstand. Diese Ringstraße lehnt sich an einen halbkreisförmig vom Nord- zum Südufer der Elbe westlich um die Stadt ziehenden parkähnlichen Gürtel an, der auf dem zuvor unbebaut und schussfrei gehaltenen Festungsglacié angelegt ist. Außerhalb dieser Anlage befindet sich jetzt ein modernes Wohn- und Industriegebiet. Innerstädtisch jedoch zeugen noch einige Reste der Festungsanlagen und zivilen Zwecken zugeführte Kasernengebäude von der Festungszeit.

- Die im Zweiten Weltkrieg zunächst kaum beschädigte Stadt wurde im April 1945 erneut zur Festung erklärt, aber nach Sprengung der beiden Elbbrücken von der deutschen Wehrmacht aufgegeben. Am 25. 4. 1945 kam es auf den Trümmern der Straßenbrücke zum Zusammentreffen von Rotarmisten mit US-



Wendelstein, Treppenansicht von untern  
© J. Schöner

Soldaten, von dem ein auf Befehl der Sowjetarmee errichtetes Denkmal zeugt.

- Durch die Gebietsreform der DDR kam 1952 der Kreis Torgau ohne die Städte Prettin und Annaburg zum DDR-Bezirk Leipzig. Bei der Volksabstimmung 1990 entschieden sich über 90 % der Bevölkerung des Kreises für die Wiedereingliederung in den Freistaat Sachsen. Bei der sächsischen Kreisreform wurde dieser Kreis mit dem Kreis Oschatz zum Kreis Torgau-Oschatz vereinigt.

Die industrielle Entwicklung der Stadt Torgau und ihres Umfeldes ist gegenwärtig durch erhebliche Umweltauflagen gehemmt, die sich notwendig machen, weil hier aus dem Urstromtal der Elbe aus einem etwa 70 m tiefen Brunnen Trinkwasser gewonnen und in die Ringwasserversorgung Leipzig-Halle-Magdeburg eingeleitet wird.

#### Literatur:

1. Henze, E.: Geschichte der Stadt Torgau Paul Schultzes Buchhandlung (Torgau), 1925;
2. Kadatz, I.: Bekannte Persönlichkeiten in der Geschichte Torgaus Torgauer Geschichtsverein e.V. (Torgau), 2002;
3. Lexikon der Weltgeschichte Bertelsmann-Lexikon-Verlag GmbH (Gütersloh-München), 1998;
4. Müller, H., H. Witte: Die sächsisch-preussische Festung Torgau 1813-1893 Torgauer Geschichtsverein e.V. (Torgau), 1995;
5. Scheuch, M.: Historischer Atlas Deutschland Bechtermünz Verlag (Augsburg), 2000;
6. Schmidt, O.E.: Kursächsische Streifzüge, Band 1 Otto Spamer (Leipzig), 1918;
7. Wieber, H.B.: Die Ortsnamen des Kreises Torgau Dissertation (Leipzig), 1968.

Anschrift des Verfassers:  
Dr. med. habil. Heinz Brandt,  
August-Bebel-Straße 4, 04860 Torgau

#### 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.slak.de>  
E-Mail: [presse@slak.de](mailto:presse@slak.de)

#### Redaktionskollegium:

Prof. Dr. Jan Schulze  
Prof. Dr. Winfried Klug (Vi.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 8267-351  
Telefax 0351 8267-352

#### Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb

Leipziger Verlagsanstalt GmbH  
Paul-Grüner-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  
Anzeigenleitung: Kristin Böttger  
Anzeigendisposition: Silke El Gendy  
*Z. Zr. ist die Anzeigenpreislise Nr. 7 vom 1.1.2004 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 Abonnementgelder werden jährlich im Voraus in Rechnung gestellt.

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

ISSN: 0938-8478