

Ärzteblatt Sachsen



Inhalt 8/2004

Berufspolitik	Benötigen wir einen Arzt neuen Typs?	368
	Im Interview: Staatsministerin Helma Orosz zum Ärztemangel im Freistaat Sachsen	369
	Medizinische Versorgung in Deutschland	370
Amtliche Bekanntmachungen	Wegfall der AiP-Phase	375
	Appell des Präsidenten	375
Berufspolitik	Das DIPOL® Reformcurriculum der Studienjahre 3 bis 5	376
Gesundheitspolitik	Qualitätssicherung vor dem Hintergrund sinkender Obduktionszahlen	382
Verschiedenes	Hufeland-Preis 2005	383
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Gebiet Nuklearmedizin und Strahlentherapie – Ablauf von Übergangsvorschriften	384
	Arzthelferinnen in Sachsen	384
	Seniorentreffen der Kreisärztekammer Dresden	397
	Ausstellungen und Konzertankündigung	397
Amtliche Bekanntmachungen	Satzung zur Aufhebung der Satzung zur Erteilung des Fachkundenachweises Rettungsdienst	
	Satzung zur Aufhebung der Richtlinie zur Erteilung des Fachkundenachweises Ultraschalldiagnostik	
	Satzung zur Änderung der Gebührenordnung	
	Neufassung der Gebührenordnung	
	Ordnung der Sächsischen Landesärztekammer für die Fortbildung und Prüfung zur Arztfachhelferin	385 – 396
	Impressum	397
Mitteilung der Ärzteversorgung	Das Alterseinkünftegesetz vom 11. Juni 2004	398
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	399
Originalie	Aktuelle Hypertonieprävalenz in der Oberlausitz	400
Danksagung	Pflichten des ärztlichen Standes	403
Personalia	Prof. Dr. med. habil. Heinz Mätzig zum 70. Geburtstag	404
	Dr. med. Manfred Schollmeyer zum 65. Geburtstag	405
	Unsere Jubilare im September	406
Verschiedenes	Seniorenflug der Kreisärztekammer Stadt Leipzig 2004	407
Medizingeschichte	Professor Dr. Johannes von Mikulicz-Radecki Chirurg – Hochschullehrer – Wissenschaftler	408
Glosse	Der Ausschuss	409
Beilage	Fortbildung in Sachsen – Oktober 2004	

Sächsische Landesärztekammer und „Ärzteblatt Sachsen“:
<http://www.slaek.de>, E-Mail: dresden@slaek.de,
 Redaktion: presse@slaek.de,
 „Gesundheitslotse Sachsen“: www.gesundheitslotse-sachsen.de

Benötigen wir einen Arzt neuen Typs?

Das deutsche Gesundheitswesen ist nach wie vor besser als sein Ruf, und viele Staaten beneiden uns um dieses System gesundheitlicher Betreuung. Ohne wesentliche Wartezeiten wird die Bevölkerung wohnortnah und flächendeckend ambulant, stationär und rehabilitativ versorgt. **Oberste Priorität aus Sicht der Patienten hat – jüngsten Meinungsumfragen zufolge – der ungehinderte freie Zugang des Patienten zu seinem Arzt. Dort haben kranke Menschen Anspruch auf eine fachlich hochwertige und humane Versorgung.**

Noch haben wir ein vertrauensvolles Patienten-Arzt-Verhältnis und eine flächendeckende solidarische Krankenversorgung. Wir sollten sie erhalten. Deshalb müssen sich alle künftigen Reformschritte an folgenden wichtigen und grundlegenden Gesundheitszielen orientieren:

■ Der Bürger hat die Verantwortung für sich und seine Gesundheit. Eine gesunde Lebensweise und Prävention müssen feste Bestandteile der privaten Lebensführung werden.

■ Der Bürger muss die Gewissheit haben, dass Krankheit für ihn und für seine Familie niemals zu einer existenzbedrohenden finanziellen Belastung wird.

■ Der Bürger muss wohnort- und zeitnah Zugang zu ambulanten und stationären medizinischen Leistungen haben.

■ Der Bürger hat Anspruch auf medizinische Leistungen nach dem Stand des aktuellen medizinischen Wissens. Der medizinische Fortschritt muss allen Bürgern zugute kommen.

■ Der alte Mensch darf nicht ausgegrenzt werden. Alter allein darf nicht zum Leistungsausschluss führen.

■ Der leidende Mensch muss durch seinen Arzt jederzeit Hilfe, Heilung und Zuspruch erfahren können.

■ Der unheilbar Kranke hat ein besonderes Recht auf Zuwendung, Linderung von Beschwerden, Erleichterung seines Schicksals und einen Tod in Würde.

Die Rahmenbedingungen zur Erfüllung dieser wichtigen Gesundheitsziele müssen von der Politik garantiert werden. Dazu gehört unter anderem auch die zu verbessernde Attraktivität der Heilberufe und insbesondere der ärztlichen Tätigkeit in materieller und ideeller Hinsicht.

Und wir Ärzte? Sollen wir uns in reine Gesundheitsökonomien, die von Managern ihre Handlungsanweisungen bekommen, wandeln? Sollen wir das Stethoskop durch den spitzen Bleistift ersetzen? Soll ein Patient

dann nur noch eine DRG-Nummer mit Wirtschaftlichkeitsreserven sein? Soll er im Krankenhaus abgelegt werden wie in einem Bettenregal? Soll dem Arztkittel immer mehr der Ärmelschoner übergezogen werden, um die wachsende Bürokratie zu beherrschen? Werden dann nicht noch mehr Studenten ihr Medizinstudium abbrechen und Ärzte abwandern? Sind das wirklich die Bedingungen, die wir uns für die Weiterentwicklung unseres Gesundheitssystems wünschen? In Sachsen sind Handlungsoptionen besonders vonnöten. Denn mittlerweile sind mehrere Gebiete vom Ärztemangel betroffen. Die Ärzteschaft hat größtenteils ihre Hausaufgaben gemacht. Das konnten die Leser im Heft 6 des „Ärzteblatt Sachsen“ nachlesen. Aber die Politik ist immer noch sehr zögerlich. Das Sozialministerium hatte Anfang Juli eine Sitzung mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KVS) und den Krankenkassen einberufen, um die Optionen „Umsatzgarantie“ oder „verlorenes Darlehen“ für die Übernahme einer Niederlassung auf dem Lande zu beraten. Zu einer Entscheidung kam es allerdings nicht. Nach Klärung juristischer Fragen wird es erst Anfang September, also nach Sommerpause und Ferienzeit, dafür mitten im Landtagswahlkampf, eine nächste Sitzung geben. Ob dort eine Entscheidung fallen wird, ist offen. Denn obwohl Krankenkassen und KVS einer Teilung der notwendigen Aufwendungen zugestimmt und das Sozialministerium mit Hinweis auf den Sicherstellungsauftrag eine Kostenübernahme ausgeschlossen hat, ist die Höhe der notwendigen Aufwendungen noch nicht näher bestimmt. Für den Öffentlichen Gesundheitsdienst dagegen hat das Sozialministerium bereits verbesserte finanzielle Rahmenbedingungen geschaffen.

Davon abgesehen, wird es nicht reichen, Ärzte mit Geld aufs Land locken zu wollen. Vielmehr müssen mehrere Schritte ineinander greifen. Die Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin, die Verzahnung ambulant/stationär, flexible Arbeitszeiten für Ärztinnen mit Kindern und der Abbau von Überreglementierungen könnten junge Ärzte motivieren, den Arztberuf nach dem Studium auch zu ergreifen und später eine Praxis auf dem Lande zu übernehmen. Maßgebliche Unterstützung kann auch von den Kommunen kommen. In einigen Landkreisen bemüht man sich um die Verbesserung der Infrastruktur. Mit Kinderbetreuungsplätzen, gut ausgestatteten Schulen, kulturellen Angeboten und einer optimalen

Verkehrsanbindung an nahe gelegene Großstädte kann die Attraktivität einer Region erheblich verbessert werden.

Diese Vorschläge sind nicht neu. Enthalten waren sie bereits 2003 in einem Zwischenbericht einer Projektgruppe des Sozialministeriums. In dieser Projektgruppe haben zahlreiche Ärzte der Sächsischen Landesärztekammer und der KVS mitgearbeitet, um die schwierige Situation rechtzeitig in den Griff zu bekommen. Doch es ist wieder ein Jahr ohne Resultate vergangen. Auch ein Interview mit der Sächsischen Staatsministerin Helma Orosz in diesem Heft bringt dazu keine neuen Erkenntnisse.

Bis zur Klärung der aufgeworfenen Fragen und darüber hinaus werden wir Ärzte im Verbund mit den anderen Heilberuflern die qualifizierte und humane Versorgung, Führung und Behandlung der uns anvertrauten Patienten in dem uns vorgegebenen Rahmen wahrnehmen. Auch wenn wir so manche Hoffnung, Erwartung – ja Forderung – nicht, nicht mehr oder noch nicht erfüllen können, so hat die Medizin bis heute eine grandiose Entwicklung genommen. Diese neuen medizinischen, technischen und pharmakotherapeutischen Möglichkeiten sollen uns allen auch zur Verfügung stehen. Wir Ärzte tragen die Verantwortung für den gezielten Einsatz dieser innovativen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten, die unserer Bevölkerung ein langes Leben bei guter Lebensqualität beschert hat. **„Benötigen wir einen Arzt neuen Typs – vielleicht doch einen ökonomie-beflissenen Medizintechnokraten?“ war die eingangs gestellte Frage. – Ich meine „nein“, wenn wir den seit Hippokrates oder Paracelsus überkommenen Wertekanon nicht nur bewahren, sondern praktizieren und mit notwendigen neuen Kategorien und Erkenntnissen von Recht, Gesetz, Ökonomie und Philosophie anreichern.**

Oberste Prinzipien künftiger kooperativer ärztlicher Tätigkeit, wie sie durch das GKV-Modernisierungsgesetz vorgegeben und durch die novellierte Berufsordnung unteretzt wurden, müssen Freiberuflichkeit und freie Arztwahl sein und bleiben!

Bewahren wir unser Arzttum in dem bewährten Dualismus von naturwissenschaftlicher und zugleich ethisch-menschlicher Dimension. Nur so erfüllen wir die Erwartungen der kranken Menschen an uns und unseren Anspruch an einen der schönsten Berufe überhaupt.

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

Im Interview: Staatsministerin Helma Orosz zum Ärztemangel im Freistaat Sachsen



Welche Chancen oder Risiken sehen Sie durch die EU-Osterweiterung in Bezug auf den Ärztemangel in Sachsen?

Auf Grund des partiellen Ärztemangels in einigen sächsischen Krankenhäusern sind die Einrichtungen dazu übergegangen, verstärkt ausländische Ärzte, insbesondere aus den Nachbarländern Polen und Tschechische Republik, anzuwerben. Diese Ärzte benötigen für eine Tätigkeit im Freistaat Sachsen gegenwärtig noch drei Erlaubnisse (Berufserlaubnis, Arbeitserlaubnis und Aufenthaltserlaubnis), was zu zeitlichen Verzögerungen bei der Arbeitsaufnahme führen kann.

Bei der Erteilung der Aufenthaltsgenehmigung gibt es zwischenzeitlich Erleichterungen für Ärzte aus den Beitrittsstaaten. So fällt der Visumzwang weg, wodurch sich das Verfahren erheblich verkürzen wird. Bei Vorliegen einer Arbeitserlaubnis haben die Neubürger in der Europäischen Union einen Anspruch auf Erteilung der Aufenthaltsgenehmigung.

Auch bei der Erteilung der Berufserlaubnis/ Approbation wird insoweit eine Erleichterung eintreten, als die ärztlichen Diplome und Befähigungsnachweise automatisch anerkannt werden, soweit sie in der sektoralen Richtlinie 93/16/EWG aufgeführt sind. Die Richtlinie wird gegenwärtig vom Ausschuss Hoher Beamter bei der Europäischen Union überarbeitet.

Wie ist der Stand der Umsetzung von Vorschlägen gegen den Ärztemangel aus den drei Arbeitsgruppen in Ihrem Haus?

In der Arbeitsgruppe „Ambulante Versorgung“ entstand der Vorschlag, eine Sicherstellungs-

zulage für niederlassungswillige Ärzte zu zahlen. Die beteiligten Krankenkassen signalisierten die wohlwollende Prüfung einer hälftigen Beteiligung. Die per Gesetz für die Sicherstellung zuständige Kassenärztliche Vereinigung Sachsen konnte bisher nicht für eine Kostenbeteiligung gewonnen werden. Sie favorisiert stattdessen eine Anschubfinanzierung in Form einer leistungsbezogenen Umsatzgarantie auf Basis des EBM-Punktwertes in den alten Bundesländern. Auch diese Maßnahme ist eine mögliche Lösung. Der Vorschlag wird zurzeit von den Krankenkassen geprüft. Parallel dazu sind aber weitere Schritte zu diskutieren, eine einzelne Regelung wird nicht ausreichen, um die Motivation von Ärzten zu stärken, sich im Freistaat Sachsen niederzulassen.

Wird es auch weiterhin den freien Beruf des Arztes geben oder sehen Sie die Ärzteschaft zunehmend als Gewerbetreibende?

In der Bundesrepublik Deutschland ist die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit im ambulanten Sektor traditionell an die Arztpraxis, die nicht von der Person des Arztes zu trennen ist, geknüpft. Es gibt nur noch wenige Polikliniken in denen angestellte Ärzte an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Die Arztpraxis ist kein „eingereicherter und ausgeübter Gewerbebetrieb“, denn der ärztliche Beruf ist nach der geltenden Regelung in § 1 der Berufsordnung für Ärzte seiner Natur nach ein freier Beruf. Das bedeutet jedoch nicht, dass Ärzte ihren freien Beruf immer in Form einer Einzelpraxis ausüben müssen. Ärzte schließen sich zunehmend auch in Berufsausübungsgemeinschaften zusammen. Mit Inkraft-Treten des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung zum 1. Januar 2004 können neben den zugelassenen oder ermächtigten Vertragsärzten auch medizinische Versorgungszentren mit angestellten Ärzten gleichberechtigt an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Es wird somit eine gewisse Konkurrenz zwischen den Versorgungsformen geben.

Auf dem diesjährigen Deutschen Ärztetag in Bremen hat die Ärzteschaft wegen eines vermeintlichen Nachteils der Arztpraxis gegenüber einem medizinischen Versorgungszentrum die Zulässigkeit von Ärztegesellschaften in Form einer juristischen Person des Privatrechts beschlossen. Damit stellt sie selbst die traditionelle Ausübung der ärztlichen Tätigkeit als freier Beruf in eigener Praxis in Frage.

Mit entscheidend für die Frage, ob die Ärzteschaft sich zunehmend weg vom freien Beruf hin zu einem Gewerbetreibenden entwickelt, ist zudem das Leistungsangebot. Die Ärzte gehen zunehmend dazu über, neben den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, die gemäß § 12 des Fünften Sozialgesetzbuches dem Wirtschaftlichkeitsgebot genügen müssen, auch darüber hinaus gehende (IGEL)-Leistungen anzubieten. Diese reichen von medizinisch nützlichen Zusatzangeboten bis zu reinen Wellnessangeboten. Die Ärzteschaft hat es letztendlich durch Gestaltung der Berufsordnung und des Leistungsangebotes selbst in der Hand, ob sie die Fahne des freien Berufsstandes hoch hält oder mehr zu Gewerbetreibenden hin tendiert.

Glauben Sie, dass mehr Wettbewerb unter Ärzten zu einer Qualitätsverbesserung der medizinischen Versorgung führen kann?

Die allgemeine Aussage „Wettbewerb belebt das Geschäft“, trifft für Ärzte in beschränktem Umfang ebenfalls zu. Ärztinnen und Ärzte bilden sich fort. Sie machen sich mit den neuesten Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft vertraut. Sie erweitern und vertiefen ihr diagnostisches und therapeutisches Wissen. Sie bemühen sich, ihre Fähigkeiten und Qualifikationen auszubauen. All dies kommt den Patienten zugute, dient irgendwie aber auch dem Wettbewerb um Patienten oder dazu, zum Beispiel besondere Verträge mit Krankenkassen zu bekommen. Im Rahmen der integrierten Versorgung ist dies heute ja alles möglich. Der durch den Wettbewerb erzeugte Druck darf jedoch nicht so stark werden, dass der einzelne Arzt nicht mehr in hoher Verantwortung seiner medizinischen Tätigkeit nachgehen kann. Es kommt also auf ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Wettbewerb und medizinischer Leistungen an.

Wo sehen Sie Möglichkeiten einer Minimierung der Bürokratie in der Arztpraxis? Wäre ein „Paragrafenpranger“ gegen doppelte, unnötige Dokumentationen sinnvoll?

Hinweise, wo unnötige und belastende Bürokratie die Ärzteschaft lähmt, nehme ich gern entgegen. Ich bin für Vereinfachung, wo immer sie möglich ist, und werde mich auch im Kreis meiner Kolleginnen und Kollegen für Vereinfachungen einsetzen. Die Gesundheitsministerkonferenz hat sich Mitte Juni ebenfalls mit dem Thema auseinandergesetzt

und beschlossen, eine Arbeitsgruppe einzusetzen, die sich mit Bürokratieabbau befassen soll.

Die sozialen Sicherungssysteme sind nicht mehr zukunftsfähig. Wie ist Ihre Position in der Kontroverse Bürgerversicherung/Kopfpauschale?

Es ist richtig, dass die Sozialsysteme einer tiefgreifenden Reform bedürfen, um zukunftsfähig zu werden. Das Gegensatzpaar Bürgerversicherung/Kopfpauschale führt allerdings eher vom tatsächlichen Problem weg. Es geht bei der Reform um mehrere Ebenen. Es geht einerseits um die Finanzierung der notwendigen Leistungen bei weiterem medizinischen Fortschritt und veränderter demographischer Entwicklung, andererseits um die Organisationsprinzipien des Versicherungssystems selbst. Hier sind intelligente Lösungen jenseits der Schlagworte gefordert. Notwendig

ist dabei vor allem die Abkopplung der Beiträge vom Erwerbseinkommen. Eine Bürgerversicherung, die lediglich mehr Geld ins System bringen soll, löst die Zukunftsprobleme ebenso wenig wie ein Pauschalprämienmodell ohne gesicherte Finanzierungsbasis im Steuersystem.

Wird es nach Ihrer Auffassung in diesem Jahrzehnt eine Angleichung der Ost- an die Westvergütung geben?

Nach meiner Einschätzung eindeutig ja! Ich hoffe im Interesse der Ärztinnen und Ärzte in den neuen Ländern, dass eine zügige Angleichung der Ost- und Westvergütung erfolgen kann und werde mich auch im Rahmen meiner Möglichkeiten dafür einsetzen. Die Regelungen im Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung haben bereits einige Möglichkeiten eröffnet. Wie die Angleichung der Vergütung weiter er-

folgt, hängt entscheidend davon ab, ob es gelingt, die Finanzprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung in den Griff zu bekommen. Hier wartet noch einiges an Arbeit auf alle Verantwortlichen. Zu bedenken sind auch die Entgelde der übrigen Leistungserbringer. Und schließlich muss es in den verbleibenden sechs Jahren dieses Jahrzehnts auch gelingen, die Ost-West-Unterschiede bei Löhnen und Gehältern, also auch bei den Renten, weitestgehend abzubauen.

Der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer und das Redaktionskollegium des „Ärzteblatt Sachsen“ bedanken sich für das Interview.

Das Gespräch führte:
Knut Köhler M.A.
Sächsische Landesärztekammer

Medizinische Versorgung in Deutschland vor dem Hintergrund des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG)



Referat von Dr. Stefan Windau, Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer, anlässlich des 14. Sächsischen Ärztetages am 25. Juni 2004 (gekürzte Fassung).

Der Arzt stand schon immer im Spannungsfeld zwischen den medizinisch möglichen und sinnvollen Bedingungen einerseits und den realen politischen und insbesondere gesundheitspolitischen Bedingungen andererseits. Konflikte mit Leitlinien, Richtlinien, Standards und gesellschaftlichen Normen, der Gesetzlichkeit und den ökonomischen Möglichkeiten bestanden schon immer. Jetzt aber zeichnet sich erheblicher Wandel des Gesundheitssystems seit Jahrzehnten ab, dies mit erheblichen Folgen für die medizinische Versorgung der Bevölkerung und natürlich auch für die Tätigkeit des Arztes und sein Selbstverständnis als Freiberufler. Die rechtlichen Aspekte der durch das GMG geschaffenen Möglichkeiten sind bekannt, weshalb andere Fragen in den Vordergrund gestellt werden.

Arztberuf in Europa

„Auch in Zukunft soll die Finanzierung, Organisation und der Leistungsumfang des Ge-

sundheitswesens in alleiniger Kompetenz der Nationalstaaten verbleiben.“ So konnte man die Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt hören. Im mittlerweile verabschiedeten Verfassungsentwurf der Europäischen Union steht folgendes: „Die Tätigkeit der Union ergänzt die Politik der Mitgliedsstaaten und ist auf die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, die Verhütung von Humankrankheiten gerichtet... Die Mitgliedsstaaten koordinieren untereinander im Benehmen mit der Kommission ihre Politik und ihre Programme...“ Tatsächlich beschränkt sich die originäre Gesundheitskompetenz der Kommission vor allem auf Aspekte der öffentlichen Gesundheit. Die Gesundheitssysteme gleichen sich in der Realität jedoch an. Motor dieser Harmonisierung auf leider niedrigem Niveau ist die Europäische Kommission, die den Wettbewerbskommissar Mario Monti fordert immer wieder die Abschaffung der Gebührenordnung und das völlige Aufheben des Werbeverbotes

für die freien Berufe. Für die EU-Kommission ist das Gesundheitswesen auch nur ein Markt unter anderen. Bundeswirtschaftsminister Wolfgang Clement wird nicht müde, ständig die Abschaffung der einheitlichen Gebührenordnung etc. zu fordern.

Die EU leitet ihre Bestimmungen aus der Gewährung des freien Waren-, Kapital- und Dienstleistungsverkehrs ab. Die Verträge der EU greifen aber über die Marktregulierungen auch in das deutsche Sozialsystem ein.

Zur Eröffnung des 107. Deutschen Ärztetages stellte Bundespräsident Johannes Rau fest: „Gesundheit ist ein hohes Gut, aber sie ist keine Ware. Ärzte sind keine Anbieter und Patienten sind keine Kunden!“. Dies steht nun sehr im Gegensatz zu dem, was die EU-Kommission möchte und ständig befördert. Welcher Bezug besteht aber nun zum GMG? Bereits vier Tage nach der Erweiterung der EU am 1. Mai 2004 um zehn Länder wurde durch verschiedene Krankenkassen Versicherten nahe gelegt, sich im Osten umzuschauen bezüglich Arzneimitteln, Zahnersatz, Physiotherapie etc. Grundlage dafür ist das GKV-GMG, mit der die europäische Rechtssprechung – freier Zugang zur ambulanten Behandlung in allen EU-Ländern – in nationales Recht umgesetzt wurde. Neben manchen positiven Folgen der Liberalisierung sind die wirtschaftlichen Folgen für das Gesundheitssystem, aber auch Folgen für das Gesamtwirtschaftssystem und das soziale System in der Bundesrepublik Deutschland absehbar. Eine Krankenkasse versuchte kürzlich unter Nutzung der Regelungen des GMG einige der insgesamt nur 264 tschechischen Kieferorthopäden abzuwerben, um in Niedersachsen diese Kollegen als angestellte Ärzte in von Kliniken betriebenen medizinischen Versorgungszentren einzusetzen. Der „Osthämmer“ wird kräftig geschwungen.

Ökonomie hält verstärkt Einzug

Kein geringerer als der Chefökonom der Deutschen Bank, Norbert Walter, forderte unlängst auf dem Hauptstadtkongress in Berlin mehr Markt und mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen. Anders könne in Deutschland die stetig steigende Nachfrage nach ärztlichen Leistungen, nach Pflege und Therapie nicht befriedigt werden. Der Gesundheitssektor sei einer der großen künftigen Wachstumsmärkte, analysierte Walter. Wenn natürlich Kernelemente der Aussage von Norbert Walter selbstverständlich richtig sind, ist anderer-

seits doch die Überbetonung des Wettbewerbs traurig und zeigt die intellektuelle Einbahnstraße, in der sich viele befinden, die meinen, zum Gesundheitssystem etwas zu sagen zu haben.

Bert Rürup, bestens bekannt als Vorsitzender der nach ihm benannten Rürup-Kommission, mahnte, dass Effizienz nur vom Wettbewerb unter Kassen und Leistungserbringern, nicht aber von der Art der Finanzierung abhängig sei. Dies erscheint mir aber für einen ausgewiesenen Ökonomen dann doch etwas sehr dürftig. Natürlich kam auch vom AOK-Chef Jürgen Ahrens auf dem Hauptstadtkongress Unterstützung: „Das Tor muss weit geöffnet werden“ (für den Wettbewerb). Konsequenz: das KV-Monopol müsse fallen. Hier befand sich Herr Ahrens in bester Gesellschaft mit Seehofer, der ebenfalls forderte, dass jetzt die

Anbietermonopole aufgebrochen werden müssten und das sei „viel wichtiger“ als die Frage, ob die Krankenversicherung in Richtung Bürgerversicherung oder Kopfpauschalen umgebaut wird. In Erinnerung mancher Aussagen des ehemaligen Gesundheitsministers in den letzten Jahren erstaunt schon das Maß seiner Wandlungsfähigkeit. In Wirklichkeit aber ist das erschreckend.

Heilmittel Wettbewerb?

Am 23. Oktober 2003 fand in Berlin ein KBV-Symposium unter dem Titel „Wie weit geht der Wettbewerb? – Zwischen Sinnhaftigkeit und Systemauflösung“ statt. Birgit Bender, gesundheitspolitische Sprecherin von Bündnis 90/Die Grünen forderte: Um Gesundheitsleistungen effektiver und effizienter als bisher bereitstellen zu können, ist mehr

Wettbewerb innerhalb unseres Gesundheitswesens erforderlich. Durch ihn werden Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen, um die dauerhafte Finanzierbarkeit der solidarischen Krankenversicherung sicherzustellen. Der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen besteht seit dem 1996 eingeführten Kassenwahlrecht. Bisher weiter: Damit auch in einem Einzelvertragssystem die flächendeckende Gesundheitsversorgung gewährleistet bleibt, muss der Sicherstellungsauftrag auf die Krankenkassen übergehen. Trotzdem bleibt auch die Gesundheitsreform 2003 noch stark einer korporatistischen Systemlogik.

Dr. Manfred Richter-Reichhelm, erster Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, stellte im Gegensatz dazu fest: Wettbewerb im Gesundheitssystem ist wünschenswert und sinnvoll. Aber es darf kein ungeregelter Wettbewerb sein. Der Wettbewerb muss so gestaltet sein, dass der gleiche Zugang zu gleichartigen medizinischen Leistungen weiterhin flächendeckend – ohne substantielle Unterschiede nach Kassenzugehörigkeit – gewährleistet bleibt. Wettbewerb im Gesundheitswesen muss daher eine gleichmäßige Regelversorgung für jeden gewährleisten. Dafür sind nach wie vor Kollektivverträge zur Sicherstellung eines flächendeckenden Angebotes und zur Gewährleistung der gebotenen Mindestqualität erforderlich. Zur Organisation und Gewährleistung dieser Regelversorgung bedarf es weiterhin der Kassenärztlichen Vereinigungen. Sie alleine sind in der Lage, das für alle zu gewährleisten, ohne das eine staatliche Aufsicht dies bei allen Kassen kontrollieren oder/und verordnen müsste. Das gilt für die hausärztliche ambulante Versorgung ebenso wie für die fachärztliche. Ein Übergang des Sicherstellungsauftrags an über 300 Krankenkassen würde entweder in die Staatsmedizin oder in eine nicht mehr handhabbare Unübersichtlichkeit münden. Um willkürliche Risikoselektion durch die Krankenkassen durch gezieltes Vertragsmanagement zu verhindern, müssen solche Verträge nach klaren Kriterien, die zwischen KVen und Kassenverbänden oder Krankenkassen vereinbart werden, ausgeschrieben werden.

Am Gelde hängt...

Wenn man die Wettbewerbsdiskussion beobachtet und zusammenfasst, drängt sich vor allem eines auf: Man nennt es Qualität und

meint das Geld. Wir haben einen Wettbewerb in erster Linie um die Preise zu befürchten, weniger um die Qualität. Es ist anzunehmen, dass im Gegenteil die Qualität auf der Strecke bleibt.

Freiberuflichkeit von Ärzten, Zahnärzten, Apothekern, Physiotherapeuten und anderen war bisher ein wesentliches Merkmal des Gesundheitssystems. Dies ist schon lange ein Dorn im Auge der Europäischen Kommission. Natürlich bedarf es der europäischen Integration. Es muss aber gesagt werden, welche negativen Effekte Handeln und Diktation der Europäischen Union auch für unser Gesundheits- und Sozialsystem haben. Arbeit in abhängiger Stellung wird zunehmen. Dies ist gewollt, aus ökonomischen und ideologischen Hintergründen. Dies wird erhebliche Folgen mittelfristig und langfristig auf das Arzt-Patienten-Verhältnis haben. Kommerzialisierung auf allen Ebenen sowie Ökonomismus statt Ökonomie beim Blick auf den kranken Menschen wird die Folge sein. Es muss an dieser Stelle auf eine beschämende Äußerung eines Managers einer größeren Klinikette hingewiesen werden. Aber nicht, um etwa generell Krankenhausmanagern eine solche Geisteshaltung zu unterstellen. Aber es soll hier gesagt werden, da es zumindest eine Tendenz zeigt, der es sich klar entgegenzustellen gilt. Dieser unbestritten sachkompetente Manager verglich einen älteren Menschen, der möglicherweise für eine Hüftgelenkendoprothesenoperation sparen müsste, mit den Sparbestrebungen eines Sechzehnjährigen für den Erwerb eines Motorrads.

Eine solche Ansicht ist entlarvend, in der Endkonsequenz entsetzlich primitiv und auch zugleich zynisch. Dessen ungeachtet aber nicht bloß Äußerung eines Einzigen vom Wege Abgekommenen. Die Bürokratie wird zunehmen, Zeit für Zuwendung wird weniger. Marketing und verkaufsorientierte Psychologie statt menschlicher Nähe zum Patienten. Ärzte werden teilweise mutieren, einerseits zum medical Engineer und andererseits zum budget- und DMP-konformen, Arzneimittelrichtgrößen unterbietenden betriebswirtschaftlich befähigten Verwaltungsmediziner. Man könnte meinen, dass die Politiker nicht wissen, was sie tun, was sie auf dem Altar der tagespolitischen Opportunität opfern. Wenn sie es aber wissen und es dennoch tun, dann wäre es verwerflich. Manche Dinge könnte man doch wesentlich

einfacher lösen. Würde man dem Freiberufler „Arzt“ eine einheitliche Gebührenordnung geben, und dies flankieren mit einer effizienten Mengen-, Qualitäts- und Indikationskontrolle wäre wieder Luft für die eigentliche Tätigkeit des Arztes, ohne dass dabei die ökonomischen Bäume in den Himmel wachsen könnten und die finanziellen Ressourcen des Gesundheitssystems gefährdet würden. In einer Tageszeitung wurde kürzlich dargestellt, wie 1976 die fünf Wirtschaftsweisen in Widerspiegelung der wirtschaftlichen Stagnation von der Bundesregierung eine „Angebotspolitik“ forderten, diese mit dem Ziel, die Rahmenbedingungen für die wirtschaftliche Entwicklung zu verbessern. Vielleicht sollten unsere Politiker einmal über das nachdenken, was früher von Fachleuten gefordert und übrigens auch mit Erfolg umgesetzt worden ist. Ich habe den Eindruck, dass aus vielerlei Gründen zunächst zerstört wird, dann aber, wenn die Gesellschaft die Kraft finden sollte, sich zu besinnen, erst mühsam wieder aufgebaut werden müssen.

Integrierte Versorgung

Die integrierte Versorgung wird oft verwechselt mit Kooperation! Das Faktum der Kooperation ist selbstverständlich zu begrüßen, eine sinnvolle integrierte Versorgung auch. Was aber ist für den Arzt, der sich mit der Teilnahme an der integrierten Versorgung trägt, zu beachten? Vor allem, dass in der integrierten Versorgung nach §140 SGB V eine gemeinsame Budgetverantwortung und in hohem Maße eine Übernahme des Morbiditätsrisikos der Erkrankten gesetzlich festgeschrieben ist. Dies sollte bei allen Vertragsverhandlungen bedacht werden. Vermutlich werden große Krankenhäuser Selbstversorgungszentren betreiben, kleinere Häuser werden die Kooperation mit Fach- und Hausärzten bzw. mit deren medizinischen Versorgungszentren suchen. Auch hier stellt sich die Frage: Wird dies Ganze ein einziger großer Run ums Geld? Wird die Versorgung der Patienten tatsächlich besser? Für die hausarztzentrierte Versorgung im Sinne des Sozialgesetzbuches werden „besonders qualifizierte“ Hausärzte gefordert. Keiner allerdings definiert diese Qualifikation exakt. Immer wieder geforderte bundesmanteltarifliche Regelungen, die zu einheitlichen flächendeckenden Regelungen zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geführt hätten, sind aus verschiede-

nen Gründen nicht zustande gekommen. Nun versuchen verständlicherweise große Berufsverbände stattdessen ihre eigenen Regelungen zu treffen. Hier zeichnet sich eine Kopplung zwischen den DMP und dem Kernpunkt einer hausarztbasierten Versorgung ab. Die Kopplung der Finanzierung dieser Modelle nach § 73b und 140 ff SGB V zeugt von politischer und ökonomischer Phantasie, wird aber wohl Gegenstand rechtlicher Auseinandersetzungen sein. Insgesamt führt die Kopplung von Boni, Disease-Management-Programmen, Risikostrukturausgleich der Krankenkassen und besonderen Vertragsformen zu problematischen Konstellationen. Statt „state of the art“ werden Mindeststandards die Folge sein. Nicht auszudenken ist die Situation, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss dem gesetzlichen Auftrag folgt, den bereits früher der Koordinierungsausschuss hatte, nämlich pro Jahr bis zu sieben Disease-Management-Programme zu entwickeln. Dem Wildwuchs wird dann offenbar als sinnvolles gegensteuerndes Element die Impraktikabilität der Durchführung entgegenstehen. Es sind mehrere Fälle bekannt, wo in bereits funktionierenden Netzen bzw. ähnlichen Strukturen wie der integrierten Versorgung nun mittlerweile von Seiten der Kostenträger Arzneimitteleinsparungen mit Boni für die teilnehmenden Ärzte gekoppelt werden.

Zukunft Selbstverwaltung

Auch die Umstrukturierung der ärztlichen Selbstverwaltung wird mittelfristig Folgen für die Versorgung der Patienten haben. Es war immer schon wichtig, wie Ärzte organisiert sind und wie sie vertreten werden. Die Organisationsreform der KVen wird begründet mit der Notwendigkeit von mehr Professionalität. Es scheint aber, dass eher im Vordergrund stand: „divide et impera“. Natürlich hat auch die organisierte Ärzteschaft Fehler begangen. Der jahrzehntelange Streit zwischen Haus- und Fachärzten hat der Politik eine Steilvorlage geliefert, diese Organisationsreformen durchführen zu können. Die Professionalisierung durch hauptamtliche Vorstände wird möglicherweise zu einer Entfremdung von der ärztlichen Basis führen, zweifelsfrei wird die Vertretungsmacht der KVen geschwächt werden. Die Bedeutung der Berufsverbände wird steigen. Unterschiedliche Verträge, die nicht mehr flächendeckend sind und für den Arzt immer schwerer überschaubar werden, werden die Folge sein. Wir müs-

sen uns selbst an die eigene Nase fassen. Kämpfe zwischen Berufsverbänden wie Medi und KBV oder anderen Berufsverbänden sind bezeichnend.

Auf einem KBV-Symposium am 25. März 2004 unter dem bezeichnenden Motto „Letzte Chance für die Selbstverwaltung oder Lebenslänglich auf Bewährung“ äußerte Staatssekretär Klaus Theo Schröder, dass er sich nicht als Bewährungshelfer betätigen würde. Insgesamt wurde von vielen Diskutanten fest-

gestellt, dass der Staat zunehmend statt seiner Rechtsaufsicht Fachaufsicht ausübt. Dies war besonders zu Beginn dieses Jahres festzustellen (siehe Praxisgebühr, Chronikerregelung etc.). Dr. Hess vertrat die Meinung, dass die Selbstverwaltungen durch die Konstruktion des Gemeinsamen Bundesausschusses eher an Bedeutung zunehmen würden. Dem kann man sich so nicht anschließen. Oder nur in dem Sinne, als dass die Selbstverwaltung in ihrer Bedeutung zunimmt, nämlich als Ausführungsorgan des politischen Willens – lo-

gisch!! – aber unter Minimierung der Interessenvertretungsmöglichkeit der Ärzteschaft.

Wie können die Ärzte auf diese Herausforderungen antworten? Denkbar sind verschiedene Modelle: In einer hausarztzentrierten Versorgung/Kooperation würde der von der Krankenkasse ausgewählte Hausarzt die Versorgung koordinieren. Die Inanspruchnahme des Facharztes/Krankenhauses würde nur über den Hausarzt erfolgen. Hier sind Wahltarife mit Versichertenbindung für ein Jahr möglich, eine durchgängige sektorenübergreifende Versorgung erscheint nicht sichergestellt, zumindest würde hier auch eine Bedrohung der ambulanten fachärztlichen Schiene erfolgen. In einer krankenzentrierten Versorgung/Kooperation würde das Krankenhaus auch die ambulante Versorgung steuern. Eine Beseitigung der Schnittstellenproblematik ambulant/stationär ist wahrscheinlicher, jedoch wären von Nachteil die verminderte Hausarzteinbindung sowie die Reduzierung der niedergelassenen fachärztlichen Tätigkeit sowie die sich ergebende Infragestellung der Freiberuflichkeit insbesondere des Facharztes. Auch würden hier vermutlich Wartelisten resultieren sowie eine Beseitigung der flächendeckenden wohnortnahen Versorgung.

Fachübergreifende Versorgungszentren und -netze gibt es schon seit einigen Jahren. Dies sind vor allem Modelle schon vor der Zeit des GMG, teils auch im Verbund mit Krankenhäusern, die aber nicht zu Einsparungen geführt haben, weshalb das Interesse der Krankenkassen an diesen Strukturen rasch gesunken ist. Die Problematik der Trennung der Vergütungsanteile von Haus- und Fachärzten war all diesen Netzen wesensimmanent. Hier sind sicherlich auch einige erfolgreiche Versuche zu nennen. Insbesondere haben die Medi-Verbände, Genossenschaften und Berufsverbände solche Modelle konstruiert. Nicht alle KVen haben diese Strukturen mitgetragen.

Bei einer integrierten sektorenübergreifenden Kooperation steht, wie schon erwähnt, die Übernahme der Budgetverantwortung und

des Morbiditätsrisikos im Vordergrund. Die Budgetanforderungen müssen gegenüber den Krankenkassen durchgesetzt werden. Dies geht vermutlich aber nur dann erfolgreich, wenn morbiditätsorientierte, leitliniengestützte Versorgungsstrukturen da wären, was aber so nicht der Fall ist. Es wird vermutlich zu einer Konzentration auf wenige Versorgungsbereiche in einer Region kommen. Die Bedrohung der Einzelpraxis liegt klar auf der Hand. Zu erwähnen ist, dass nach Sozialgesetzbuch die Einbindung der KVen hier nicht nötig ist. Jedem Arzt, der beabsichtigt, sich einer solchen Struktur anzuschließen, sei aber dringend angeraten, sich einer professionellen Beratung durch die KVen zu versichern.

Die organisierte Ärzteschaft, insbesondere die Bundesärztekammer, versucht dem Wettbewerbsmodell der Krankenkassen ein Wettbewerbsmodell der Ärzteschaft entgegenzusetzen. Es handelt sich hierbei um eine Organisationsstruktur in Form eines Zusammenschlusses in einer ärztlichen Kooperation, wobei diese Kooperationsstruktur alle Vertragsformen des GMG bedienen kann. Dabei wird eine durchgängige, sektorübergreifende Versorgung ermöglicht und die Überwindung der Konkurrenz Hausarzt/Facharzt zumindest angestrebt. Diese Antwort von quasi ärztlich dominierten medizinischen Versorgungszentren auf die im SGB V inaugurierten medizinischen Versorgungszentren hat als Kernelemente unter anderem die Wahrung der Freiberuflichkeit, die Garantie der Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen von Weisungen Dritter, die Wiedererlangung von Definitionsmacht/Steuerungsmacht auch der ärztlichen Selbstverwaltung sowie den Erhalt der freien Arztwahl. Ziel dieser ärztlichen Versorgungszentren, die auf der Grundlage einer ärztlichen Sozietät wirken, wäre die Einbindung anderer Gesundheitsberufe und das Bedienen verschiedenster Forderungen, insbesondere der hausarztzentrierten Versorgung, der auftragsgebundenen fachärztlichen Versorgung, der integrierten Versorgung und der DMP. Durch die Novellierung der Musterberufsordnung auf dem 107. Deutschen Ärztetag in

diesem Jahr in Bremen sind Wege aufgezeigt worden: Die Möglichkeit, an mehreren Stellen ärztlich tätig zu sein, das Betreiben von Teilgemeinschaftspraxen und Teilpartnerschaften, die Möglichkeit, mehreren Berufsausübungsgemeinschaften anzugehören, die Bildung überörtlicher Gemeinschaftspraxen, die erweiterten Anstellungsmöglichkeiten von Kollegen, die erweiterten Kooperationsformen mit anderen Leistungserbringern, die Möglichkeit der Zulassung der Ärztegesellschaft. Die Musterberufsordnung muss erst noch von den Landesärztekammern umgesetzt werden. Zwingend erforderlich sind auch Änderungen der GOÄ, der Zulassungsverordnung und der Sozialgesetzbuches V. Hier wird es Kollisionen zu den derzeitigen sozialgesetzlichen Regelungen insbesondere mit Blick auf die Honorartrennung zwischen Haus- und Fachärzten, auf die neuen Regelleistungsvolumina im Jahre 2007 geben. Zuschläge für hausarztzentrierte Versorgung, auftragsgebundene fachärztliche Versorgung und integrierte Versorgung werden schwierig zu vereinbaren sein. Problematisch ist die notwendige Morbiditätsorientierung, denn es ist die Frage, wie diese Morbidität exakt gemessen wird.

Kammern und KVen müssen zunehmend enger zusammenwirken. Hier ist Sachsen und sicherlich auch andere Bundesländer auf einem guten Weg. Es bleibt aber noch sehr viel zu tun. Unabhängig von all diesen Fragen von Wettbewerb, Versorgungsstrukturen und Selbstverwaltung muss die Ärzteschaft sich mit ihrem Berufsbild in der Gesellschaft auseinandersetzen. Derzeit kommt sie, sicherlich verständlicherweise, fast immer nur zum reagieren im technischen/vertragsrechtlichen/berufsrechtlichen Sinne. Sie muss sich aber Gedanken machen, wie sie sich neben diesem notwendigen und überlebenswichtigen Alltagsgeschäft gesamtgesellschaftlich positioniert. Man darf den Entwicklungen nicht immer nur hinterher rennen.

Dr. Stefan Windau
Vizepräsident

Wegfall der AiP-Phase

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales hat uns mit Schreiben vom 19. 7. 2004 gebeten, nachfolgende Information an die sächsischen Ärztinnen und Ärzte zum Wegfall der AiP-Phase weiterzureichen.:

Der Deutsche Bundestag hat am 6. Mai 2004 die Abschaffung der AiP-Phase zum 1. Oktober 2004 beschlossen. Der Bundesrat hat dem „Gesetz zur Änderung der Bundesärztleistungsordnung und anderer Gesetze“ am 11. Juni 2004 zugestimmt. Das Gesetz wird in Kürze nach Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt in Kraft treten.

Diese Änderung bedeutet für die angehenden Mediziner sowie die Ärztinnen und Ärzte im Praktikum Folgendes:

■ Die AiP-Phase entfällt mit dem Stichtag 1. Oktober 2004 für alle Ärztinnen und Ärzte, unabhängig davon, ob sie sich zur Zeit in einer AiP-Phase befinden oder diese noch nicht angetreten haben.

■ Die von den Regierungspräsidien ausgestellte Berufserlaubnis (AiP-Erlaubnis) erlischt kraft Gesetzes zum 1. Oktober 2004.

■ Die Ärztinnen und Ärzte, die sich zur Zeit in einer AiP-Phase befinden, haben bei Vorliegen der sonstigen Voraussetzungen einen Anspruch auf Erteilung der Approbation zum 1. Oktober 2004. Gleiches gilt für diejenigen, die nach bestandenen Dritten Staatsexamen die AiP-Phase noch nicht angetreten haben.

■ Die Ärztinnen und Ärzte, die nach dem Stichtag 1. Oktober 2004 ihr Studium mit bestandenen Dritten Staatsexamen beenden, haben bei Vorliegen der sonstigen Voraussetzungen sofort einen Anspruch auf Erteilung der Approbation.

Da infolge der vollständigen Abschaffung der AiP-Phase zum 1. Oktober 2004 mit einer Vielzahl von Anträgen auf Erteilung der Approbation zu rechnen ist, bittet das Sozialministerium darum, ab sofort die entsprechenden Anträge zu stellen. Ansonsten kann ein nahtloser Übergang von der AiP-Erlaubnis zur Vollapprobation nicht gewährleistet werden. Die Approbationsurkunden werden am 1. Oktober versandt. Der Antrag auf Erteilung der Approbation ist bei der zuständigen Behörde des Landes zu stellen, in dem die Ärztliche Prüfung abgelegt worden ist. Die Zuständigkeit einer sächsischen Behörde für die Approbation ist auch dann gegeben, wenn der Antragsteller seine AiP-Tätigkeit außerhalb Sachsens absolviert hat. Örtlich zuständig ist, falls die AiP-Tätigkeit in Sachsen ausgeübt worden ist, das Regierungspräsidium, in dessen Bezirk die Arbeitsstätte (zum Beispiel Krankenhaus, Arztpraxis) liegt. Falls die AiP-Tätigkeit außerhalb des Freistaates Sachsen ausgeübt worden ist, ist das Regierungspräsidium örtlich zuständig, in dessen Bezirk der Antragsteller seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat oder zuletzt hatte. Falls die AiP-Stelle nicht in Sachsen liegt und falls der Antragsteller auch während seines Studiums keinen Wohnort in Sachsen hatte, ist das Regierungspräsidium örtlich zuständig, in dessen Bezirk die Universität liegt, an der er den Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung erfolgreich abgeschlossen hat.

Regierungspräsidium Dresden

Stauffenbergallee 2, 01099 Dresden
Tel.: 03 51/8 25-0, Fax: 03 51/8 25-9999
<http://www.rp-dresden.de>

Regierungspräsidium Chemnitz

Altchemnitzer Straße 41, 09120 Chemnitz
Tel.: 03 71/532-0, Fax: 03 71/53 2-1929
<http://www.rpc.sachsen.de>

Regierungspräsidium Leipzig

Braustraße 2, 04107 Leipzig
Tel.: 03 41/977-0, Fax: 03 41/977-1199
<http://www.rpl.sachsen.de>

Dem Antrag auf Erteilung der Approbation sind folgende Unterlagen beizufügen:

- tabellarischer Lebenslauf;
- Geburtsurkunde und ggf. Heiratsurkunde;
- Nachweis der Staatsangehörigkeit/Personalausweis;
- Zeugnis über den Dritten Abschnitt der ärztlichen Prüfung;
- ggf. Promotionsurkunde;
- amtliches Führungszeugnis der „Belegart O“, das nicht älter als einen Monat sein darf;
- Erklärung mit Datum und Unterschrift, ob ein gerichtliches Strafverfahren, ein staatsanwaltliches Ermittlungsverfahren oder ein berufsgerichtliches Verfahren anhängig ist;
- Gesundheitsattest, das nicht älter als einen Monat sein darf (kann auch durch AiP-Bescheinigung einschließlich Rubrik über gesundheitliche Eignung erbracht werden).

Zur Weiterbeschäftigung im Krankenhaus durch Umwandlung der AiP-Stelle in eine Assistenzarztstelle wird den Ärzten im Praktikum dringend angeraten, sich rechtzeitig mit der Personalabteilung des Krankenhauses in Verbindung zu setzen.

Jürgen Hommel, Referatsleiter
Sächsisches Staatsministerium für Soziales

Appell des Präsidenten

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer hat am 7. Juli 2004 folgendes Schreiben an die Staatsministerin, Frau Helma Orosz, die Krankenhausgesellschaft Sachsen, die AOK, IKK, Barmer, DAK, TK und Uniklinik Dresden und Leipzig gerichtet

Sehr geehrte Damen und Herren,
zum 1. Oktober 2004 wird der „Arzt im Praktikum“ abgeschafft. Dieser wichtige Schritt ist gerade für Sachsen in Bezug auf den Ärztemangel von großer Bedeutung, weil junge Ärzte dann eine bessere Vergütung für ihre verantwortungsvolle Tätigkeit erhalten als bis-

her. Der Arztberuf wird damit Medizinstudenten wesentlich attraktiver.

Zwingend für eine positive Wirkung der AiP-Abschaffung auf den ärztlichen Nachwuchs ist der reibungslose Übergang für diese Ärzte in eine Assistenzarztstelle. Trotz der bereitstehenden finanziellen Mittel für den stationären Bereich scheinen dennoch viele Ärzte im Praktikum keine Anschlussverträge zu bekommen (siehe „Der Spiegel“, 5. 7. 2004). Sollte es diesen Trend auch in Sachsen geben, so wäre dies fatal für den medizinischen Nachwuchs. Aus diesem Grund möchte ich Sie persönlich bitten, sich für die zeitnahe Bereitstellung der

finanziellen Mittel im stationären Bereich einzusetzen, damit die finanziell stark belasteten Krankenhäuser nicht aus Kostengründen ärztliches Personal einsparen müssen.

Gleichzeitig appelliere ich an Sie, dafür zu sorgen, dass alle Ärzte im Praktikum in Sachsen einen Anschlussvertrag als Assistenzarzt erhalten. Geschieht dies nicht, so verlieren wir unseren hoch qualifizierten Nachwuchs und erreichen eine kontraproduktive Situation bei der Beseitigung des Ärztemangels in Sachsen.

Mit freundlichen Grüßen
Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze

G. Baretton¹, U. Ravens², M. Tiebel³, O. Tiebel⁴, D. Roesner⁵

Das DIPOL[®] Reformcurriculum der Studienjahre 3 bis 5

TU Dresden
Medizinische Fakultät

Bereits im Wintersemester 2000/01 hat die Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus mit einer grundlegenden Reform des Medizinstudiums in den Studienjahren 3 bis 5 begonnen. Dies geschah in Zusammenarbeit mit der Harvard Medical School (Boston, USA). Für die Umstrukturierungsbemühungen wurde die Fakultät – neben vier weiteren Hochschuleinrichtungen – als einzige Medizinische Fakultäten als „Reformfakultät des Stifterverbandes für die Deutsche Wissenschaft“ anerkannt und für einen Zeitraum von 3 Jahren finanziell gefördert. Das didaktische Kernelement des Reformcurriculums stellt das Problem/Praxis/Patienten-Orientierte Lehren und Lernen (POL) in Kleingruppen (Tutorien) dar.

Neben den Tutorien werden weiterhin klassische Lehrmethoden (Vorlesung, Seminar, Praktikum) angewandt. Die Gesamtstruktur entspricht daher einem Hybrid-Curriculum. Dabei wird eine fächerübergreifende Wissensvermittlung in integrativen Kursen umgesetzt. Im Ergebnis können Redundanzen reduziert und den Studierenden eine möglichst realitätsnahe, interdisziplinäre Darstellung des Lehrstoffs angeboten werden. In den Tutorien werden „Papierfälle“ bearbeitet. In den höheren Studienjahren treten zunehmend „echte“ Patienten in den Mittelpunkt der Ausbildung. Außerdem werden „Standardisierte Patienten“, das heißt zu bestimmten Krankheitsbildern „ausgebildete“ Freiwillige für den Studentenunterricht und für praktische,

strukturierte Examina (OSCE – Objective Structured Clinical Examination) eingesetzt. Mit Inkrafttreten der neuen Approbationsordnung für Ärzte im Wintersemester 2003/04 und der damit erforderlichen Änderungen im Studienablauf wurde das Curriculum an die neue Approbationsordnung angepasst, um die gesetzlichen Vorgaben in vollem Umfang zu erfüllen. Im DIPOL[®]-Reformcurriculum werden sowohl die laut ÄAppO geforderten 21 Pflichtfächer, die 12 Querschnittsbereiche, die 5 Blockpraktika und das Wahlfach angeboten.

Im Folgenden wird das DIPOL[®]-Reformcurriculum der Studienjahre 3 bis 5 kurz charakterisiert.

3. Studienjahr			
POL-Kurs Pathomechanismen			
Teilnehmer: 5. Semester			
Durchführungsdauer: 9 Wochen			
Durchführungszeitraum: Oktober bis Dezember			
Beteiligte Fachgebiete	Kurscharakterisierung/Lernziele	Leistungs-Nachweise (LN)	Erfolgskontrollen/Prüfungen
<ul style="list-style-type: none"> – Pathologie (allgem.) – Klin. Chemie, Laboratoriumsdiagnostik – Pathophysiologie – Pathobiochemie – Humangenetik – Geschichte der Medizin 	<ul style="list-style-type: none"> – Struktur-/Funktionsbeziehungen – Ursache-/Wirkungsbeziehungen – Krankheitsbild als Modell – Parameter gestörter Struktur und/oder Funktion 	<ul style="list-style-type: none"> – LN Klin. Chemie/ Laboratoriumsdiagnostik, – Voraussetzung für: LN Pathologie; LN Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin; LN Humangenetik 	<ul style="list-style-type: none"> – Triple Jump – Klausur „Allgemeine Pathologie“ – kursbegleitende Testate
POL-Kurs Grundlagen der Pharmakotherapie			
Teilnehmer: 5. Semester			
Durchführungsdauer: 6 Wochen			
Durchführungszeitraum: Dezember bis Februar			
Beteiligte Fachgebiete	Kurscharakterisierung/Lernziele	Leistungs-Nachweise (LN)	Erfolgskontrollen/ Prüfungen
<ul style="list-style-type: none"> – Pharmakologie und Toxikologie – Humangenetik – Geschichte der Medizin 	<ul style="list-style-type: none"> – Grundprinzipien der Pharmakotherapie – Möglichkeiten der Aufnahme eines Pharmakons in den Organismus – Pharmakokinetik – Pharmakodynamik – EBM, Kosten-Effektivität – Arzneimittel-Interaktionen – Pharmakotherapie ausgewählter Krankheitsbilder 	<ul style="list-style-type: none"> – LN Pharmakologie, Toxikologie – LN Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin 	<ul style="list-style-type: none"> – Triple Jump – MC-Klausur

¹ Institut für Pathologie,
² Institut für Pharmakologie und Toxikologie,
³ Studiendekanat,

⁴ Institut für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin,
⁵ Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie,
Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, TU Dresden

POL-Kurs Evidenzbasierte Medizin

Teilnehmer: 5. Semester
 Durchführungsdauer: 3 Wochen
 Durchführungszeitraum: Februar

Beteiligte Fachgebiete	Kurscharakterisierung/Lernziele	Leistungs-Nachweise (LN)	Erfolgskontrollen/Prüfungen
<ul style="list-style-type: none"> - Epidemiologie - Med. Biometrie - Med. Informatik - Public Health - Arbeits- und Sozialmedizin - Qualitätsmanagement 	<ul style="list-style-type: none"> - Integrierte Versorgung - Evidenzbasierte Medizin - Leitlinien Qualitäts-management - Gesundheitsökonomie - Risikomanagement - Epidemiologie - Sozialgesetze 	<ul style="list-style-type: none"> - LN Epidemiologie, medizinische Bio-metrie und medizinische Informatik - LN Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem, Öffentliche Gesundheitspflege 	<ul style="list-style-type: none"> - schriftlich/mündlich

POL-Kurs Infektiologie

Teilnehmer: 6. Semester
 Durchführungsdauer: 10 Wochen
 Durchführungszeitraum: April bis Juni

Beteiligte Fachgebiete	Kurscharakterisierung/Lernziele	Leistungs-Nachweise (LN)	Erfolgskontrollen/Prüfungen
<ul style="list-style-type: none"> - Immunologie - Mikrobiologie - Virologie - Pharmakologie und - Toxikologie - Pathologie - Pathobiochemie 	<ul style="list-style-type: none"> - Grundlagen der normalen und pathologischen Funktionen des Immunsystems, Immunabwehr von Infektionen - Allgem. mikrobiologische Infektionslehre - Allgemeine und spezielle Bakteriologie - Mykologie - Parasitologie - Allgemeine und spezielle Virologie - Grundlagen der antimikrobiellen, antimykotischen Therapie, Antiprotozoenmittel und Anthelminthika, Virostatika - Immunpathologie - Maligne Lymphome 	<ul style="list-style-type: none"> - LN Infektiologie, Immunologie - LN Hygiene, Mikrobiologie, Virologie 	<ul style="list-style-type: none"> - schriftlich - mündlich/praktisch

POL-Kurs Akute Notfälle

Teilnehmer: 6. Semester
 Durchführungsdauer: 4 Wochen
 Durchführungszeitraum: Juni bis Juli

Beteiligte Fachgebiete	Kurscharakterisierung/Lernziele	Leistungs-Nachweise (LN)	Erfolgskontrollen/Prüfungen
<ul style="list-style-type: none"> - Anästhesie und Notfallmedizin - Radiologie 	<ul style="list-style-type: none"> - Akute Notfälle - Notfallmedizin 	<ul style="list-style-type: none"> - LN Notfallmedizin 	<ul style="list-style-type: none"> - mündlich

4. Studienjahr

POL-Kurs Nervensystem und Psyche

Teilnehmer: 7. Semester

Durchführungsdauer: 7,5 Wochen

Durchführungszeitraum: Oktober bis November

Beteiligte Fachgebiete	Kurscharakterisierung/Lernziele	Leistungs-Nachweise (LN)	Erfolgskontrollen/ Prüfungen
<ul style="list-style-type: none"> - Neurologie - Psychiatrie - Psychosomatik - Chirurgie –Neurochirurgie - Pathologie - Radiologische Diagnostik – Neuroradiologie - Sozialmedizin - Humangenetik 	<ul style="list-style-type: none"> - Orientierung am psychosozialen Krankheitsmodell - Integration Klinische Neurologie, Psychiatrie und Psychosomatik 	<ul style="list-style-type: none"> - Fächerübergreifender LN: Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Neurologie - Voraussetzung für: LN Pathologie LN Arbeitsmedizin, Sozialmedizin 	<ul style="list-style-type: none"> - Triple Jump

POL-Kurs Herz-Kreislauf-Lunge

Teilnehmer: 7. Semester

Durchführungsdauer: 7,5 Wochen

Durchführungszeitraum: November bis Februar

Beteiligte Fachgebiete	Kurscharakterisierung/Lernziele	Leistungs-Nachweise (LN)	Erfolgskontrollen/Prüfungen
<ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin Kardiologie, Pulmologie, Angiologie - Chirurgie Thoraxchirurgie, Gefäßchirurgie - Pathologie (spez.) - Radiologie - Arbeitsmedizin 	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostik und Therapie der Erkrankungen des Herzens, des Kreislaufs und der Lunge - Einüben theoretisch fundierter Problemstellungen in individuell angepasste therapeutische Konzepte 	<ul style="list-style-type: none"> - Teil des LN Innere Medizin - Voraussetzung für: LN Chirurgie LN Pathologie 	<ul style="list-style-type: none"> - fallbezogen mündlich

POL-Kurs Haut-Muskel-Gelenke

Teilnehmer: 8. Semester

Durchführungsdauer: 7 Wochen

Durchführungszeitraum: April bis Mai

Beteiligte Fachgebiete	Kurscharakterisierung/Lernziele	Leistungs-Nachweise (LN)	Erfolgskontrollen/Prüfungen
<ul style="list-style-type: none"> - Dermatologie - Innere Medizin - Rheumatologie - Orthopädie - Pathologie - Chirurgie - Pädiatrie - Kinderchirurgie - Radiologie - Arbeitsmedizin - Sozialmedizin - Humangenetik 	<ul style="list-style-type: none"> - Integrative Stoffvermittlung in den Fächern Dermatologie/Venerologie, Rheumatologie und Orthopädie - Bedeutung der interdisziplinären Zusammenarbeit 	<ul style="list-style-type: none"> - LN Dermatologie und Venerologie - LN Orthopädie - Teil des LN Innere Medizin - Voraussetzung für: LN Arbeitsmedizin, Sozialmedizin 	<ul style="list-style-type: none"> - mündlich

POL-Kurs Ernährung-Stoffwechsel-Ausscheidung

Teilnehmer: 8. Semester
 Durchführungsdauer: 7 Wochen
 Durchführungszeitraum: Mai bis Juli

Beteiligte Fachgebiete	Kurscharakterisierung/Lernziele	Leistungs-Nachweise (LN)	Erfolgskontrollen/Prüfungen
<ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin Gastroenterologie, Nephrologie, Endokrinologie, Klin. Diätetik - Chirurgie Viszeralchirurgie - Urologie - Pädiatrie Gastroenterologie, Nephrologie, Endokrinologie, - Pathologie - Radiologie - Arbeitsmedizin - Sozialmedizin - Humangenetik 	<ul style="list-style-type: none"> - Fächerübergreifendes Lehren der Erkrankungen der betreffenden Organe bzw. deren Fehlfunktionen 	<ul style="list-style-type: none"> - Teil des LN Innere Medizin - Voraussetzung für: LN Chirurgie, LN Urologie, LN Pathologie, LN Klinisch-Pathologische Konferenz 	<ul style="list-style-type: none"> - praktisch: OSCE - schriftlich: Mini-Case

5. Studienjahr

POL-Kurs Onkologie

Teilnehmer: 9. Semester
 Durchführungsdauer: 8 Wochen
 Durchführungszeitraum: Oktober bis Dezember

Beteiligte Fachgebiete	Kurscharakterisierung/Lernziele	Leistungs-Nachweise (LN)	Erfolgskontrollen/Prüfungen
<ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin - Chirurgie - Strahlentherapie - Urologie - Pädiatrie - Pathologie - Radiologie - Humangenetik - Orthopädie - Frauenheilkunde - Dermatologie - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - Arbeitsmedizin - Public Health - Medizinische Psychologie - Klinisch-Pathologische Konferenz 	<ul style="list-style-type: none"> - Ätiologie, Pathogenese, Diagnostik und therapeutische Prinzipien von malignen Erkrankungen. - Nachsorge, Gesprächsführung, Palliativmedizin - Lebensqualität bei Patienten mit malignen Erkrankungen 	<ul style="list-style-type: none"> - LN Klinisch-Pathologische Konferenz - LN Pathologie - Teil des LN Innere Medizin - Voraussetzung für: LN Chirurgie, LN Urologie 	<ul style="list-style-type: none"> - mündlich, schriftlich

<p>POL-Kurs Prävention und Versorgung Teilnehmer: 9. Semester Durchführungsdauer: 3 Wochen Durchführungszeitraum: Dezember bis Januar</p>			
<p>Beteiligte Fachgebiete</p> <ul style="list-style-type: none"> – Allgemeinmedizin – Arbeits- und Sozialmedizin – Rechtsmedizin 	<p>Kurscharakterisierung/Lernziele</p> <ul style="list-style-type: none"> – Betreuung chronisch Kranker – Besonderheiten des geriatrischen Patienten – Rechtsmedizinische Fragestellungen – Umwelt-, sozial- und arbeitsmedizinische Aspekte 	<p>Leistungs-Nachweise (LN)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Fächerübergreifender LN: Allgemeinmedizin, Arbeitsmedizin-Sozialmedizin, Rechtsmedizin – LN Prävention, Gesundheitsförderung – LN Rehabilitation, Physikalische Medizin, Naturheilverfahren 	<p>Erfolgskontrollen/Prüfungen</p> <ul style="list-style-type: none"> – mündlich
<p>POL-Kurs Kopf Teilnehmer: 9. Semester Durchführungsdauer: 4 Wochen Durchführungszeitraum: Januar bis Februar</p>			
<p>Beteiligte Fachgebiete</p> <ul style="list-style-type: none"> – Augenheilkunde – Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde – Neurochirurgie – Neurologie – Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie – Neuroradiologie – Humangenetik 	<p>Kurscharakterisierung/Lernziele</p> <ul style="list-style-type: none"> – Diagnostik und Therapie von Patienten mit Kopf-, Schädel- und Halskrankungen 	<p>Leistungs-Nachweise (LN)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Voraussetzung für: LN Augenheilkunde LN Hals-Nasen-Ohrenheilkunde LN Chirurgie 	<p>Erfolgskontrollen/Prüfungen</p> <ul style="list-style-type: none"> – MC-Klausur
<p>POL-Kurs Notfall-Verletzung-Intensivmedizin Teilnehmer: 10. Semester Durchführungsdauer: 6 Wochen Durchführungszeitraum: April bis Mai</p>			
<p>Beteiligte Fachgebiete</p> <ul style="list-style-type: none"> – Anästhesiologie/Intensivmedizin – Unfall- und Wiederherstellungschirurgie – Kinderchirurgie – Notfallmedizin 	<p>Kurscharakterisierung/Lernziele</p> <ul style="list-style-type: none"> – Grundlagen der Allgemein- und Regionalanästhesie – Schmerzdiagnostik und -therapie – Diagnostik und Therapie von lebensbedrohlichen Erkrankungen – Grundlagen der Intensivüberwachung, -pflege und therapie – Traumatologie, Rehabilitation 	<p>Leistungs-Nachweise (LN)</p> <ul style="list-style-type: none"> – LN Anästhesiologie – Voraussetzung für: LN Chirurgie 	<p>Erfolgskontrollen/Prüfungen</p> <ul style="list-style-type: none"> – mündlich – schriftlich – praktisch
<p>POL-Kurs Fortpflanzung-Entwicklung-Wachstum Teilnehmer: 10. Semester Durchführungsdauer: 7 Wochen Durchführungszeitraum: Mai bis Juli</p>			
<p>Beteiligte Fachgebiete</p> <ul style="list-style-type: none"> – Frauenheilkunde und Geburtshilfe – Pädiatrie, Urologie – Kinderchirurgie – Humangenetik 	<p>Kurscharakterisierung/Lernziele</p> <ul style="list-style-type: none"> – Interdisziplinärer Kurs – Erarbeitung von anspruchsvollem und komplexen Fallmaterial 	<p>Leistungs-Nachweise (LN)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Fächerübergreifender LN: Frauenheilkunde-Geburtshilfe, Kinderheilkunde, Humangenetik 	<p>Erfolgskontrollen/Prüfungen</p> <ul style="list-style-type: none"> – MC-Klausur

**Klinische Blockpraktika /
Andere Lehrveranstaltungen**

Die gemäß der neuen ÄAPO festgelegten Blockpraktika in den Fachgebieten Innere Medizin, Chirurgie, Kinderheilkunde, Frauenheilkunde und Allgemeinmedizin werden mindestens einwöchig angeboten, wobei bis maximal 10 Studierende pro Kurs teilnehmen. Neben dem Unterricht am Krankenbett werden dem Studierenden bestimmte Krankheitsbilder auch in seminaristischer Form erläutert. Am Blockpraktikum für Chirurgie nehmen die Kliniken für Visceral-, Thorax- und Gefäßchirurgie, für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Neurochirurgie und Kinderchirurgie teil. In das Blockpraktikum für Allgemeinmedizin werden Lehrpraxen für Allgemeinmedizin eingebunden.

Die an der Medizinischen Fakultät angebotenen Wahlfächer für den zweiten Abschnitt des Medizinstudiums können von den Studierenden frei gewählt werden. Die Studierenden müssen aber eines der Wahlfächer erfolgreich abgelegt haben, um zum Praktischen Jahr zugelassen zu werden. Die Wahlfächer haben einen Mindestumfang von 24 Stunden und werden in einer Gruppengröße von maximal 20 Studierenden durchgeführt. Sie sind forschungsbezogen ausgerichtet oder Bestandteile klinikinterner Weiterbildung im Rahmen von Doktorandenseminaren oder wissenschaftlichen Konferenzen.

Übersicht Wahlfächer:

- Anästhesiologie
- Arbeitsmedizin

- Augenheilkunde
- Betriebsmedizin
- Diagnostische Radiologie
- Ethik in der Medizin
- Forensische Molekulargenetik
- Forensische Toxikologie
- Gefäßchirurgie
- HNO-Heilkunde
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und -therapie
- Kinderchirurgie
- Kinderradiologie
- Klinische Immunologie (Autoimmunerkrankheiten, Transplantationsimmunologie, Tumormimmunologie)
- Neurochirurgie
- Neuroradiologie
- Nuklearmedizin
- Öffentliches Gesundheitswesen
- Praktische Allergologie
- Praxis von Arzneimittelprüfungen, Arzneimittelanwendungsforschung, Pharmakoepidemiologie
- Psychiatrie und Psychotherapie
- Psychotherapie
- Sozialmedizin
- Strahlentherapie
- Transfusionsmedizin
- Umweltmedizin
- Urologie

Unterrichtsveranstaltung	Durchführungszeitraum:	Teilnehmer:
Blockpraktikum Allgemeinmedizin	WS	5. oder 6. klinisches Semester
Blockpraktikum Chirurgie	WS	5. klinisches Semester
Blockpraktikum Frauenheilkunde und Geburtshilfe	WS	5. klinisches Semester
Blockpraktikum Innere Medizin	WS	5. klinisches Semester
Blockpraktikum Kinderheilkunde	WS	5. klinisches Semester
Bildgebende Verfahren, Strahlenbehandlung, Strahlenschutz	SS	2. klinisches Semester
Praktikum der Klinischen Untersuchung	SS	2. klinisches Semester
Praktikum Innere Medizin	SS	4. klinisches Semester
Praktikum Augenheilkunde	WS	5. klinisches Semester
Praktikum Arbeitsmedizin, Sozialmedizin	WS	5. klinisches Semester
Praktikum Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	WS	5. klinisches Semester
Praktikum Rechtsmedizin	WS	5. klinisches Semester
Praktikum Urologie	WS	5. klinisches Semester
Klinische Pharmakologie, Pharmakotherapie	SS	6. klinisches Semester
Medizin des Alters und des alten Menschen	SS	6. klinisches Semester
Klinische Umweltmedizin	SS	6. klinisches Semester

Prüfungen

Die Prüfungen in den genannten Fächern, Querschnittsbereichen und Blockpraktika werden mündlich, schriftlich oder praktisch abgehalten. Da alle Leistungsnachweise im Unterschied zur alten Approbationsordnung jetzt benotet werden, arbeitet die Fakultät daran, neue, effektive aber auch im Sinn des DIPOL praxis- und fallorientierte Prüfungsformen in Ergänzung zu den klassischen Modellen zu etablieren.

Zusammenfassung

Die Studierenden werden im zweiten Abschnitt des Studiums breit und umfassend auf ihre ärztliche Tätigkeit vorbereitet, problem- und praxisorientiert, in interdisziplinären DIPOL® – Kursen, in Klinischen Blockpraktika, in Vorlesungen, Seminaren und Praktika – ergänzt durch den Unterricht am Krankenbett.

Korrespondenzanschrift:
Prof. Dr. med. Dietmar Roesner,
Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie,
Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus
der TU Dresden,
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

Qualitätssicherung vor dem Hintergrund sinkender Obduktionszahlen

Städtisches Klinikum Görlitz
Pathologisches Institut

Eine analytische Betrachtung zu Ursachen und Effektivität

Besonders in den letzten 10 Jahren ist die Zahl der Leichenöffnungen an deutschen Kliniken stark zurückgegangen. Ein für die Qualitätssicherung alarmierender Zustand, der allerdings von Klinik zu Klinik wie auch von Fach zu Fach starke Unterschiede zeigt. Dramatisch ist das fast völlige Verschwinden von Obduktionen bei zu Hause oder in Pflegeheimen Verstorbener. Es droht der Verlust des „Errando discimus – aus Irrtümern lernen“, wie KIRCH aus Dresden bereits 1997 äußerte.

Die Konsequenzen sind nicht nur der Verlust eines traditionellen Kontrollmechanismus, sondern bergen auch die Gefahr in sich, dass es den erfahrenen Pathologen, wie auch pathologisch anatomisch gebildeten Klinikern, immer weniger geben wird. Zwar gibt es noch in Sachsen einige sehr wenige große Kliniken mit einer Sektionsfrequenz um 30 Prozent und teilweise sogar etwas mehr, wie beispielsweise in Leipzig, Görlitz, Dresden und Chemnitz, doch sind sie gewissermaßen Spitze des Eisbergs. Nur etwa 10 Krankenhäuser in Sachsen erreichen noch eine Sektionsfrequenz etwas unter 20 Prozent. In den restlichen 65 Einrichtungen werden deutlich weniger als 10 Prozent obduziert. Die durchschnittliche Obduktionsfrequenz in Krankenhäusern liegt in Sachsen um 6 %. Außerhalb der Krankenhäuser ist eine Obduktion eine Seltenheit und beschränkt sich auf sehr wenige private Anträge von Angehörigen und auf die sehr seltenen amtsärztlich angeordneten Obduktionen auf der Basis des Bundesseuchengesetzes. Nicht gezählt sind dabei die gerichtsmedizinischen Obduktionen auf Antrag des Staatsanwaltes. Insgesamt hat in Deutschland die Obduktionshäufigkeit in den letzten 10 bis 15 Jahren etwa um mehr als die Hälfte abgenommen. Eine ähnliche Entwicklung ist auch in den USA zu verzeichnen.

Durch sehr intensive umfangreiche Bemühungen einiger Pathologen in Leipzig, Görlitz und Dresden konnte zwar in den letzten zwei Jahren eine geringe Steigerung der Sektionsfrequenz erreicht werden, ohne dass sich das aber auf die durchschnittliche Obduktionsquote im Freistaat Sachsen wesentlich auswirkt hat.

Eine der vordergründigen Ursachen ist zweifelsohne der Wandel in der Einstellung zur Krankheit, zum Tod und zur Leichenöffnung.

Über den Einstellungswandel zu Krankheit, Tod und Leichenöffnung

Wenn es heute in der Diskussion um die Ausführung und den Stellenwert der inneren Leichenschau geht, so ist es mehr denn je unumgänglich, eingangs auf die Wandlung in der Einstellung zu Krankheit und Tod in der neuzeitigen Gesellschaft einzugehen. Gespräche, wie auch Vorträge über den Tod, wie auch über die Obduktion sind in der Öffentlichkeit, aber auch in der Medizin, auf eine besondere Art und Weise entweder Tabu-Themen oder Skandale geworden und man fragt sich, ob nicht auch die natürliche biologische Schulweisheit zurückgegangen ist.

Jahrhunderte zurückgeschaut, war der Tod und damit auch der Leichnam im Leben aller Menschen ständig gegenwärtig, auch wenn die Menschen vor Krankheit und Sterben immer in Sorge gelebt haben. Doch halfen bei der Auseinandersetzung mit Krankheit und Tod die Großfamilie, wie auch die Nachbarschaft. Die Neuzeit und vor allem die Aussicht auf Heilung durch eine moderne Medizin trennte nicht nur die Generationen in Jung und Alt, sondern in Gesunde und Kranke. Schwerverrannte und Pflegebedürftige wurden in Einrichtungen von zu Hause weg verlagert und somit auch der Sterbende, das heißt Konfrontation mit dem Tod wurde von der Mehrheit verdrängt. In der heutigen Zeit ist der Mensch mit letztendlich nicht mehr heilbaren Krankheiten und dem Sterben nicht eher existentiell konfrontiert, bis er selbst davon betroffen wird. Das hat tiefe Auswirkungen auf unsere Einstellung zum Leben und zum Tod und hat die frühere allgegenwärtige Auseinandersetzung mit Krankheit, Sterben und Tod aufgegeben. Bewundernswerte Leistungen der modernen Medizin, vom Bypass bis zum Organersatz einerseits sowie andererseits, schwindender Glaube in der Religion, haben den Tod zum Störfaktor eines auf Konsum eingestellten Lebens und damit zum Tabu gemacht. Wer nicht vom Sterben, von der unheilbaren Krankheit und damit vom Tode reden will, will auch nicht über den Leichnam und schon gar nicht über die Leichenöffnung reden.

Die heutige, sehr unterschiedliche, aber insgesamt zu niedrige Sektionsfrequenz zur Erklärung von Todesursachen hat viele Gründe. Eine der Wichtigsten ist aber das „Verdrängungssyndrom Sterben“. Gesetze und die von den Medien verbreiteten Skandale, wie

auch die moderne Medizin selbst, haben ihr übriges dazu letztendlich beigetragen. Hinzu kommen mangelnde naturwissenschaftliche und biologische Aufklärung, zu einseitige theologische Aussagen und persönliches Unbehagen sowie irrationale Ängste hinsichtlich des Vorgangs der Leichenöffnung. Selbst Ärzte sind davon nicht frei, wie unsere zurückliegenden Erhebungen gezeigt haben. Eigenartigerweise verbinden viele die Leichenöffnung mit Gedankengängen, die sie bei der Erdbestattung und beim biologischen Zerfall des Leichnams unter der Erde nicht verspüren. **Was ist die Obduktion und welchen Stellenwert hat sie in der Qualitätssicherung moderner Medizin?**

Die Obduktion ist die letzte ärztliche Handlung zu Gunsten des Patienten und der Allgemeinheit und damit eine Fortsetzung der Kontrolle über den Tod als eine Angelegenheit der menschlichen Würde.

Ohne die Kontrolle über den Tod werden Personen zu Marionetten, so schrieb der amerikanische Ethiker J. Fletcher vor über 30 Jahren. Die klinische Sektion ist eine Qualitätskontrolle und dient der Lehre und Ausbildung, Epidemiologie, medizinischen Forschung und nicht zuletzt der Begutachtung. Hinzu kommt die nicht zu unterschätzende Bedeutung der Obduktion bei der Aufklärung unnatürlicher Todesursachen aus der Sicht der Rechtsmedizin und Rechtssicherheit. Heute spricht die Rechtsmedizin sehr kritisch über den gegenwärtigen Zustand der mangelnden Obduktionen, als eine langanhaltende allgemeine gesellschaftliche Misere mit 1000-mal mehr ungeklärten Todesfällen.

Die negative Seite einer zu geringen Sektionsfrequenz ist nicht nur mangelnde Klärung der Todesursachen und damit fehlende Aufklärung nicht richtig erkannter Krankheitsbilder, sondern auch Minderwertigkeit von wissenschaftlichen Pilotstudien und deren Ergebnisse. Besonders dann, wenn es sich beispielsweise um Untersuchungen zur Rezidivhäufigkeit oder zum Metastasierungsverhalten von Geschwulstleiden in Verlaufsstudien von chronisch Kranken handelt.

Bei einer halbwegs repräsentativen Sektionsfrequenz, die bei 30 Prozent anzusetzen ist, kann davon ausgegangen werden, dass auch heute wesentliche epidemiologische Beiträge als Ergebnis erzielt wurden.

So zeigt sich, dass sich die Myokarditis mit bis zu 5 Prozent im Sektionsgut bei ausgiebigen histologischen Untersuchungen wesentlich häufiger ist, als sie zu Lebzeiten diagnostiziert wird. Dies gilt generell auch für alle Infektionskrankheiten und septische Verläufe. Selbst der akute Myokardinfarkt, wie auch die chronische ischämische Herzkrankheit werden zu Lebzeiten nur zu 50 Prozent richtig diagnostiziert. Im hohen Alter hat jeder zweite eine starke Coronarsklerose, aber nur 3 Prozent davon sterben alleine an der akuten Coronarinsuffizienz ohne Infarktbildung. Maligne Geschwülste setzten Mikrometastasen in die Lunge bis zu 29 Prozent und erklären so nachträglich so manche respiratorische und dextrocardiale Insuffizienz, die trotz umfangreicher klinischer Diagnostik pathogenetisch zu Lebzeiten nicht erklärt werden kann. Fast 1/5 aller Diabetiker zeigen bereits histologische Veränderungen einer diabetischen Nephropathie unterschiedlicher Ausprägung. Die wenigen noch repräsentativen Obduktionsstudien zeigen aber auch, dass die malignen Neubildungen als zum Tode führende Grundleiden zugenommen haben; und dieses mit über 30 Prozent.

Hinsichtlich der Diagnosesicherheit, bezogen auf die Übereinstimmung der zu Lebzeiten gestellten Diagnose mit der Obduktionsdiagnose deutet sich eine leichte Verbesserung an im Vergleich zu den Jahren vor 1990. Eigene Untersuchungen zeigten für das Jahr 2002 in 21 Prozent aller Obduktionen ein nicht zu Lebzeiten richtig erkanntes Grundleiden, so dass von einer Diagnosesicherheit zu Lebzeiten um 80 Prozent ausgegangen werden kann. 1987 lag dieser Anteil noch um

40 Prozent in der Görlitzer Studie. Hier schlägt sich in der Tat möglicherweise die moderne medizinische Diagnostik statistisch nieder. Wieso es allerdings Einrichtungen gibt, in denen nicht oder fast gar nicht obduziert wird und wieso zwischen den einzelnen Fachdisziplinen wie Innere Medizin, Chirurgie, Urologie starke Differenzen hinsichtlich der Sektionsquoten bestehen, bleibt etwas unverständlich und offen. Allein an der ablehnenden Haltung der Angehörigen kann es nicht liegen, da die Angehörigen von Verstorbenen in der Chirurgie oder Urologie oder Inneren Medizin sich eigentlich nicht anders verhalten können.

Es ist unumstritten, dass nicht wenig von der Einstellung der Ärzte zur Obduktion und von dem Gespräch der Ärzte mit den Angehörigen abhängt. Darüber hinaus zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen klinischen Einrichtungen, die über eine eigene Pathologie verfügen oder lediglich sich in einer zufälligen Kooperation mit einer Pathologie, sei es Praxis oder Institut, befinden. Klinische Einrichtungen mit einer eigenen Pathologie zeigen hier eine deutlich höhere Obduktionsquote. Obwohl erst ab 40 Prozent die Selektionsfaktoren verstärkt aus einer Obduktionsstatistik eliminiert werden, bleibt die Mindestforderung nach einer Sektionsfrequenz von 30 Prozent.

Ein Wort zu der heutigen modernen allumfassenden bildgebenden Diagnostik in der Klinik. Vergleicht man sämtliche Diagnosen der bildgebenden Diagnostik mit histologischen Befunden und den Obduktionsergebnissen, so ergibt sich eine positive Korrelation von rich-

tigen Diagnosen zu Lebzeiten um 80 Prozent. Die Grauzone in der bildgebenden Diagnostik bleibt eine unscharfe differenzialdiagnostische Interpretation von Befunden in bis zu 20 Prozent der Fälle.

Die Erteilung der Weiterbildungsbefugnis für leitende Ärzte bestimmter Fachrichtungen in Anknüpfung an die Obduktionsfrequenz nach den Vorstellungen der Bundesärztekammer von 1995 bleibt Wunschdenken, wenn sie nicht konsequent durchgesetzt werden kann, da zum Beispiel 40 Prozent der stationären Einrichtungen gar nicht über einen Sektions-trakt verfügen, 1/3 aller Krankenhäuser keine offizielle Letalitätsstatistik führen als Teil ihrer Qualitätssicherung und bei etwa 30 % aller Sterbefälle eine Obduktion gar nicht angestrebt wird.

Mangel an Obduktionen bedeutet mehr und mehr das Beschreiten immer neuer alter Irr- und Holzwege, weil niemand diese mehr erkennt, wie dies der Cheopathologe Hans Herbert Wegner vom Moabit Krankenhaus Berlin in dem Berliner Ärzteblatt 2001 schrieb. Gesellschaftspolitische und berufspolitische Forderungen nach der auf Evidenz basierten Medizin ohne Obduktion sind so in sich paradox. Es bleibt bei alledem die Forderung einer verbesserten Gesetzgebung, die unseres Erachtens unaufschiebbar ist. Transplantationsgesetz ohne ein Obduktionsgesetz war schon der erste Treppensturz; der nächste Sturz steht vor der Tür.

Doz. Dr. med. habil. Roland Goertchen
Städtisches Klinikum Görlitz GmbH
Pathologisches Institut
Girbigsdorfer Straße 1-3, 02828 Görlitz

Hufeland-Preis 2005

Zum 45. Mal wurde jetzt der „Hufeland-Preis“ zur Förderung der Präventivmedizin in Deutschland vom Kuratorium der gleichnamigen Stiftung ausgeschrieben.

An der Ausschreibung können sich alle Ärzte (innen) und Zahnärzte(innen) beteiligen, die eine deutsche Approbation besitzen – unabhängig davon, ob sie in Klinik oder Forschung, in der Praxis oder im öffentlichen Gesundheitswesen tätig sind. Unabdingbare Voraussetzung

für eine Teilnahme an der Ausschreibung ist, dass sich die eingereichten Arbeiten mit der Präventivmedizin im weitesten Sinne befassen und auf eigenen ärztlich-wissenschaftlichen Erkenntnissen aus Praxis, Klinik oder Grundlagenforschung beruhen.

Zu den Trägern des mit 20.000 EUR dotierten Preises gehören neben der Stifterin, der Deutschen Ärzteversicherung AG, Köln, die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärzte-

kammer und die Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.. Die Jury ist mit namhaften Mediziner verschiedenster medizinischer Fachrichtungen besetzt.

Die Arbeit ist bis zum 31. März 2005 an folgende Anschrift zu senden:

„Hufeland-Preis“
Notarin Dr. Ingrid Doyé
Kattenbug 2, 50667 Köln

Gebiet Nuklearmedizin und Strahlentherapie – Ablauf von Übergangsvorschriften

Das Sächsische Staatsministerium für Umwelt und Landwirtschaft hat gebeten, den Ablauf der Übergangsvorschriften für Personen, die in den Gebieten Nuklearmedizin und Strahlentherapie technisch mitwirken, insbesondere Informationen zur Tätigkeit von Ärzten ohne Fachkunde im Strahlenschutz, mitzuteilen.

„Gebiet Nuklearmedizin und Strahlentherapie – Ablauf von Übergangsvorschriften

Erwerb von Kenntnissen für Ärzte ohne die Fachkunde im Strahlenschutz gemäß § 30 Abs. 4 in Zusammenhang mit § 82 Abs. 1 Nr. 2 der StrlSchV und Ablauf der Übergangsvorschriften des § 117 Abs. 11 a StrlSchV für Personen nach § 82 Abs. 2 Nr. 4 StrlSchV mit einer abgeschlossenen sonstigen medizinischen Ausbildung (zum Beispiel Arzthelferinnen), die unter ständiger Verantwortung eines fachkundigen Arztes in den Bereichen Nuklearmedizin und Strahlentherapie mitwirken.

Ärzte:

Nach § 82 Abs. 1 Nr. 2 in Verbindung mit § 30 Abs. 4 der Strahlenschutzverordnung dürfen Ärzte auf den Gebieten Nuklearmedizin und Strahlentherapie ohne die entsprechende Fachkunde nur tätig werden, wenn die Säch-

sische Landesärztekammer ihnen den Erwerb der Kenntnisse im Strahlenschutz bescheinigt hat.

Diese Bescheinigung erfolgt auf Antrag. Es ist die erfolgreiche Absolvierung eines Kenntniskurses nach der Anlage A 3 Nr. 4 der Richtlinie Strahlenschutz in der Medizin nachzuweisen.

Sonstige tätige Personen (zum Beispiel Arzthelferinnen):

Bis zum 30. 6. 2004 war es Personen mit einer abgeschlossenen sonstigen medizinischen Ausbildung, die vor Inkrafttreten der neuen Strahlenschutzverordnung am 1. 7. 2002 auf dem Gebiet der Nuklearmedizin und Strahlentherapie gearbeitet haben, gestattet, unter Aufsicht eines fachkundigen Arztes technisch mitzuwirken.

Am 1. 7. 2004 endete diese Übergangsvorschrift, die nach § 117 Abs. 11 a der Strahlenschutzverordnung geregelt ist.

Nach diesem Zeitpunkt müssen solche Personen ihre Kenntnisse bei der nach § 30 Abs. 1 der Strahlenschutzverordnung zuständigen Behörde beantragen bzw. bei der Aufsichtsbehörde nachweisen. Dies ist im Freistaat Sach-

sen das Sächsische Landesamt für Umwelt und Geologie.

Um diese Bescheinigung bzw. Nachweis zu erlangen und nach dem 1. 7. 2004 die bisherige Tätigkeit fortsetzen zu dürfen, muss von diesem Personenkreis (zum Beispiel Arzthelferinnen) der in der Anlage A 3 Nr. 4 der Richtlinie Strahlenschutz in der Medizin geforderte 24 Stunden Kurs erfolgreich absolviert werden.

Diese Regelung, die erstmalig Schulungen im Strahlenschutz auch für das technische Assistenzpersonal, das bisher oder zukünftig tätig sein will, beinhaltet, wurde bereits in dem Bereich der Röntgenverordnung analog eingeführt.

Das Sächsische Landesamt für Umwelt und Geologie wird die Einhaltung dieser rechtlichen Bestimmungen der Strahlenschutzverordnung kontrollieren.“

Kontaktadresse:
Sächsisches Staatsministerium
für Umwelt und Landwirtschaft
Herr Dr. Lorenz
Tel.: 0351 5642217, Fax: 0351 5642209
E-Mail: Lorenz@smul.sachsen.de

Dr. med. Siegfried Herzig
Ärztlicher Geschäftsführer

Arzthelferinnen in Sachsen

Für 213 Auszubildende, Umschülerinnen oder externe Prüfungsteilnehmerinnen von 252 ist es geschafft. Sie haben mit der Abschlussprüfung den Berufsabschluss Arzthelferin/Arzthelfer erreicht und halten ihr Prüfungszeugnis in den Händen.

Die Arzthelferinnen und Arzthelfer aus dem Raum Dresden erhielten am 9. Juli 2004 die Zeugnisse aus den Händen von Herrn Dr. Rudolf Marx, Vorstandsmitglied der Sächsischen Landesärztekammer.

Gut 95 % aller Arzthelfer/Innen wurden in ein Arbeitsverhältnis übernommen oder beginnen eine andere Berufsausbildung oder ein Studium.

Ab August beginnt für die Schulabgänger das neue Ausbildungsjahr. Viele Ärzte in der Nie-



Herr Dr. med. Rudolf Marx, Vorstandsmitglied, überreicht die Prüfungszeugnisse

derlassung geben wieder einem jungen Menschen die Chance einer Berufsausbildung und

sorgen so auch für den Nachwuchs an Fachpersonal in Sachsen.

Zunehmend klagen ausbildungswillige Ärzte darüber, dass sie keine geeigneten Bewerber/Innen finden. Bedauerlicherweise werden die Zugangsvoraussetzungen immer schlechter. Aufgeführt werden häufig mangelnde Kenntnisse in Deutsch und Mathematik, die fehlende Motivation und das fehlende Interesse am Beruf. Deshalb entscheiden sich zunehmend Ärzte für die Umschulung oder Zweitausbildung einer Bewerberin, die bereits eine andere Ausbildung abgeschlossen hat und über mehr Lebenserfahrung verfügt.

Marina Hartmann
Leitende Sachbearbeiterin
Referat Arzthelferinnenwesen

Amtliche Bekanntmachungen

Inhaltsverzeichnis

1. Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer
(Weiterbildungsordnung – WBO)
Vom ...
2. Satzung zur Aufhebung der Satzung zur Erteilung des
Fachkundenachweises Rettungsdienst vom 8. März 1994
(in der Fassung der Änderungssatzung vom 21. November 2000)
Vom 02. Juli 2004
3. Satzung zur Aufhebung der Richtlinie zur Erteilung des
Fachkundenachweises Ultraschalldiagnostik vom 8. März 1994
(in der Fassung der Änderungssatzung vom 20. Juni 2001)
Vom 02. Juli 2004
4. Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der
Sächsischen Landesärztekammer
Vom 09. Juli 2004
5. Neufassung der Gebührenordnung der
Sächsischen Landesärztekammer
(Gebührenordnung – Geb0)
(in der Fassung der Änderungssatzung vom 09. Juli 2004)
6. Ordnung der Sächsischen Landesärztekammer für die
Fortbildung und Prüfung zur Arztfachhelferin (AFH)
Vom 09. Juli 2004

Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (Weiterbildungsordnung – WBO)

Vom ...

Die Neufassung der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer wird im Heft 9/2004 des „Ärzteblatt Sachsen“ bekannt gemacht.

Satzung zur Aufhebung der Satzung zur Erteilung des Fachkundenachweises Rettungsdienst vom 8. März 1994 (in der Fassung der Änderungssatzung vom 21. November 2000)

Vom 02. Juli 2004

Die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer hat am 26. Juni 2004 folgende Satzung zur Aufhebung der Satzung zur Erteilung des Fachkundenachweises Rettungsdienst beschlossen.

Artikel 1

Die Aufhebungssatzung tritt am 01. Januar 2005 in Kraft.

Artikel 2

Die Satzung zur Erteilung des Fachkundenachweises Rettungsdienst in der genannten Fassung tritt am 01. Januar 2005 außer Kraft.

Dresden, 26. Juni 2004

Prof. Dr. med. habil. Schulze
Präsident

Dr. med. Liebscher
Schriftführer

Die vorstehende Satzung zur Aufhebung der Satzung zur Erteilung des Fachkundenachweises Rettungsdienst vom 8. März 1994 (in der Fassung der Änderungssatzung vom 21. November 2000) wird hiermit ausgefertigt und wird im Ärzteblatt Sachsen bekannt gemacht.

Dresden, den 02. Juli 2004

Der Präsident
Prof. Dr. Jan Schulze

Satzung zur Aufhebung der Richtlinie zur Erteilung des Fachkundenachweises Ultraschalldiagnostik vom 8. März 1994 (in der Fassung der Änderungssatzung vom 20. Juni 2001)

Vom 02. Juli 2004

Die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer hat am 26. Juni 2004 folgende Satzung zur Aufhebung der Richtlinie zur Erteilung des Fachkundenachweises Ultraschalldiagnostik beschlossen.

Artikel 1

Die Aufhebungssatzung tritt am 01. Januar 2005 in Kraft.

Artikel 2

Die Richtlinie zur Erteilung des Fachkundenachweises Ultraschalldiagnostik in der genannten Fassung tritt am 01. Januar 2005 außer Kraft.

Dresden, 26. Juni 2004

Prof. Dr. med. habil. Schulze
Präsident

Dr. med. Liebscher
Schriftführer

Die vorstehende Satzung zur Aufhebung der Richtlinie zur Erteilung des Fachkundenachweises Ultraschalldiagnostik vom 8. März 1994 (in der Fassung der Änderungssatzung vom 20. Juni 2001) wird hiermit ausgefertigt und wird im Ärzteblatt Sachsen bekannt gemacht.

Dresden, den 02. Juli 2004

Der Präsident
Prof. Dr. Jan Schulze

Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer

Vom 09. Juli 2004

Aufgrund des § 14 Abs. 3 des Sächsischen Heilberufekammergesetzes (SächsHKaG) vom 24. Mai 1994 (SächsGVBl. S. 935), zuletzt geändert mit Artikel 17 des Gesetzes vom 28. Juni 2001 (SächsGVBl. S. 426, 428) hat die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer am 26. Juni 2004 die folgende Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer beschlossen:

Artikel 1

Die Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer (Gebührenordnung – GebO) vom 15. März 1994 (genehmigt mit Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit und Familie vom 14.03.1994, Az.: 52/8870-1-000/10/94, veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen, Heft 4/1994, Seite 270), zuletzt geändert mit Satzung vom 3. Dezember 2003 (genehmigt mit Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Az.: 61-5415.21/5, veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen, Heft 12/2003, S. 540) wird wie folgt geändert:

- 1. Allgemeine Gebühren**
Nr. 1.4. der Anlage zu der Gebührenordnung wird wie folgt neu gefasst:
„1.4. Ausstellung eines Arztausweises, auch als elektronischer Heilberufsausweis (HPC) 15,00 EUR bis 30,00 EUR“
- 2. Verfahren zur Anerkennung einer Zusatzbezeichnung**
Nr. 2.4. der Anlage zu der Gebührenordnung wird wie folgt geändert:
Der Anstrich
„- ohne Prüfung 75,00 EUR“
entfällt.
- 3.**
Nr. 4. der Anlage zu der Gebührenordnung wird wie folgt neu gefasst:
„4. **Verfahren zur Feststellung der Gleichwertigkeit von Diplomen, Prüfungszeugnissen und sonstigen Befähigungsnachweisen 100,00 EUR“**
- 4.**
- 5. Tätigkeiten der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung**
Nr. 5.1. der Anlage zu der Gebührenordnung wird wie folgt neu gefasst:
„5.1. Verfahren zur Erteilung eines Fortbildungszertifikates 15,00 EUR“
- 5.**
Nr. 6 der Anlage zu der Gebührenordnung wird wie folgt neu gefasst:
„6. **Gebühren für die Prüfungen im Rahmen der Berufsbildung Arzthelferin/Arzthelfer**
- 6.1. Gebühren für die Prüfungen im Rahmen der Berufsausbildung Arzthelferin/Arzthelfer**
 - 6.1.1. Verfahren zur Zwischenprüfung 50,00 EUR
 - 6.1.2. Verfahren zur Abschlussprüfung 100,00 EUR
 - 6.1.3. Verfahren zur Wiederholungsprüfung 100,00 EUR
 - 6.1.4. Zulassung und Prüfung in besonderen Fällen nach § 40 Berufsbildungsgesetz 100,00 EUR
- 6.2. Gebühren für die Prüfungen im Rahmen der beruflichen Fortbildung**
 - 6.2.1. Verfahren zur Anerkennung der Fortbildung Arztfachhelferin/Arztfachhelfer im Pflichtteil
 - mit Prüfung 100,00 EUR
 - mit Wiederholungsprüfung 100,00 EUR
 - 6.2.2. Verfahren zur Anerkennung der Fortbildung Arztfachhelferin/Arztfachhelfer im Wahlteil
 - mit Prüfung 100,00 EUR
 - mit Wiederholungsprüfung 100,00 EUR
 - 6.3. Ausstellung sonstiger Bescheinigungen 5,00 EUR bis 15,00 EUR“

6.

8. Tätigkeit der Ethikkommission

Nr. 8 der Anlage zu der Gebührenordnung wird wie folgt ergänzt:

- „8.5. Verfahren bei der Ethikkommission für Multicenter-(MC-) Studien gemäß § 42 Abs. 1 in Verbindung mit § 40 Abs. 1 Satz 2 AMG als federführende Ethikkommission
 - 8.5.1. Stellungnahme 2.500,00 EUR bis 4.000,00 EUR
 - 8.5.2. Amendment
 - 8.5.2.1. Formale Änderungen 100,00 EUR bis 400,00 EUR
 - 8.5.2.2. Inhaltliche Änderungen 800,00 EUR
 - 8.5.2.3. Neubewertung 1.500,00 EUR
 - 8.5.3. Nachmeldung Prüfzentrum 50,00 EUR bis 200,00 EUR
 - 8.5.4. Zwischenfallmeldung 100,00 EUR bis 600,00 EUR
 - 8.5.5. Aktualisierte Investigators Brochure 100,00 EUR bis 250,00 EUR
 - 8.5.6. Jahresbericht 100,00 EUR bis 250,00 EUR
 - 8.5.7. Studienabbruch 100,00 EUR bis 250,00 EUR
- 8.6. Verfahren bei der Ethikkommission für Multicenter-(MC-) Studien gemäß § 42 Abs. 1 in Verbindung mit § 40 Abs. 1 Satz 2 AMG als lokale Ethikkommission
 - 8.6.1. Stellungnahme 200,00 EUR bis 400,00 EUR
 - 8.6.2. Amendment 100,00 EUR bis 200,00 EUR
 - 8.6.3. Nachmeldung Prüfzentrum 50,00 EUR bis 200,00 EUR
 - 8.6.4. Zwischenfallmeldung 100,00 EUR bis 200,00 EUR“
- 7.**
Nr. 11 der Anlage zu der Gebührenordnung wird wie folgt hinzugefügt:
„11. **Durchführung von Maßnahmen der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V je Fall 0,20 EUR bis 1,50 EUR“**

Artikel 2

Die Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer tritt mit Ausnahme von Punkt 2 Nr. 2.4. am 1. Juli 2004 in Kraft. Punkt 2 Nr. 2.4. tritt am 1. Januar 2005 in Kraft.
Dresden, 26. Juni 2004

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

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales hat mit Schreiben vom 06.07.2004, Az 61-5415.21/5 die Genehmigung erteilt.

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

Dresden, den 09. Juli 2004 Der Präsident
Prof. Dr. Jan Schulze

Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer (Gebührenordnung – GebO) (in der Fassung der Änderungssatzung vom 09. Juli 2004)

(Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer vom 15. März 1994, zuletzt geändert durch Beschluss der Kammerversammlung vom 26. Juni 2004, genehmigt durch das Sächsische Staatsministerium für Soziales am 06.07.2004, Az 61-5415.21/5)

§ 1

Gebührenerhebung

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

§ 2

Gebührensschuldner

Zur Zahlung ist verpflichtet,

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

§ 3

Rahmengebühr

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

§ 4

Fälligkeit

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

§ 5

Stundung und Erlass

Auf schriftlichen Antrag des Gebührenschildners können zur Vermeidung unzumutbarer Härten Gebühren ganz oder teilweise gestundet oder erlassen werden. Die Voraussetzungen für die Stundung oder den Erlass sind auf Aufforderung nachzuweisen.

§ 6

Mahnung und Beitreibung

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

§ 7

Inkrafttreten

Die geänderte Satzung tritt am 01. Juli 2004 in Kraft mit Ausnahme von Nr. 2.4., 3. Anstrich. Die Änderung von Nr. 2.4., 3. Anstrich tritt am 01. Januar 2005 in Kraft.

Anlage

Dresden, 26. Juni 2004

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

gez. Dr. med. Lutz Liebscher
Schriftführer

Anlage zu der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer vom 15. März 1994 in der Fassung der Änderungssatzung vom 09. Juli 2004:

Gebührenverzeichnis

1. Allgemeine Gebühren

- | | | |
|------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 1.1. | Ausstellung von Zweitfertigungen von Urkunden, Umschreibung von Urkunden | 30,00 EUR |
| 1.2. | Anerkennung von Zeugnissen und Diplomen anderer Staaten | 25,00 EUR |
| 1.3. | Entscheidung über einen Widerspruch | |
| | – teilweise Stattgabe | 5,00 EUR bis 50,00 EUR |
| | – keine Stattgabe | 25,00 EUR bis 100,00 EUR |
| 1.4. | Ausstellung eines Arztausweises, auch als elektronischer Heilberufsausweis (HPC) | 15,00 EUR bis 30,00 EUR |
| 1.5. | Ausstellung von sonstigen Bescheinigungen | 25,00 EUR bis 150,00 EUR |

2. Verfahren zur Anerkennung

- | | | |
|------|-----------------------------------------|------------|
| 2.1. | einer Gebietsbezeichnung | |
| | – mit Prüfung | 150,00 EUR |
| | – mit Wiederholungsprüfung | 150,00 EUR |
| 2.2. | einer Schwerpunktbezeichnung | |
| | – mit Prüfung | 100,00 EUR |
| | – mit Wiederholungsprüfung | 100,00 EUR |
| 2.3. | einer fakultativen Weiterbildung | |
| | – mit Prüfung | 100,00 EUR |
| | – mit Wiederholungsprüfung | 100,00 EUR |
| 2.4. | einer Zusatzbezeichnung | |
| | – mit Prüfung | 100,00 EUR |
| | – mit Wiederholungsprüfung | 100,00 EUR |
| | – ohne Prüfung (bis 31.12.2004) | 75,00 EUR |

2.5.	eines Fachkundenachweises		8.	Tätigkeit der Ethikkommission	
	– mit Prüfung	50,00 EUR	8.1.	Beratung von Ärzten vor der Durchführung klinischer Versuche am Menschen über berufsethische und berufsrechtliche Fragen (§ 15 Abs. 1, Satz 1 Berufsordnung)	250,00 EUR bis 750,00 EUR
	– mit Wiederholungsprüfung	50,00 EUR			
	– ohne Prüfung	25,00 EUR			
3.	Verfahren zur Erteilung der Weiterbildungsbefugnis	150,00 EUR	8.2.	Beratung von Ärzten vor der Durchführung epidemiologischer Forschung mit personengebundenen Daten über die mit dem Vorhaben verbundenen berufsethischen und berufsrechtlichen Fragen (§ 15 Abs. 1, Satz 1 Berufsordnung)	250,00 EUR bis 750,00 EUR
4.	Verfahren zur Feststellung der Gleichwertigkeit von Diplomen, Prüfungszeugnissen und sonstigen Befähigungsnachweisen	100,00 EUR	8.3.	Beratung von Ärzten vor der Durchführung der Forschung mit vitalen menschlichen Gameten und lebendem embryonalem Gewebe über die mit dem Vorhaben verbundenen berufsethischen und berufsrechtlichen Fragen (§ 15 Abs. 1, Satz 1 Berufsordnung)	250,00 EUR bis 750,00 EUR
5.	Tätigkeiten der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung		8.4.	Beratung über wichtige Ergänzungen zur Tätigkeit nach Nr. 8.1., 8.2. und 8.3.	25,00 EUR bis 100,00 EUR
5.1.	Verfahren zur Erteilung eines Fortbildungszertifikates	15,00 EUR	8.5.	Verfahren bei der Ethikkommission für Multicenter- (MC-) Studien gemäß § 42 Abs. 1 in Verbindung mit § 40 Abs. 1 Satz 2 AMG als federführende Ethikkommission	
5.2.	Verfahren zur Zertifizierung von Fortbildungsveranstaltungen bei Anträgen von nichtärztlichen Antragstellern oder bei gewerblichen Anbietern	150,00 EUR	8.5.1.	Stellungnahme	2.500,00 EUR bis 4.000,00 EUR
6.	Gebühren für die Prüfungen im Rahmen der Berufsbildung Arzthelferin/Arzthelfer		8.5.2.	Amendment	
6.1.	Gebühren für die Prüfungen im Rahmen der Berufsausbildung Arzthelferin/Arzthelfer		8.5.2.1.	Formale Änderungen	100,00 EUR bis 400,00 EUR
6.1.1.	Verfahren zur Zwischenprüfung	50,00 EUR	8.5.2.2.	Inhaltliche Änderungen	800,00 EUR
6.1.2.	Verfahren zur Abschlussprüfung	100,00 EUR	8.5.2.3.	Neubewertung	1.500,00 EUR
6.1.3.	Verfahren zur Wiederholungsprüfung	100,00 EUR	8.5.3.	Nachmeldung Prüfzentrum	50,00 EUR bis 200,00 EUR
6.1.4.	Zulassung und Prüfung in besonderen Fällen nach § 40 Berufsbildungsgesetz	100,00 EUR	8.5.4.	Zwischenfallsmeldung	100,00 EUR bis 600,00 EUR
6.2.	Gebühren für die Prüfungen im Rahmen der beruflichen Fortbildung		8.5.5.	Aktualisierte Investigators Brochure	100,00 EUR bis 250,00 EUR
6.2.1.	Verfahren zur Anerkennung der Fortbildung Arztfachhelferin/Arztfachhelfer im Pflichtteil		8.5.6.	Jahresbericht	100,00 EUR bis 250,00 EUR
	– mit Prüfung	100,00 EUR	8.5.7.	Studienabbruch	100,00 EUR bis 250,00 EUR
	– mit Wiederholungsprüfung	100,00 EUR	8.6.	Verfahren bei der Ethikkommission für Multicenter- (MC-) Studien gemäß § 42 Abs. 1 in Verbindung mit § 40 Abs. 1 Satz 2 AMG als lokale Ethikkommission	
6.2.2.	Verfahren zur Anerkennung der Fortbildung Arztfachhelferin/Arztfachhelfer im Wahlteil		8.6.1.	Stellungnahme	200,00 EUR bis 400,00 EUR
	– mit Prüfung	100,00 EUR	8.6.2.	Amendment	100,00 EUR bis 200,00 EUR
	– mit Wiederholungsprüfung	100,00 EUR	8.6.3.	Nachmeldung Prüfzentrum	50,00 EUR bis 200,00 EUR
6.3.	Ausstellung sonstiger Bescheinigungen	5,00 EUR bis 15,00 EUR	8.6.4.	Zwischenfallsmeldung	100,00 EUR bis 200,00 EUR
7.	„Ärztliche Stellen“ nach Röntgenverordnung und nach Strahlenschutzverordnung		9.	Durchführung von Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung	
7.1.	Prüfung zur Qualitätssicherung der Anwendung von Röntgenstrahlen am Menschen durch die „Ärztlichen Stelle“ gemäß § 17 a Röntgenverordnung vom 18. Juni 2002 in der jeweils geltenden Fassung		9.1.	Erteilung der Genehmigung nach § 121 a SGB V	250,00 EUR bis 750,00 EUR
	Gebühr je Röntgenstrahler	225,00 EUR bis 450,00 EUR	9.2.	Anzeige und Nachweis der berufsrechtlichen Anforderungen	250,00 EUR bis 750,00 EUR
7.2.	Prüfung zur Qualitätssicherung der medizinischen Strahlenanwendung am Menschen durch die „Ärztliche Stelle“ gemäß § 83 Abs. 1 bis 4 in Verbindung mit § 86 und § 87 Abs. 7 der Strahlenschutzverordnung vom 20. Juli 2001		9.3.	Beratung von Paaren	150,00 EUR bis 500,00 EUR
7.2.1.	Nuklearmedizin		10.	Verfahren vor der Kommission gemäß § 8 Abs. 3 Transplantationsgesetz	500,00 EUR bis 1.500,00 EUR
	– Gebühr je Nuklearkamera	250,00 EUR			zusätzlich anfallende Kosten für die Anhörung von Zeugen und Sachverständigen
	– Zuschlag für erhöhten Prüfaufwand bei Therapie	800,00 EUR	11.	Durchführung von Maßnahmen der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V je Fall	0,20 EUR bis 1,50 EUR
7.2.2.	Strahlentherapie				
	– Gebühr für Prüfung pro Einrichtung vor Ort (bis zu drei Anlagen)	2.000,00 EUR			
	– Zuschlag für jede weitere Anlage	250,00 EUR			

Ordnung der Sächsischen Landesärztekammer für die Fortbildung und Prüfung zur Arztfachhelferin (AFH)

Vom 09. Juli 2004

Aufgrund des Beschlusses des Berufsbildungsausschusses vom 29.11.2003 und der Kammerversammlung vom 26.06.2004 erlässt die Sächsische Landesärztekammer als zuständige Stelle gemäß § 46 Berufsbildungsgesetz (BBiG) folgende Ordnung für die Fortbildung und Prüfung zur Arztfachhelferin (AFH)¹

Inhaltsübersicht

Fortbildungsordnung

- § 1 Fortbildung
- § 2 Ziel der Fortbildung
- § 3 Zulassung zur Fortbildung
- § 4 Dauer und Gliederung der Fortbildung
- § 5 Inhalte der Fortbildung
- § 6 Durchführung der Fortbildung

Fortbildungsprüfungsordnung

I. Abschnitt

Prüfungsausschüsse

- § 7 Errichtung
- § 8 Zusammensetzung und Berufung
- § 9 Befangenheit
- § 10 Vorsitz, Beschlussfähigkeit, Abstimmung
- § 11 Geschäftsführung
- § 12 Verschwiegenheit

II. Abschnitt

Vorbereitung der Fortbildungsprüfung

- § 13 Prüfungstermine
- § 14 Zulassung und Anmeldung zur Fortbildungsprüfung
- § 15 Entscheidung über die Prüfungszulassung
- § 16 Prüfungsgebühr

III. Abschnitt

Durchführung der Prüfung

- § 17 Prüfungsanforderungen
- § 18 Durchführung der Prüfung
- § 19 Regelungen für Behinderte
- § 20 Nichtöffentlichkeit
- § 21 Leitung und Aufsicht
- § 22 Ausweispflicht und Belehrung
- § 23 Täuschungshandlungen und Ordnungsverstöße
- § 24 Rücktritt, Nichtteilnahme

IV. Abschnitt

Bewertung, Feststellung und Beurkundung des Fortbildungsprüfungsergebnisses

- § 25 Bewertung
- § 26 Feststellung des Prüfungsergebnisses
- § 27 Niederschrift
- § 28 Fortbildungsprüfungszeugnis und Arztfachhelferinnenbrief
- § 29 Anerkennung von Prüfungen und Geltungsbereich

V. Abschnitt

Wiederholungsprüfung

- § 30 Wiederholungsprüfung
- § 31 Prüfungsunterlagen
- § 32 Inkrafttreten

Fortbildungsordnung

§ 1

Fortbildung

Fortbildung i. S. dieser Satzung entspricht dem Begriff der Fortbildung gemäß § 1 Abs. 3 und § 46 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz (BBiG).

§ 2

Ziel der Fortbildung

(1) Ziel der Fortbildung zur Arztfachhelferin ist es, der Arzthelferin einen beruflichen Aufstieg zu ermöglichen.

(2) 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.

Sie soll insbesondere

- qualifizierte Funktionen in allen verwaltungsbezogenen Bereichen der Praxis ausüben
- Praxisabläufe, -strukturen und -bewirtschaftung unter betriebswirtschaftlichen und unter auf Qualitätsmanagement orientierten Aspekten gestalten
- die Anwendung der für die Arztpraxis relevanten Rechtsgrundlagen, Verordnungen und Richtlinien im Praxisteam sicherstellen
- moderne Informations- und Kommunikationstechnologien einsetzen
- bei der Personalplanung und -führung sowie bei der Ausbildung von Arzthelferinnen verantwortlich mitwirken
- erforderliche Maßnahmen der Hygiene, des Arbeits- und Umweltschutzes koordiniert umsetzen
- Maßnahmen in der Gesundheitsberatung/Prävention aufbereiten und durchführen
- in Notfällen situationsgerecht reagieren und entsprechende Maßnahmen einleiten.

(3) Die Arztfachhelferin soll mindestens in einem weiteren medizinischen Arbeitsfeld qualifiziert mitwirken.

§ 3

Zulassung zur Fortbildung

(1) Voraussetzung zur Zulassung an der Fortbildung ist der Nachweis einer mindestens zweijährigen beruflichen Tätigkeit als Arzthelferin nach bestandener Abschlussprüfung oder eines gleichwertigen Abschlusses.

(2) Die Gleichwertigkeit des beruflichen Abschlusses stellt auf Antrag die Sächsische Landesärztekammer fest.

(3) Bewerberinnen mit dem Abschluss Sprechstundenschwester oder Krankenschwester können bei Nachweis einer mindestens zweijährigen beruflichen Tätigkeit als Arzthelferin gleichwertig teilnehmen.

(4) Über die Zulassung zur Fortbildung entscheidet die Sächsische Landesärztekammer.

¹ Soweit in dieser Prüfungsordnung zur Bezeichnung der betroffenen Personen generisch die weibliche oder die männliche Form verwendet wird, gilt die Regelung jeweils auch für das andere Geschlecht.

§ 4

Dauer und Gliederung der Fortbildung

- (1) Die Fortbildung umfasst insgesamt mindestens 400 Unterrichtsstunden.
- (2) Die Fortbildung gliedert sich in einen Pflichtteil von mindestens 280 Unterrichtsstunden und in einen Wahlteil von mindestens 120 Unterrichtsstunden. Ein Fortbildungskurs des Wahlteils soll mindestens 40 Unterrichtsstunden umfassen. Kurse des Wahlteils können vor oder nach dem Pflichtteil absolviert werden.
- (3) Die in der Fortbildung zu erwerbenden Kenntnisse und Fertigkeiten des Pflichtteiles werden in einzelnen Abschnitten vermittelt, die von den Fortbildungsteilnehmerinnen innerhalb von 2 Jahren absolviert werden sollen.
- (4) Die Absolvierung von Fortbildungskursen des Wahlteiles vor dem Pflichtteil soll nicht länger als 5 Jahre zurückliegen.

§ 5

Inhalte der Fortbildung

- (1) Die Fortbildung soll sich im Pflichtteil insbesondere auf folgende Wissensgebiete erstrecken (Anlage: Fortbildungsrahmenplan Arztfachhelferin):
 - Kommunikation
 - Prävention und Gesundheitsberatung
 - Arzthelferinnenausbildung
 - Recht
 - Praxismanagement/TQM
 - Betriebswirtschaftliche Praxisführung
 - Informations- und Kommunikationstechnologien
 - Medizinprodukte/Arbeitsschutz/Hygiene/Umwelt
 - Notfallmedizin.
- (2) Die Fortbildung im Wahlteil soll den Fortbildungscurricula der Bundesärztekammer entsprechen.
- (3) Über die Anerkennung von Qualifizierungen innerhalb des Wahlteiles entscheidet die Sächsische Landesärztekammer.

§ 6

Durchführung der Fortbildung

- (1) Die Fortbildung zur Arztfachhelferin im Pflichtteil erfolgt i. d. R. durch eine Ärztekammer.
- (2) Die Fortbildung kann sowohl berufsbegleitend als auch in Vollzeitform angeboten werden. Sie muss den Erfordernissen der Erwachsenenbildung entsprechen.
- (3) Soweit eine Vergleichbarkeit der Fortbildungsinhalte gegeben ist, kann die Sächsische Landesärztekammer auf schriftlichen Antrag Fortbildungsteile, die bei einer anderen Ärztekammer durchgeführt worden sind, anrechnen.

Fortbildungsprüfungsordnung

I. Abschnitt Prüfungsausschüsse

§ 7

Errichtung

- (1) Für die Abnahme der Fortbildungsprüfung errichtet die Sächsische Landesärztekammer einen Prüfungsausschuss.
- (2) Bei Bedarf, insbesondere bei einer großen Anzahl von Prüfungsbewerberinnen, können mehrere Prüfungsausschüsse errichtet werden. Werden mehrere Prüfungsausschüsse errichtet, sollen Sitz und Zusammensetzung der Ausschüsse nach regionalen Gesichtspunkten bestimmt werden.
- (3) Sofern ein gemeinsamer Prüfungsausschuss mit anderen Ärztekammern oder anderen Kammern i. S. von § 91 Abs. 1 BBiG nach § 36 Satz 2 BBiG errichtet wird, ist dieser für die Abnahme der Fortbil-

ungsprüfung zuständig. In diesem Fall einigen sich die Kammern, bei wem der gemeinsame Prüfungsausschuss errichtet wird. Die Prüfungsordnung der Kammer ist anzuwenden, bei der der gemeinsame Prüfungsausschuss errichtet ist.

§ 8

Zusammensetzung und Berufung

- (1) Der Prüfungsausschuss besteht aus mindestens drei Mitgliedern. Die Mitglieder müssen für die Prüfungsgebiete sachkundig und für die Mitwirkung im Prüfungswesen geeignet sein (§ 37 Abs. 1 BBiG).
- (2) Dem Prüfungsausschuss gehören als Mitglieder Ärzte als Beauftragte der Arbeitgeber, Arzthelferinnen als Beauftragte der Arbeitnehmer in gleicher Zahl sowie mindestens ein Lehrer einer berufsbildenden Schule, der Erfahrung in der Unterrichtung von Arzthelferinnen hat, an. Mindestens zwei Drittel der Gesamtzahl der Mitglieder sind Beauftragte der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer. Von dieser Zusammensetzung darf nur abgewichen werden, wenn sonst die erforderliche Zahl von Mitgliedern des Prüfungsausschusses nicht berufen werden kann (§ 37 Abs. 5 BBiG).
- (3) Die Mitglieder haben einen oder mehrere Stellvertreter (§ 37 Abs. 2 BBiG).
- (4) Die Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder werden von der Sächsischen Landesärztekammer für drei Jahre berufen (§ 37 Abs. 3 Satz 1 BBiG).
- (5) Die Arbeitnehmermitglieder werden auf Vorschlag der im Bereich der Sächsischen Landesärztekammer bestehenden Gewerkschaften und selbständigen Vereinigungen von Arbeitnehmern mit sozial- und berufs-politischer Zwecksetzung berufen (§ 37 Abs. 3 Satz 2 BBiG).
- (6) Lehrer von berufsbildenden Schulen werden im Einvernehmen mit der Schulaufsichtsbehörde oder der von ihr bestimmten Stelle berufen (§ 37 Abs. 3 Satz 3 BBiG).
- (7) Werden Mitglieder nicht oder nicht in ausreichender Zahl innerhalb einer von der Sächsischen Landesärztekammer gesetzten angemessenen Frist vorgeschlagen, so beruft die Sächsische Landesärztekammer insoweit nach pflichtgemäßem Ermessen (§ 37 Abs. 3 Satz 4 BBiG).
- (8) Die Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder der Prüfungsausschüsse können nach Anhören der an ihrer Berufung Beteiligten aus wichtigem Grund abberufen werden (§ 37 Abs. 3 Satz 5 BBiG).
- (9) Die Tätigkeit im Prüfungsausschuss ist ehrenamtlich. Für bare Auslagen und das Zeitversäumnis ist, soweit eine Entschädigung nicht von anderer Seite gewährt wird, eine angemessene Entschädigung zu zahlen, deren Höhe von der Sächsischen Landesärztekammer mit Genehmigung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales festgesetzt wird.

§ 9

Befangenheit

- (1) Bei der Zulassung und Prüfung dürfen Prüfungsausschussmitglieder nicht mitwirken, die mit der Prüfungsbewerberin verheiratet oder verheiratet gewesen oder mit ihr in gerader Linie verwandt oder verschwägert oder durch Annahme als Kind verbunden oder in der Seitenlinie bis zum dritten Grade verwandt oder bis zum zweiten Grade verschwägert sind, auch wenn die Ehe, durch welche die Schwägerschaft begründet ist, nicht mehr besteht.
- (2) Mitwirken soll ebenfalls nicht der Arbeitgeber der Prüfungsbewerberin, soweit nicht besondere Umstände eine Mitwirkung zulassen oder erfordern.
- (3) Prüfungsausschussmitglieder, die sich befangen fühlen, oder Prüfungsbewerberinnen, die die Besorgnis der Befangenheit geltend machen wollen, haben dies der Sächsischen Landesärztekammer mitzuteilen, während der Prüfung dem Prüfungsausschuss.
- (4) Die Entscheidung über den Ausschluss von der Mitwirkung trifft die Sächsische Landesärztekammer, während des Ablaufs der einzelnen Prüfungen der Prüfungsausschuss.
- (5) Wenn infolge Befangenheit eine ordnungsgemäße Besetzung des Prüfungsausschusses nicht mehr möglich ist, kann die Sächsische Landesärztekammer die Durchführung der Prüfung einem anderen Prüfungs-

ausschuss, sofern ein solcher besteht, erforderlichenfalls einer anderen zuständigen Stelle übertragen. Das Gleiche gilt, wenn eine objektive Durchführung der Prüfung aus anderen Gründen nicht gewährleistet erscheint.

§ 10

Vorsitz, Beschlussfähigkeit, Abstimmung

- (1) Der Prüfungsausschuss wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter. Der Vorsitzende und sein Stellvertreter sollen nicht derselben Mitgliedergruppe angehören (§ 38 Abs. 1 BBiG).
- (2) Der Prüfungsausschuss ist beschlussfähig, wenn zwei Drittel der Mitglieder, mindestens drei, mitwirken. Er beschließt mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen. Bei Stimmgleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag (§ 38 Abs. 2 BBiG).

§ 11

Geschäftsführung

- (1) Die Sächsische Landesärztekammer regelt im Benehmen mit dem Prüfungsausschuss dessen Geschäftsführung, insbesondere Einladungen, Protokollführung und Durchführung der Beschlüsse.
- (2) Die Sitzungsprotokolle sind vom Protokollführer und dem Vorsitzenden des Prüfungsausschusses zu unterzeichnen.

§ 12

Verschwiegenheit

Die Mitglieder des Prüfungsausschusses haben gegenüber Dritten über alle Prüfungsvorgänge Verschwiegenheit zu wahren.

II. Abschnitt

Vorbereitung der Fortbildungsprüfung

§ 13

Prüfungstermine

- (1) Die Sächsische Landesärztekammer bestimmt die Termine für die Durchführung der Prüfung sowie die Prüfungsorte.
- (2) Die Sächsische Landesärztekammer gibt diese Termine einschließlich der Anmeldefristen rechtzeitig, mindestens drei Monate vorher bekannt.

§ 14

Zulassung und Anmeldung zur Fortbildungsprüfung

- (1) Zur Fortbildungsprüfung ist zuzulassen, wer
 - eine mit Erfolg vor einer Ärztekammer abgelegte Abschlussprüfung als Arzthelferin oder einen gleichwertigen Abschluss
 - eine mindestens zweijährige Tätigkeit in dem Beruf gemäß § 3 durch Tätigkeitsbescheinigung, Arbeitszeugnis etc.
 - die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen im Rahmen des Pflichtteils, die den Anforderungen des § 5 Abs. 1 und § 6 entsprechen, nachweist.
- (2) Die Anmeldung zur Fortbildungsprüfung hat schriftlich an die Sächsische Landesärztekammer nach den von ihr festgelegten Anmeldefristen und ausgegebenen Anmeldeformularen zu erfolgen.

§ 15

Entscheidung über die Prüfungszulassung

- (1) Über die Zulassung zur Fortbildungsprüfung entscheidet die Sächsische Landesärztekammer. Hält sie die Zulassungsvoraussetzungen nicht für gegeben, so entscheidet der Prüfungsausschuss (§ 39 Abs. 2 BBiG).
- (2) Die Entscheidung über die Zulassung ist der Prüfungsbewerberin rechtzeitig unter Angabe des Prüfungstermins und des Prüfungsortes sowie der erlaubten Arbeits- und Hilfsmittel schriftlich mitzuteilen. Auf das Antragsrecht Behinderter nach § 19 der Prüfungsordnung ist dabei hinzuweisen.

(3) Eine ablehnende Entscheidung ist der Prüfungsbewerberin rechtzeitig schriftlich unter Angabe der Gründe mitzuteilen.

(4) Die Zulassung kann bis zum Prüfungstag zurückgenommen werden, wenn sie aufgrund von gefälschten Unterlagen oder falschen Angaben ausgesprochen worden ist.

§ 16

Prüfungsgebühr

Für die Fortbildungsprüfung wird von der Prüfungsbewerberin eine Gebühr erhoben, deren Höhe von der Sächsischen Landesärztekammer festgelegt wird.

III. Abschnitt

Durchführung der Prüfung

§ 17

Prüfungsanforderungen

(1) Die nach § 46 Abs. 1 BBiG durchzuführende Prüfung betrifft den Pflichtteil der Fortbildung und erstreckt sich auf folgende Wissensgebiete:

In dem Wissensgebiet „**Kommunikation**“ soll die Prüfungsteilnehmerin nachweisen, dass sie mit den Grundlagen der Kommunikation und Interaktion vertraut ist. Sie soll nachweisen, dass sie die Fähigkeit zur psychologischen Gesprächsführung und Konfliktbereinigung besitzt und den Umgang mit den differenten Verhaltensmustern der Patienten beherrscht. Sie soll die psychologischen und sozialen Grundlagen der Zusammenarbeit in einer Praxis und die Methoden der Teamentwicklung kennen und damit Voraussetzungen für die Personalführung nachweisen. Die Prüfung erstreckt sich insbesondere auf nachstehende Sachgebiete:

- Grundlagen und Techniken der Kommunikation
- psychologische Gesprächsführung, Persönlichkeitsmodelle
- Umgang mit Patienten, psychische Bedingungen der Verhaltensmuster von Patienten
- Teamarbeit und Arbeitsteilung, Methoden der Teamentwicklung
- Grundlagen der Personalführung, Führungsgrundsätze, Führungsstile, Arbeitsmotivation.

In dem Wissensgebiet „**Prävention und Gesundheitsberatung**“ soll die Prüfungsteilnehmerin vertiefte Kenntnisse der Krankheitsursachen, insbesondere über die psycho-, sozial- und umwelthygienischen Komponenten besitzen. Kenntnisse über Risikofaktoren, Folgeerkrankungen und die Suchtproblematik sind nachzuweisen. Die Maßnahmen und Modelle der Prävention sowie der Gesundheitsberatung sollen bekannt sein. Nachzuweisen ist die Fähigkeit der Führung und Motivation von Risikogruppen, insbesondere die soziale und medizinisch-technische Beratung. Die Prüfung erstreckt sich insbesondere auf nachstehende Sachgebiete:

- Krankheitsursachen
- psycho-, sozial- und umwelthygienische Komponenten
- Risikofaktoren, Suchtproblematik
- Modelle der Prävention und Gesundheitsberatung
- Führung und Motivation von Risikogruppen
- soziale und medizinisch-technische Beratung
- Durchführung von Gruppentraining.

In dem Wissensgebiet „**Arzthelferinnenausbildung**“ soll die Prüfungsteilnehmerin die Strukturen des dualen Bildungssystems sowie die rechtlichen Voraussetzungen der Berufsbildung kennen. Über die wesentlichen Grundlagen der Ausbildung von Jugendlichen, insbesondere aus entwicklungspsychologischer und sozialisationstheoretischer Sicht sollen Kenntnisse vorliegen. Die Prüfungsteilnehmerin muss in der Lage sein, die innerbetriebliche Ausbildung von Arzthelferinnen hinsichtlich Planung, didaktischer Aufbereitung, organisatorischen Ablaufes, methodischer Gestaltung, Lernzielkontrollen und Bewertung der Effizienz durchzuführen.

Die Prüfung erstreckt sich insbesondere auf nachstehende Sachgebiete:

- Grundlagen des Berufsbildes und des dualen Bildungssystems
- Rechtsgrundlagen der Ausbildung einschließlich Jugendarbeitsschutz
- Bedeutung einer entwicklungsgerechten Ausbildung der Jugendlichen in Vorbereitung auf Arbeit und Beruf
- zeitliche und inhaltliche Planung sowie Durchführung der beruflichen Ausbildung
- ausbildungsbezogene Qualitätskontrolle
- Unterweisung unter fachdidaktischen Gesichtspunkten.

Im Wissensgebiet **„Recht“** sollen der Prüfungsteilnehmerin die Grundsätze der Berufsordnung und die Rechte und Pflichten eines Arztes im niedergelassenen Bereich bekannt sein. Hierzu gehören insbesondere Kenntnisse über den Behandlungsvertrag einschließlich relevanter haftungsrechtlicher Aspekte und über Dokumentations-, Aufklärungs- und Meldepflichten. Die Prüfungsteilnehmerin hat Kenntnisse über die Grundlagen des Arbeitsrechtes, des Arbeitsschutzrechtes sowie des Arbeitsvertragsrechtes nachzuweisen. Die Inhalte des Gehalts- und Manteltarifvertrages müssen bekannt sein. Schließlich sind die Grundsätze der sozialen Sicherung einschließlich der einschlägigen Sozialgesetzbücher Prüfungsgegenstand.

Die Prüfung erstreckt sich insbesondere auf nachstehende Sachgebiete:

- Rechte und Pflichten des Arztes im niedergelassenen Bereich
- Haftung des Arztes und der Arzthelferin aus Behandlungsvertrag und unerlaubter Handlung
- Delegierbarkeit ärztlicher Leistungen
- Dokumentations-, Aufklärungs- und Meldepflicht
- Arbeitsvertrag, Tarifvertrag
- Arbeitsschutzrecht, insbesondere Kündigungsschutzrecht
- Grundsätze der sozialen Sicherung und der einschlägigen Sozialgesetzbücher.

Im Wissensgebiet **„Praxismanagement/Total Quality Management“** soll die Prüfungsteilnehmerin den Nachweis erbringen, dass sie die selbständige zeitlich-räumlich-technische Organisation des Praxisablaufes beherrscht. Hierzu gehören die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten der Praxislogistik, des Personalmanagements und des Praxismarketings. Sie muss mit den organisatorischen, technischen, normativen und psychologischen Voraussetzungen eines Qualitätsmanagementsystems vertraut sein. Die Prüfungsteilnehmerin soll die Befähigung besitzen, im Rahmen des Qualitätsmanagements die kontinuierliche Qualitätsplanung, Qualitätslenkung, Qualitätsförderung und Qualitätsprüfung innerhalb einer ärztlichen Praxis zu leiten und sicherzustellen.

Die Prüfung erstreckt sich insbesondere auf nachfolgende Sachgebiete:

- Praxisablauforganisation
- Praxislogistik
- Praxismarketing
- Personaleinsatzplanung
- Total Quality Management (TQM).

Im Wissensgebiet **„Betriebswirtschaftliche Praxisführung“** soll die Prüfungsteilnehmerin nachweisen, dass sie mit den Gesamtvergütungssystemen sowie mit den Inhalten und Regelungen der Gebührenordnungen vertraut ist und dadurch weitgehend eigenverantwortlich die vertragsärztliche und private Abrechnung tätigen kann. Kenntnisse in den Bereichen Honorarverteilungsmaßstab, genehmigungspflichtige Leistungen, Ordnungsrichtlinien sowie Wirtschaftlichkeitsprüfung sind Prüfungsgegenstand. Die Prüfungsteilnehmerin soll in der Lage sein, selbständig die Finanz- und Lohnbuchhaltung zu führen.

Die Prüfung erstreckt sich insbesondere auf nachstehende Sachgebiete:

- vertragsärztliches Abrechnungswesen
- privatärztliches Abrechnungswesen
- Finanzbuchhaltung
- Lohnbuchhaltung.

Im Wissensgebiet **„Informations- und Kommunikationstechnologien“** soll die Prüfungsteilnehmerin die Grundlagen moderner Datenverarbeitung und der Vernetzung sicher beherrschen sowie die Arten der Standardsoftware kennen und anwenden. Darüber hinaus soll sie Datenpflege, Datensicherung und Datenschutz praktizieren und bei der betrieblichen EDV-Organisation mitwirken können. Ferner muss sie die modernen Kommunikationstechnologien und die Datenfernübertragung in den praxisinternen und -externen Informationsfluss sachgerecht einbeziehen können.

Die Prüfung erstreckt sich insbesondere auf nachstehende Sachgebiete:

- Aufbau und Leistungsmerkmale moderner Rechner
- Betriebssysteme, Netzwerke und Einzelplatzsysteme
- Bedarfsermittlung praxisbezogener Software, Standardsoftware
- Anwendung der Datenverarbeitung mit Datenpflege, Datensicherung, Datenschutz
- moderne Kommunikationstechnologien, Internet, E-Mail
- Einsatz weiterer Praxis- und Bürokommunikationstechniken.

Im Wissensgebiet **„Medizinprodukte, Arbeitsschutz, Hygiene, Umwelt“** soll die Prüfungsteilnehmerin nachweisen, dass sie mit den Rechtsgrundlagen, den Verantwortungsbereichen und dem Management des Arbeitsschutzes vertraut ist, die Gefährdungsmöglichkeiten in der Praxis kennt und mit den Folgen von Versäumnissen umgehen kann. Sie soll vertiefte Kenntnisse der allgemeinen Hygiene und speziell der hygienischen Maßnahmen besitzen, die mit dem Arbeitsschutz in engem Zusammenhang stehen. Ferner soll sie Einblick in den medizinisch-technischen Bereich haben, innerhalb dessen die gesetzlichen Vorgaben hinsichtlich der Gerätesicherheit umzusetzen sind. Prüfungsinhalte sind die aktuellen Richtlinien des Umweltschutzes, insbesondere die Voraussetzungen für eine umweltfreundliche Beschaffung der Praxismaterialien und der umweltfreundlichen Entsorgung der Praxisabfälle. Die Prüfung erstreckt sich insbesondere auf nachstehende Sachgebiete:

- Rechtsgrundlagen der Anwendung von Medizinprodukten, des Arbeitsschutzes und der Arbeitssicherheit
- Arbeitsschutzmanagement
- hygienischer Arbeitsschutz
- umweltfreundliche Anwendung und Entsorgung von Praxismaterialien, umweltbewusster Energieeinsatz.

Im Wissensgebiet **„Notfallmedizin“** werden Kenntnisse über entsprechende pathophysiologische Grundlagen und über die Ursachen vitaler Störungen vorausgesetzt. Die Prüfungsteilnehmerin hat nachzuweisen, dass sie die Reanimationstechniken, soweit sie in ihrem Kompetenzbereich liegen, beherrscht. Außerdem muss sie über die Maßnahmen der erweiterten Reanimation orientiert sein, um hierbei qualifizierte Assistenz leisten zu können. Kenntnisse über Aufbau und Funktion der Rettungsdienste gehören ebenfalls zum Prüfungsgegenstand.

Die Prüfung erstreckt sich insbesondere auf nachstehende Sachgebiete:

- pathophysiologische Grundlagen
- Störungsfaktoren vitaler Funktionen
- Reanimationstechniken
- erweiterte Reanimationsmaßnahmen
- Aufbau der Rettungsdienste.

(2) Durch die Prüfung ist festzustellen, ob die Prüfungsteilnehmerin die in § 2 Abs. 2 festgelegten Ziele der Fortbildung erreicht hat und die hierfür notwendigen Kenntnisse, Fähigkeiten und Erfahrungen besitzt.

§ 18

Durchführung der Prüfung

(1) Die Prüfung umfasst einen schriftlichen und einen mündlich/praktischen Teil.

(2) Die schriftliche Prüfung erstreckt sich auf die in § 17 Abs. 1 festgelegten Wissensgebiete. Die Gesamtdauer der schriftlichen Prüfung soll 120 Minuten nicht unterschreiten, bei programmierten Prüfungen nicht überschreiten.

(3) In der schriftlichen Prüfung hat die Prüfungsteilnehmerin unter Aufsicht schriftlich gestellte Aufgaben zu lösen.

(4) Bei programmierten Prüfungen hat die Prüfungsteilnehmerin anzugeben, welche der mit den Aufgaben vorgelegten Antworten sie für zutreffend hält. Dabei werden jeweils allen Prüfungsteilnehmerinnen dieselben Prüfungsaufgaben gestellt. Bei der Aufstellung der Prüfungsaufgaben ist festzulegen, welche Antworten als zutreffend anerkannt werden. Die Prüfungsaufgaben sind vor der Feststellung des Prüfungsergebnisses darauf zu überprüfen, ob sie, gemessen an den Anforderungen des § 17 Abs. 1 fehlerhaft sind. Ergibt diese Überprüfung, dass einzelne Prüfungsaufgaben fehlerhaft sind, sind diese bei der Feststellung des Prüfungsergebnisses nicht zu berücksichtigen. Die Zahl der Aufgaben für die Prüfung mindert sich entsprechend. Bei der Bewertung der schriftlichen Prüfung ist von der verminderten Zahl der Prüfungsaufgaben auszugehen. Die Verminderung der Zahl der Prüfungsaufgaben darf sich nicht zum Nachteil einer Prüfungsteilnehmerin auswirken.

(5) Die mündlich/praktische Prüfung soll in Form eines freien Prüfungsgesprächs gemäß den Inhalten nach § 17 Abs. 1 durchgeführt werden. Sie soll in der Regel 45 Minuten nicht überschreiten.

§ 19

Regelungen für Behinderte

Behinderten sind auf Antrag die ihrer Behinderung angemessenen Erleichterungen im Prüfungsverfahren einzuräumen. Art und Umfang der im Einzelfall zu gewährenden Erleichterungen sind rechtzeitig mit dem Behinderten zu erörtern. Die Erleichterungen dürfen lediglich Verfahrensfragen betreffen.

§ 20

Nichtöffentlichkeit

(1) Die Fortbildungsprüfungen sind nicht öffentlich. Vertreter des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales als Aufsichtsbehörde und Vertreter der Sächsischen Landesärztekammer sowie die Mitglieder oder stellvertretenden Mitglieder des Berufsbildungsausschusses können anwesend sein. Der Prüfungsausschuss kann im Einvernehmen mit der Sächsischen Landesärztekammer andere Personen als Gäste zulassen.

(2) Die in Abs. 1 bezeichneten Personen sind nicht stimmberechtigt und haben sich auch sonst jeder Einwirkung auf den Prüfungsablauf zu enthalten.

(3) Bei der Beratung über das Prüfungsergebnis dürfen nur die Mitglieder des Prüfungsausschusses anwesend sein.

§ 21

Leitung und Aufsicht

(1) Die Fortbildungsprüfung wird unter Leitung des Vorsitzenden vom Prüfungsausschuss abgenommen.

(2) Bei schriftlichen Fortbildungsprüfungen regelt die Sächsische Landesärztekammer im Benehmen mit dem Prüfungsausschuss die Aufsichtsführung, die sicherstellen soll, dass die Prüfungsteilnehmerin die Arbeiten selbständig und nur mit den erlaubten Arbeits- und Hilfsmitteln ausführt. Die Prüfungsaufgaben sollen dem Aufsichtsführenden im verschlossenen Umschlag übergeben werden, der erst bei Prüfungsbeginn zu öffnen ist.

(3) Der Prüfungsausschuss kann sich im Einvernehmen mit der Sächsischen Landesärztekammer bei der Durchführung der Fortbildungsprüfung der Hilfe anderer Personen bedienen.

(4) Über den Verlauf der schriftlichen Fortbildungsprüfung fertigen die aufsichtsführenden Personen ein Protokoll an, welches auch das zeitweilige Verlassen von Prüfungsteilnehmerinnen aus dem Prüfungsraum dokumentiert und von allen aufsichtsführenden Personen unterzeichnet wird.

§ 22

Ausweispflicht und Belehrung

Die Prüfungsteilnehmerinnen haben sich auf Verlangen des Vorsitzenden des Prüfungsausschusses oder des Aufsichtsführenden über ihre Person

auszuweisen. Sie sind vor Beginn der Fortbildungsprüfung über den Prüfungsablauf, die zur Verfügung stehende Zeit, die erlaubten Arbeits- und Hilfsmittel, die Folgen von Täuschungshandlungen und Ordnungsverstößen zu belehren sowie auf Gesundheitsstörungen zu befragen und auf die Möglichkeiten gemäß § 24 hinzuweisen.

§ 23

Täuschungshandlungen und Ordnungsverstöße

(1) Teilnehmerinnen, die sich einer Täuschungshandlung oder einer erheblichen Störung des Prüfungsablaufs schuldig machen, kann der Aufsichtsführende von der weiteren Teilnahme an der Fortbildungsprüfung vorläufig ausschließen.

Als Versuch gilt auch die Bereithaltung nicht zugelassener Hilfsmittel nach Beginn der Fortbildungsprüfung. Ebenso kann verfahren werden, wenn die Handlungen zu Gunsten einer anderen Prüfungsteilnehmerin unternommen werden.

(2) Über den endgültigen Ausschluss und die Folgen entscheidet der Prüfungsausschuss nach Anhörung der Prüfungsteilnehmerin. In schwerwiegenden Fällen, insbesondere bei vorbereiteten Täuschungshandlungen, kann die Fortbildungsprüfung für nicht bestanden erklärt werden. Das Gleiche gilt bei innerhalb von sechs Monaten nachträglich festgestellten Täuschungen.

§ 24

Rücktritt, Nichtteilnahme

(1) Die Prüfungsbewerberin kann nach erfolgter Anmeldung rechtzeitig vor Beginn der Fortbildungsprüfung durch schriftliche Erklärung zurücktreten. In diesem Fall gilt die Fortbildungsprüfung als nicht abgelegt.

(2) Tritt die Prüfungsbewerberin nach Beginn der Prüfung zurück, so können bereits erbrachte, an sich abgeschlossene Prüfungsleistungen nur anerkannt werden, wenn ein wichtiger Grund für den Rücktritt vorliegt.

(3) Erfolgt der Rücktritt nach Beginn der Fortbildungsprüfung ohne dass ein wichtiger Grund vorliegt, so gilt die Fortbildungsprüfung als nicht bestanden.

(4) Die Fortbildungsprüfung gilt als nicht abgelegt, wenn die Prüfungsbewerberin zur Fortbildungsprüfung aus wichtigem Grund nicht erscheint.

(5) Die Entscheidung über das Vorliegen eines wichtigen Grundes und über den Umfang der anzuerkennenden Prüfungsleistung trifft der Prüfungsausschuss nach Anhören der Prüfungsteilnehmerin.

IV. Abschnitt

Bewertung, Feststellung und Beurkundung des Fortbildungsprüfungsergebnisses

§ 25

Bewertung

(1) Die Fortbildungsprüfung ist wie folgt zu bewerten:

- eine den Anforderungen in besonderem Maße entsprechende Leistung = 100 – 92 Punkte = Note 1 = sehr gut
- eine den Anforderungen voll entsprechende Leistung = unter 92 – 81 Punkte = Note 2 = gut
- eine den Anforderungen im Allgemeinen entsprechende Leistung = unter 81 – 67 Punkte = Note 3 = befriedigend
- eine Leistung, die zwar Mängel aufweist, aber im Ganzen den Anforderungen noch entspricht = unter 67 – 50 Punkte = Note 4 = ausreichend
- eine Leistung, die den Anforderungen nicht entspricht, jedoch erkennen lässt, dass die notwendigen Grundkenntnisse vorhanden sind = unter 50 – 30 Punkte = Note 5 = mangelhaft
- eine Leistung, die den Anforderungen nicht entspricht und bei der selbst die Grundkenntnisse lückenhaft sind = unter 30 bis 0 Punkte = Note 6 = ungenügend.

(2) Soweit eine Bewertung der Leistung nach dem Punktesystem nicht sachgerecht ist, ist die Bewertung nur nach Noten vorzunehmen.

Bei programmierter Prüfung ist eine der Prüfungsart entsprechende Bewertung vorzunehmen.

(3) Jede Prüfungsleistung ist von den Mitgliedern des Prüfungsausschusses getrennt und selbständig zu beurteilen und zu bewerten.

§ 26

Feststellung des Prüfungsergebnisses

(1) Der Prüfungsausschuss stellt im Anschluss an die praktische Fortbildungsprüfung das Gesamtergebnis fest. Dieses wird der Prüfungsteilnehmerin von dem Vorsitzenden des Prüfungsausschusses oder von der Sächsischen Landesärztekammer mitgeteilt.

(2) Bei Nichtbestehen erhält die Prüfungsteilnehmerin einen schriftlichen Bescheid. Darin ist anzugeben, in welchen Prüfungsteilen ihre Leistungen nicht ausgereicht haben. Auf die Bedingungen der Wiederholungsprüfung gemäß § 30 ist hinzuweisen.

(3) Für die Ermittlung der Gesamtnote sind die Ergebnisse der beiden Prüfungsteile gleich zu gewichten.

(4) Die Fortbildungsprüfung ist bestanden, wenn das Ergebnis der schriftlichen Fortbildungsprüfung und das Ergebnis der praktischen Fortbildungsprüfung mindestens „ausreichend“ lautet.

§ 27

Niederschrift

Über den Verlauf der gesamten Fortbildungsprüfung ist eine Niederschrift zu fertigen, aus der Gegenstand, Ablauf und Ergebnisse der Fortbildungsprüfung sowie etwa vorgekommene Unregelmäßigkeiten hervorgehen. Die Niederschrift ist von den Mitgliedern des Prüfungsausschusses zu unterzeichnen.

§ 28

Fortbildungsprüfungszeugnis und Arztfachhelferinnenbrief

(1) Über die bestandene Fortbildungsprüfung erhält die Prüfungsteilnehmerin ein Zeugnis von der Sächsischen Landesärztekammer.

(2) Das Fortbildungsprüfungszeugnis enthält

- die Bezeichnung „Fortbildungsprüfungszeugnis“
- die Personalien der Prüfungsteilnehmerin
- die Wissensgebiete nach §§ 5 und 17 mit den Einzelergebnissen
- das Thema des praktischen Teils der Fortbildungsprüfung
- das Ergebnis des schriftlichen und praktischen Teils der Fortbildungsprüfung in Punkten und als Note
- das Gesamtergebnis der Fortbildungsprüfung als Note mit einer Stelle nach dem Komma gerundet
- das Datum des Tages, an dem das Gesamtergebnis festgestellt wurde
- die Unterschriften des Vorsitzenden des Prüfungsausschusses und des Beauftragten der Sächsischen Landesärztekammer mit Siegel.

(3) Die Prüfungsteilnehmerin erhält den Arztfachhelferinnenbrief nach

- erfolgreich abgelegter Prüfung im Pflichtteil sowie
- erfolgreich abgelegter Prüfung beziehungsweise Vorlage eines Zertifikates über die Absolvierung einer oder mehrerer Qualifizierungsmaßnahmen im Wahlteil.

§ 29

Anerkennung von Prüfungen und Geltungsbereich

Die vor einer anderen Ärztekammer abgelegten Prüfungen werden anerkannt, soweit sie nach einer dieser Ordnung entsprechenden Fortbildungs- und Prüfungsordnung abgelegt worden sind.

V. Abschnitt

Wiederholungsprüfung

§ 30

Wiederholungsprüfung

(1) Eine nicht bestandene Fortbildungsprüfung kann zweimal wiederholt werden. Die erste Wiederholungsprüfung kann ohne weiteren Kursbesuch absolviert werden.

(2) Hat die Prüfungsteilnehmerin bei nicht bestandener Fortbildungsprüfung in einem Prüfungsteil mindestens ausreichende Leistungen erbracht, so sind diese auf Antrag der Prüfungsteilnehmerin nicht zu wiederholen, sofern sie sich innerhalb von zwei Jahren – vom Tage der nicht bestandenen Fortbildungsprüfung an – schriftlich zur Wiederholungsprüfung anmeldet.

(3) Die Prüfung kann frühestens zum nächsten Prüfungstermin wiederholt werden.

(4) Die Vorschriften über die Anmeldung und Zulassung gelten sinngemäß. Bei der Anmeldung sind außerdem Ort und Datum der vorausgegangenen Fortbildungsprüfung anzugeben.

§ 31

Prüfungsunterlagen

(1) Auf schriftlichen Antrag bei der Sächsischen Landesärztekammer ist der Prüfungsteilnehmerin nach beendeter Abschlussprüfung Einsicht in ihre Prüfungsunterlagen zu gewähren.

(2) Die schriftlichen Prüfungsarbeiten werden zwei Jahre ab Bestehen der Fortbildungsprüfung aufbewahrt. Zulassungsbelege, Prüfungszeugnis und Prüfungsurkunde werden 10 Jahre aufbewahrt.

§ 32

Inkrafttreten

Diese Ordnung für die Fortbildung und Prüfung zur Arztfachhelferin tritt nach ihrer Veröffentlichung im „Ärzteblatt Sachsen“ am 01. September 2004 in Kraft.

Dresden, den 26.06.2004

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze Dienst- Dr. med. Lutz Liebscher
Präsident siegel Schriftführer

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales hat mit Schreiben vom 02.07.2004, Az 21-5418/50/15 die Genehmigung erteilt.

Die vorstehende Ordnung der Sächsischen Landesärztekammer für die Fortbildung und Prüfung zur Arztfachhelferin wird hiermit ausgefertigt und wird im Ärzteblatt Sachsen bekannt gemacht.

Dresden, den 09. Juli 2004

Der Präsident
Prof. Dr. Jan Schulze

Anlage zu § 5 Abs. 1 der Ordnung für die Fortbildung und Prüfung zur Arztfachhelferin

Fortbildungsrahmenplan Arztfachhelferin (AFH)

Pflichtteil (mindestens 280 Stunden)

Kommunikation 30 Stunden	Prävention und Gesundheitsberatung 30 Stunden	Arzthelferinnen-ausbildung 40 Stunden	Recht 20 Stunden	Praxismanagement/TQM 40 Stunden
<ul style="list-style-type: none"> – Grundlagen und Techniken – Umgang mit Patienten und Dritten – Umgang im Team und mit Vorgesetzten – Moderationstechniken 	<ul style="list-style-type: none"> – Psycho-, Umwelt- und Sozialhygiene – Umgang mit Risikofaktoren und Suchtproblematik – Patientenschulung und -versorgung – Sozialberatung – Medizinisch-technische Beratung 	<ul style="list-style-type: none"> – Allgemeine und rechtliche Grundlagen – Jugendliche in der Ausbildung – Planung und Durchführung der Ausbildung – Unterweisungsprobe 	<ul style="list-style-type: none"> – Ärztliches Berufsrecht – Arbeits- und Tarifrecht – Sozialversicherungsrecht – Arzthaftungsrecht 	<ul style="list-style-type: none"> – Praxisablauf – Beschaffungswesen – Marketing – Personalmanagement – Bewertung und Kontrolle

Betriebswirtschaftliche Praxisführung 30 Stunden	Informations- und Kommunikationstechnologien 40 Stunden	Medizinprodukte/Arbeitsschutz/Hygiene/Umwelt 20 Stunden	Notfallmedizin 30 Stunden
<ul style="list-style-type: none"> – Abrechnung – Rechnungswesen – Kostenmanagement 	<ul style="list-style-type: none"> – Hardware – Software – Dokumentation/Archivierung – Bürokommunikation 	<ul style="list-style-type: none"> – Arbeitssicherheit – Praxishygiene – Entsorgung – Medizinprodukte 	<ul style="list-style-type: none"> – Pathophysiologische Grundlagen – Störungen vitaler Funktionen – Reanimationstechniken – Aufbau der Rettungsdienste

Seniorentreffen der Kreisärztekammer Dresden

Zum dritten Treffen in diesem Jahr möchten wir Sie am

**Mittwoch, dem 1. September 2004,
15.00 Uhr,**

in den Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, einladen. Zu Gast ist das Theater „Seniora“ mit der Produktion
„Die drei dicken Damen von Antibes“.

Im Anschluss besteht wieder die Möglichkeit zum gemeinsamen Kaffee, der je nach Teilnehmerzahl wieder im Foyer und Restaurant ausgerichtet wird. Sie sind mit Ihrem Partner herzlich eingeladen.

Ihr Seniorenausschuss der
Kreisärztekammer Dresden

Ausstellungen

Foyer der
Sächsischen Landesärztekammer

Christine Weise & Dieter Weise

Zweierlei Sicht auf sechs Farben

Textilarbeiten, Zeichnungen,
Materialbilder, Objekte
bis 12. September 2004

Katharina Kretschmer

Menschenbilder

Malerei und Grafik
15. September bis
14. November 2004

Vernissage

Donnerstag, 16. September 2004,
19.30 Uhr

Einführung:
Regina Nieman,
Kulturwissenschaftlerin

Foyer der
Sächsischen Ärzteversorgung

Horst Kötter

Magie des Lichts

bis 6. August 2004

Barbara Großpietsch

September 2004

Vernissage

Mittwoch, 15. September 2004, 19.00 Uhr
Foyer 2. Etage

Konzertvorschau für Herbst 2004

Junge Martinee

Sonntag, 3. Oktober 2004, 11.00 Uhr
Es musizieren Schülerinnen und Schüler des
Carl-Maria-von-Weber-Gymnasiums,
der Sächsischen Spezialschule für Musik
Dresden

Ärzteblatt Sachsen

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

Herausgeber:

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

Redaktionskollegium:

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

Redaktionsassistent: 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
E-Mail: info@leipziger-verlagsanstalt.de

Verlagsleitung: Dr. Rainer Stumpe
Anzeigenleitung: Kristin Böttger
Anzeigendisposition: Silke El Gendy
Z. Zt. ist die Anzeigenpreisliste 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 Leseranlyse Medizinischer Zeitschriften e.V.

ISSN: 0938-8478

Ärzte musizieren

**13. September 2004, 19.00 Uhr
Konzert des „Ensemble medici“**

Es werden Werke von Bach,
Dvorcak, Schostakowitsch von einer Flöte
und einem Streichquartett gespielt.

Es spielen fünf Kollegen, die aus dem Ärztesymphonieorchester heraus zusammengelassen sind.

Ort: Kanonenhof
(Kirchsaal der Reformierten Gemeinde
Dresden, Brühlischer Garten 4)

Das Alterseinkünftegesetz vom 11. Juni 2004 Entlastung versus Belastung

Der Bundesrat hat am 11. Juni 2004 das Gesetz zur Neuordnung der einkommenssteuerrechtlichen Behandlung von Altersvorsorgeaufwendungen und Altersbezügen, kurz das Alterseinkünftegesetz-AltEinkG, beschlossen, welches die einkommenssteuerrechtliche Behandlung sowohl der Beiträge zum Versorgungswerk als auch der Versorgungsbezüge betrifft.

1. Übergang zur nachgelagerten Besteuerung

Wesentlich ist der schrittweise Übergang von der Besteuerung der Beiträge zur Besteuerung der Versorgungsleistungen (nachgelagerte Besteuerung gemäß § 22 EStG) in einer vorgeschriebenen Staffelung, nach der die Entlastung auf der Beitragsseite (Sonderausgabenabzug gemäß § 10 EStG) bis 2025 durch die Belastung auf der Rentenseite bis 2040 ausgeglichen werden soll. Beginnend im Jahre 2005 werden zunächst 60 % der individuellen Aufwendungen für die Altersvorsorge steuermindernd angerechnet. Dieser Prozentsatz steigt im Laufe der Jahre jeweils um 2 %, so dass im Jahr 2025 die Beiträge zu 100 % steuerlich bis zu einem Höchstbetrag von 20.000 EUR/Jahr absetzbar sein werden. Dies führt für das beitragszahlende Mitglied in der Anwartschaftsphase zu einer erheblichen Entlastung und erweitert somit die Möglichkeit für freiwillige Mehrzahlungen zur Aufstock-

ung des Altersruhegeldes. Auf der Leistungsseite werden ebenfalls ab 2005 die Renten zu 50 % der Besteuerung zum jeweils individuellen Steuersatz unterliegen. Das gilt für alle Bestandsrenten und die in diesem Jahr erstmals gezahlten Renten. Der steuerpflichtige Anteil der Rente wird dann für jeden neu hinzukommenden Rentnerjahrgang bis zum Jahr 2020 in 2 %-Schritten und anschließend bis zum Jahr 2040 in 1 %-Schritten auf 100 % angehoben. Somit ergibt sich für jeden Rentnerjahrgang bis zum Jahr 2040 ein steuerfrei bleibender Teil der Jahresbruttorente, der allmählich immer geringer wird, aber als Festbetrag im Jahr nach dem ersten Rentenbezug bestimmt und auf Dauer festgeschrieben wird.

2. Sonderregelung für die bis zum 31. 12. 2004 gezahlten Beiträge oberhalb des Höchstbeitrages der gesetzlichen Rentenversicherung

Eine Besonderheit bei der steuerlichen Anrechnung besteht für Beiträge, die oberhalb des jeweils geltenden Höchstbeitrages der gesetzlichen Rentenversicherung geleistet wurden, sofern sie 10 Jahre (nicht zwingend zusammenhängend) gezahlt sind. Wer diese Voraussetzungen erfüllt, kann beim Finanzamt eine Ertragsanteilsbesteuerung beantragen, so dass die Versorgungsleistungen, die sich aus dem entsprechenden Beitragsanteil über dem

Höchstbeitrag ergeben, bei einem Renteneintrittsalter mit 65 Jahren, auf einen zu versteuernden Anteil von 18 % (gegenüber den festgelegten mindestens 50 %) festgelegt werden. Aufgrund der Gründung des Versorgungswerkes zum 01. 01. 1992 ist der Kreis der angesprochenen Mitglieder zunächst relativ klein. Ob Sie zum begünstigten Personenkreis zählen bzw. durch Nachzahlung bis spätestens zum 31.12.2004 diesem Personenkreis zugerechnet werden können, erfahren Sie bei Ihrer zuständigen Sachbearbeiterin der Sächsischen Ärzteversorgung. Beachten Sie, dass für Nachzahlungen die Satzungsbestimmungen zur Persönlichen Beitragsgrenze und zur freiwilligen Mehrzahlung (§§ 21, 44 der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung) gelten.

3. Versteuerung von Kapitalleistungen (Einmalzahlungen)

Ein weiterer wichtiger Aspekt des neuen Gesetzes ist die Tatsache, dass ein Sonderausgabenabzug aus den oben genannten Beiträgen nur möglich wird, wenn die berufsständische Versorgungseinrichtung vergleichbare Leistungen wie die gesetzliche Rentenversicherung erbringt, also insbesondere keine „einmaligen Kapitalzahlungen“ erfolgen dürfen. Darauf hat die Sächsische Ärzteversorgung vorsorglich reagiert und in einer entsprechenden Satzungsänderung Einmalzahlungen wie Sterbegeld oder Abfindung bei Wiederverheiratung in zeitlich begrenzte, laufende Zahlungen mit Wirkung zum 01.01.2005 umgewandelt. Ein ausführlicher Abdruck der Satzungsänderungen erfolgt nach Genehmigung durch die Aufsichtsbehörden im Ärzteblatt Sachsen, rechtzeitig vor Inkrafttreten.

Die Mitarbeiter der Sächsischen Ärzteversorgung sichern durch umfangreiche Vorbereitungen eine gute und ausreichende Beratung ihrer Mitglieder zu den Auswirkungen des Alterseinkünftegesetzes auf Beiträge und Leistungen des Versorgungswerkes ab, was aber Aussagen über die konkrete Höhe der steuerlichen Belastung und die individuellen Abzugsmöglichkeiten nicht einschließen kann. Dazu ist eine Beratung, unter Einbeziehung aller steuerrelevanten Einkunftsarten, beim zuständigen Finanzamt oder dem Steuerberater/Lohnsteuerhilfverein unumgänglich.

Den Gesetzestext und weitere Informationen finden Sie unter:
www.bundesfinanzministerium.de



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/C042

Zwickau-Stadt

Facharzt für Innere Medizin*)

(Hausärztlicher Versorgungsbereich)

Reg.-Nr. 04/C043

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Reg.-Nr. 04/C044

Zwickauer Land

Facharzt für Augenheilkunde

Reg.-Nr. 04/C045

Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Innere Medizin/Pulmologie

(Fachärztlicher Versorgungsbereich)

Reg.-Nr. 04/C046

Mittweida

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 04/C047

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 24. 8. 2004 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789-406 oder 2789-403 zu richten.

Zwickau-Stadt

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Reg.-Nr. 04/C048

Freiberg

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 04/C049

Facharzt für Orthopädie

Reg.-Nr. 04/C050

■ Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Reg.-Nr. 04/C051

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 7. 9. 2004 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789-406 oder 2789-403 zu richten.

■ Bezirksstelle Dresden

Dresden-Stadt

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Reg.-Nr. 04/D041

2 Fachärzte für Innere Medizin in einer

Gemeinschaftspraxis (Fachärztliche

Versorgungsbereich) Reg.-Nr. 04/D047

(Facharzt für Innere Medizin) Reg.-Nr. 04/D048

(Facharzt für Innere Medizin/Pneumologie)

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Reg.-Nr. 04/D049 (in einer Gemeinschaftspraxis)

Hoyerswerda-Stadt/Kamenz

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie

Reg.-Nr. 04/D042

Löbau-Zittau

Facharzt für Chirurgie, Reg.-Nr. 04/D043

Meißen

2 Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin

(in einer Gemeinschaftspraxis)

Reg.-Nr. 04/D044, Reg.-Nr. 04/D045

Sächsische Schweiz

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 04/D046

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10. 9. 2004 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 8828-330 zu richten.

■ Bezirksstelle Leipzig

Leipzig-Stadt

Facharzt für Anästhesiologie, Reg.-Nr. 04/L029

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Reg.-Nr. 04/L030

Leipziger Land

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie

Reg.-Nr. 04/L031

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Reg.-Nr. 04/L032

Delitzsch

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 04/L033

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Reg.-Nr. 04/L034

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10. 9. 2004 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen,

Bezirksstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Telefon-Nr. 0341 2432-153 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 Chemnitz

Chemnitz-Stadt

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde/Allergologie; geplante Praxisabgabe: 2. Quartal 2005

Mittlerer Erzgebirgskreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

geplante Praxisabgabe: Ende 2004

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

geplante Praxisabgabe: 3. Quartal 2005

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 1164, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789406 oder 403.

■ Bezirksstelle Dresden

Dresden-Stadt

Facharzt für Innere Medizin*) (Hausärztlicher

Versorgungsbereich) PLZ-Bereich: 01307

geplante Praxisabgabe: ab sofort

Hoyerswerda-Stadt/Kamenz

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Praxisstandort zwischen Dresden und Kamenz

geplante Praxisabgabe: nach Vereinbarung

Bautzen

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

geplante Praxisabgabe: 2005

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: Mitte 2005

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. 0341 2432153.

KVS Landesgeschäftsstelle

H.-W. M. Breuer

Aktuelle Hypertonieprävalenz in der Oberlausitz

Malteser Krankenhaus St. Carolus
Abteilung Innere Medizin

JNC 7-, ESH/ESC- und Hochdruckligaempfehlungen 2003 zur Diagnostik und Therapie der Hypertonie

Zusammenfassung

2003 wurden von verschiedenen Hochdruckgesellschaften neue Richtlinien zur Diagnostik und Therapie der arteriellen Hypertonie publiziert. Leider sind die in diesen Empfehlungen verwandten Definitionen nicht kongruent. Unterschiede in den aktuellen Klassifikationen, auch wenn sie nur marginal sind, fördern sicherlich nicht eine unbedingt erforderliche Optimierung der bisherigen Therapie der Hypertonie.

Die Prävalenz der Hypertonie ist unter Berücksichtigung der aktuellen Definitionen extrem hoch. Dennoch darf die hohe Prävalenz, wie sie in mehreren Erhebungen auch in der Oberlausitz nachweisbar war, nicht zu einer Akzeptanz im Sinne von „häufig gleich normal“ und somit zu einem therapeutischen Nihilismus führen. In der Oberlausitz fand sich 1996 bis 2003 eine Zunahme der Anzahl therapierter Hypertoniker, die mit 34 Prozent der untersuchten Stichprobe größer war als im publizierten deutschen Durchschnitt. Der Erfolgs-

grad der Therapie ist jedoch mit 9 Prozent kontrollierten Hypertonikern extrem schlecht, wobei allerdings auch im europäischen Raum keine höhere Erfolgsquote vorlag (8 Prozent).

Die Bedeutung einer Kombinationstherapie bereits bei Therapieeinleitung wird erstmals von allen Fachgesellschaften herausgestellt. Ein grundsätzliches Problem ist, dass trotz der zahlreichen Therapiemöglichkeiten der arteriellen Hypertonie in der Regel zu hohe Werte toleriert werden und erfolgreiche Steigerungen oder Kombinationen zu selten ergriffen werden. Das Nichterreichen der Zielwerte sollte eine auf Einzelfälle beschränkte Ausnahme bleiben und nicht der Regelfall.

Schlüsselwörter: JNC-7-Report, ESH/ESC-Guidelines, Hypertonieprävalenz

Das Joint National Committee, ein Zusammenschluss von 39 wissenschaftlichen Gesellschaften und 7 Regierungsbehörden in den USA publizierte im Mai 2003 zum 7. Mal Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie der Hypertonie (1, 4). Etwa zeitgleich, jedoch in zahlreichen Nuancen keinesfalls identisch, erschienen die Empfehlungen zur Behandlung der arteriellen Hypertonie der Europäischen Hochdruckgesellschaft und der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (3). Im November 2003 wurden dann die neuen Empfehlungen der Deutschen Hochdruckliga in das Internet eingestellt (2). Während vor einigen Jahrzehnten noch die Behandlung der malignen Hypertonie und des

Schlaganfalls im Vordergrund der Hochdrucktherapie standen und Studien primär auf den diastolischen Blutdruck fokussierten, liegen die aktuellen Schwerpunkte der Empfehlungen mehr in der Prävention. Neben der Bedeutung des diastolischen Blutdrucks wurde in den neueren Empfehlungen dem systolischen Blutdruck die gleiche bzw. eine höhere (2) Relevanz für die Pathogenese kardiovaskulärer Erkrankungen zugeordnet. Als Parameter mit besonderer Relevanz für das kardiovaskuläre Risiko von Patienten ab dem 55. Lebensjahr wird die Blutdruckamplitude („Pulse Pressure“, 3) diskutiert.

Die amerikanischen Empfehlungen des JNC 7 Reports vereinfachten verglichen mit frühe-

ren Darstellungen die Klassifizierung der unterschiedlichen Blutdruckwerte, wohingegen die Europäischen Empfehlungen und die Deutsche Hochdruckliga eine wesentlich differenziertere Einteilung favorisieren (Tab. 1). Im JNC 7 Report wurden die Begriffe „hochnormal“, „normal“, „noch-normal“ und „Borderline“ zugunsten der Kategorie „Prähypertonie“ verlassen. Die Prähypertonie erstreckt sich von 120 bis 139 mmHg systolisch und von 80 bis 89 mmHg diastolisch. Nach Ansicht der Autoren des JNC 7 Reports waren die Begriffe „hochnormal“ und „Borderline“ zu wenig hinweisend auf die negativen kardiovaskulären Auswirkungen des Blutdrucks in dem jetzt als Prähypertonie bezeichneten Bereich. Ebenfalls wurden die Hochdruckstadien 2 und 3 als Stadium 2 zusammengefasst, da die Behandlung prinzipiell die gleiche ist. Die Behandlung in der Phase der Prähypertonie entspricht primär den Prinzipien der „therapeutischen Lebensstiländerungen – TLC“ (reduzierte Aufnahme gesättigter Fettsäuren und Cholesterin, diätetische Maßnahmen zur Cholesterinsenkung (pflanzliche Stanole, Sterole, Ballaststoffe), Gewichtsreduktion, regelmäßige erhöhte physische Aktivität, 5). Hinsichtlich der erforderlichen medikamentösen Therapie bei Blutdruckwerten ≥ 140 oder ≥ 90 mmHg stellen alle Fachgesellschaften erstmals die Bedeutung der initialen Therapie mit Fixkombinationen (zum Beispiel Diuretikum + Betablocker, Diuretikum + ACE-Hemmer, Diuretikum + AT1-Rezeptorantagonist) heraus. In den amerikanischen Empfehlungen wird zudem betont, dass in den

Tab. 1: Vergleich der aktuellen JNC7-, ESH/ESC- und Deutschen Hochdruckliga-Blutdruckklassifikationen. Angaben in mmHg. (Hyp.: Hypertonie, ISH: isolierte systolische Hypertonie)

Klassifikation	JNC 7	ESH/ESC	D. Hochdruckliga
optimal		<120 und < 80	< 120 < 80
normal	<120 und <80	120-129 und 80 – 84	< 130 < 85
„noch“-normal			130 – 139 85 – 89
hoch normal		130 – 139 und 85 – 89	
Prähypertonie	120 – 139 oder 80 – 89		
Grad 1 Hyp.	140 – 159 oder 90 – 99	„mild“ 140 – 159 oder 90 – 99	„leicht“ 140 – 159 oder 90 – 99
Grad 2 Hyp.	≥ 160 oder ≥ 100	„mäßig“ 160 – 179 oder 100-109	„mittelschwer“ 160 – 179 oder 100 – 109
Grad 3 Hyp.		„schwer“ ≥ 180 oder ≥ 110	„schwer“ >180 oder >110
ISH		≥ 140 und <90	>140 <90

Fällen, wo der initiale Blutdruck mehr als 20 bzw. 10 mmHg oberhalb des Zielwertes liegt die Behandlung mit 2 unterschiedlichen Therapieprinzipien oder Fixkombinationen erwogen werden sollte.

In den USA haben die intensiv unter Einsatz wissenschaftlicher als auch Laienmedien verbreiteten Hochdruckempfehlungen zu einer deutlichen, jedoch keinesfalls ausreichenden Optimierung der Hypertonitherapie geführt. Im Zeitraum von 1976 bis 1980 waren nur 10 Prozent der Hypertoniker kontrolliert (<140 mmHg systolisch und <90 mmHg diastolisch), im Zeitraum von 1999 bis 2000 34 Prozent (1). Eine Übersicht zur Hypertonieprävalenz in 6 europäischen Ländern, Kanada und den USA

zeigt, dass sich die höchsten systolischen und diastolischen Blutdruckwerte bei der 35- bis 74-jährigen deutschen Bevölkerung fanden (6). Kanada und die USA lagen, auch verglichen mit den anderen europäischen Staaten, deutlich günstiger. In den USA erhielten 52,5 Prozent der Hypertoniker eine medikamentöse Therapie; in Kanada 36,3 % und in Deutschland 26 Prozent. Führend in Europa war bezüglich der Verordnung von Antihypertensiva Italien (32 Prozent). Die Hypertonieprävalenz betrug in den USA 27,8 Prozent, in Europa 44,2 Prozent und in Deutschland 55,3 Prozent. Zwischen 5 und 9 Prozent, im Mittel 8 Prozent, der Hypertoniker in den europäischen Ländern waren ausreichend entsprechend den Zielwerten behandelt.

Blutdruckscreening in der Oberlausitz

Seit 1996 führe ich in 1- bis 2-jährlichem Abstand in Görlitz (Oberlausitz) ein Blutdruckscreening in der Bevölkerung (Stadtfeite, Tage der offenen Tür) durch. Die letzte Screeninguntersuchung erfolgte im August 2003. An zwei aufeinanderfolgenden Tagen wurden die Besucher des St. Carolus-Krankenhauses (Krankenhaus der Regelversorgung) und das medizinische Personal gebeten, an der Blutdruckmessaktion teilzunehmen. Die Blutdruckmessung erfolgte durch eine Krankenschwester und einen Krankenpfleger mit dem Dinamap-Verfahren (Dinamap XL Vital Datenmonitor). Vor jeder Messung saßen die Teilnehmer an der Messaktion zirka 5 min und wurden während dieser Zeit zu demographischen Faktoren und zum Blutdruck durch einen Arzt befragt. Mit einer 13 bzw. 15 cm breiten Blutdruckmanschette (> 32 cm Armumfang; 15 cm) erfolgte die Messung an beiden Armen, wobei nach jeder 10. Messung die Messgeräte für den linken und rechten Arm getauscht wurden und nach jeder 5. Messung ein Wechsel des Messbeginns zwischen linkem und rechtem Arm erfolgte, um nach Möglichkeit systematische Fehler auszuschließen. Die erfassten Daten wurden direkt in eine Excel-tabelle übertragen. Zur Klassifikation der Blutdruckwerte wurden die Empfehlungen des JNC 7 Reports verwandt.

282 Personen wurden untersucht, 173 Frauen und 109 Männer. 257 waren aufgrund ihrer Angaben Rechtshänder und 25 Linkshänder. Die wesentlichen Messdaten bezogen auf das Gesamtkollektiv und differenziert nach Geschlechtern sind in Tabelle 2 aufgeführt.

Sofern zufällig ausschließlich der Arm mit den niedrigsten Messwerten bei der Analyse berücksichtigt worden wäre, wäre in 15% der Fälle eine Hypertonie übersehen worden, bei einer vergleichbaren Analyse 2001 wären es 18 Prozent gewesen. Es lag kein Zusammenhang zur Rechts- oder Linkshändigkeit vor. Der hohe Prozentsatz einer potentiellen Fehleinschätzung des Blutdrucks unterstreicht die kaum praktizierte Forderung der Fachgesellschaften bei der erstmaligen Blutdruckmessung die Messung grundsätzlich an beiden Armen durchzuführen (2, 3). Neben dieser propädeutischen Forderung zeigen die eigenen Daten in hoher Übereinstimmung mit anderen Erhebungen (Tab. 3) die inakzeptable Prävalenz der Hypertonie in Deutschland

Tab.2: Prävalenz der Hypertonie in der Oberlausitz 2003.

	alle (n=282)	Männer (n=173)	Frauen (n=109)
Alter (Jahre)	49 ± 17	50 ± 17	48 ± 17
Syst. Mittel re. Arm (mmHg)	139 ± 20	141 ± 17	138 ± 21
Syst. Mittel li. Arm (mmHg)	140 ± 20	143 ± 16	138 ± 23
Diast. Mittel re. Arm (mmHg)	80 ± 12	82 ± 11	79 ± 12
Diast. Mittel li. Arm (mmHg)	80 ± 12	83 ± 11	79 ± 12
% Hypertonie	62	72	56
% Prähypertonie	34	30	36
% Prähypertonie bei <140/90 mmHg	79	97	72
% Hypertonie unbekannt	55	59	52
% Therapierte	34	29	38
% Ausreichend Therapierte	25	17	30
% Kontrollierte Hyp.	9	5	11

% **Hypertonie**: Untersuchte mit Werten ≥ 140 oder ≥ 90 mmHg oder erfolgte Therapie mit Antihypertensiva (6) bezogen auf die jeweilige Gesamtzahl der Untersuchten

% **Prähypertonie**: Untersuchte mit Werten 120 – 139 oder 80 – 89 mmHg bezogen auf die jeweilige Gesamtzahl der Untersuchten

% **Prähypertonie bei <140/90 mmHg**: Anteil der Prähypertoniker (120 – 139 oder 80 – 89 mmHg) am „Nicht-Hypertoniekollektiv“

% **Hypertonie unbekannt**: neu entdeckte Hypertoniker (≥ 140 oder ≥ 90 mmHg) bezogen auf die Gesamtzahl der Hypertoniker (≥ 140 oder ≥ 90 mmHg oder erfolgte Therapie mit Antihypertensiva)

% **Therapierte**: Untersuchte mit antihypertensiver Therapie bezogen auf die Gesamtzahl der Hypertoniker (≥ 140 oder ≥ 90 mmHg oder erfolgte Therapie mit Antihypertensiva)

% **Ausreichend Therapierte**: Therapierte mit Werten <140/90 mmHg bezogen auf die Gesamtzahl der Untersuchten mit antihypertensiver Therapie

Kontrollierte Hypertonie: Anzahl ausreichend Therapierter (<140/90 mmHg) bezogen auf die Gesamtzahl der Hypertoniker (≥ 140 oder ≥ 90 mmHg oder erfolgte Therapie mit Antihypertensiva); (6)

Tab. 3: Prävalenz und Therapiehäufigkeit der arteriellen Hypertonie in der Oberlausitz im Vergleich zu deutschen Daten 1997-1999 (6)

Jahr	Prävalenz (%)	Therapie(%)
1996	55	18
1997	60	21
1998	66	
2001	52	
2003	62	34
Deutschland	55	26

verbunden mit einer nicht ausreichenden und ineffektiven Therapie. Der pragmatische Ansatz der JNC 7 Empfehlungen zur Klassifikation und die erstmalig ausgesprochene Option eine Therapie direkt mit Fixkombinationen zu beginnen stellen m.E. den richtigen Weg

zu einem besseren Umgang mit der Hypertonie dar. Das Bewusstsein für die prognostische Relevanz auch gering erhöhter Werte und der potenzierende Effekt verschiedenster interagierender Risikofaktoren im metabolischen Syndrom („Insulin Resistenz-Syndrom“) muss bei vielen Ärzten geweckt werden. Epidemiologische Untersuchungen erbrachten keinen Hinweis auf die Existenz einer Blutdruckgrenze, oberhalb der das Komplikationsrisiko sprunghaft ansteigt. Die Angabe von Grenzwerten ist deshalb im engeren Sinne arbiträr (2), entscheidend für das individuelle Risiko ist gesamte Risikoprofil. Nur ein bzgl. der kardiovaskulären Problematik des Risikofaktors Hypertonie informierter und überzeugter Arzt kann ein überzeugender Therapeut sein. Die aktuelle Datenlage zur Hochdruckprävalenz ist alarmierend und die zukünftigen Auswirkungen werden unser

Gesundheitssystem mehr belasten als eine gezielte nicht medikamentöse Intervention im Stadium der Prähypertonie oder die in der Regel „einfache“ medikamentöse Therapie im frühen Stadium der Hypertonie. Auch wenn die Prävalenz der Hypertonie mittlerweile höher ist als die Prävalenz normaler Druckwerte darf dies nicht zur tolerierten nihilistischen Akzeptanz dieser Volkskrankheit führen. Auch was häufig ist, muss nicht „normal und akzeptabel“ sein.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. med. habil. H.-W. M. Breuer
Abt. für Innere Medizin
Malteser Krankenhaus St. Carolus
Carolusstr. 212, 02827 Görlitz
Tel.: 03581 721002, Fax: 03581 721003
E-Mail: breuer@carolus-goerlitz.de

Buchbesprechung

C. Raulin, B. Greve (unter Mitarbeit von S. Hammes, G. Kautz, K. König, S. Raulin, K. Rick, M. P. Schönemark): Laser und IPL-Technologie in der Dermatologie und Ästhetischen Medizin. 2. Auflage. Schattauer GmbH, Stuttgart 2003. Hardcover, 194 Seiten. Mit 318 farbigen Abbildungen, Tabellen, Sachverzeichnis. ISBN: 3-7945-2236-2. Ladenpreis 109,00 EUR

Der Laser gehört gewiss zu den prestigeträchtigen Technologien der Klinik oder Praxis. Nun, diese Behauptung gilt auf Dauer jedoch nur dann, wenn hinter dem Gerät ein kluger Kopf steht, der sein Fach versteht. Hier liegt mit dem Raulin/ Greve ein sehr schönes Buch zum Thema Laser und IPL-Technologie in Dermatologie und Ästhetischer Medizin vor, das Fachkenntnisse auf hohem Niveau ver-

mittelt und neue Entwicklungen mit kritischer Distanz bewertet. Die naturwissenschaftlichen Laser-Basics werden in bewährter Weise von Karsten König vorgestellt. Eine umfangreiche Auflistung der am Markt verfügbaren Lasertypen und IPL-Gerätetypen bringt Übersicht in die Vielfalt technischer Entwicklungen.

Ein umfangreicher, sehr schön bebildeter Teil beschäftigt sich mit den Indikationen einer Laser- oder IPL-Therapie, den Wirkungen und Nebenwirkungen. Hier werden unter anderem Pigmentveränderungen, Narben, vaskuläre Veränderungen, benigne und präkanzeröse Erkrankungen sowie maligne Tumore behandelt. Für den Laser- oder IPL-Ästhetiker finden sich praxisrelevante Hinweise auf Resurfacing und Subsurfacing bzw. die Photoepilation.

In einem letzten Abschnitt werden „Besondere Aspekte“ angesprochen, wie Kühlverfahren, Behandlungsfehler und deren Vermeidung, ethische und rechtliche Aspekte sowie die erforderlichen Sicherheitsbestimmungen. Das Buch hinterlässt insgesamt einen frischen Eindruck. Der Text ist sehr gut lesbar, die Schlussfolgerungen sind solide und verlässlich. In den, den einzelnen Kapiteln zugeordneten Literaturangaben, sind aktuelle Arbeiten aus 2003 enthalten. Für den Suchenden ist ein hilfreiches Sachverzeichnis beigefügt. Mit einem Preis von 109,00 EUR wird hier viel Klasse geboten. Prädikat „empfehlenswert“ für Einsteiger und Erfahrene auf dem Gebiet der Laser- und IPL-Therapie.

U. Wollina, Dresden

Pflichten des ärztlichen Standes

„Alle Pflichten des ärztlichen Standes sind moralischer Art. Jeder Versuch, dieselben durch Strafandrohung und Polizeigewalt, auf juristischem oder disziplinarischem Wege, durch Maßregelung oder Subordinierung des ärztlichen Standes zu erzwingen, muss fehlschlagen oder das Gegenteil bewirken.“

Nein, meine Damen und Herren, was Sie soeben hörten, ist kein Zitat aus einer der vielen aufgeregten Diskussionsrunden über die Folgen der Gesundheitsreform, wie sie derzeit im Übermaße geführt werden.

Und die weisen Worte stammen auch nicht aus unserer Zeit, geschweige denn von mir. Ein gewisser Dresdner Medizinprofessor mit Namen Hermann Eberhard Friedrich Richter, der Zeit seines Lebens vehement für die „Freiheit von beamtlicher Einmischung“ kämpfte, beklagte bereits 1873 das enge staatliche Korsett, in das die Ärzte eingezwängt würden.

Dass Richters Anliegen heute aktueller denn je sind, muss uns zum einen sehr nachdenklich stimmen.

Zum anderen macht es mich persönlich sehr stolz – und das darf ich auch im Namen von Herrn Professor Keller und Herrn Professor Link sagen – heute mit der Medaille geehrt zu werden, die an den „Freiheitsverfechter“ der deutschen Ärzteschaft erinnert.

Wir danken dem Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer sehr herzlich für diese Auszeichnung.

Eine solche Ehrung verstehen wir gleichwohl nicht nur rückwärtsgewandt als Anerkennung der Vergangenheit, sondern auch zukunftsorientiert als Verpflichtung – als Verpflichtung, uns im Rahmen der Möglichkeiten für die Interessen unseres Berufsstandes einzusetzen und ein offenes Ohr für die Sorgen und Nöte zu haben.

Von letzteren gibt es im Augenblick leider sehr viele.

Machen wir uns nichts vor, meine Damen und Herren, die Einschränkung der beruflichen

Freiheit des Arztes, wie Richter sie bereits vor über 130 Jahren anprangerte, schreitet in der Tat immer weiter voran.

Wem Gott ein Amt gibt, dem gibt er auch Verstand, heißt es in der Bibel und man könnte der Meinung sein, dass die Schöpfungsgeschichte im Gesundheitswesen ein wenig durcheinander geraten ist.

Das ist ein Irrtum!

Was wir an nicht endendem Gezänk über längst fällige Reformen, an bürokratischen Schikanen und penetranter Bevormundung zurzeit erleben, ist nicht das Ergebnis politischer Unfähigkeit, sondern gerissener Polit-Strategen, von denen jeder sein eigenes Süppchen kocht.

Meine Damen und Herren – es reicht!

Wer an der Dähde sitzt, soll sich den Dähds machen, sagt der Sachse.

Altbundeskanzler Schmidt erklärte auf die Frage, was man tun könne, wenn die Politiker nicht zu Potte kommen: „Dann wählen Sie gefälligst bessere Politiker!“

Es ist Wahljahr und Richter-Reichhelm hat gesagt, wir mischen mit.

Wir sind näher am Volk, denn wir behandeln das Volk. Minister kommen und gehen, aber ein guter Arzt wird immer bestehen bleiben. Wir sind dem hippokratischen Eid ein Leben lang verpflichtet und nicht nur eine Legislaturperiode.

Lassen Sie mich in diesem Zusammenhang noch einmal die wichtige Stellung einer standespolitischen Interessenvertretung für den Berufsalltag der Ärzte hervorheben.

Der einzelne Arzt ist gegen staatliche Widrigkeiten machtlos. Nur tatkräftiger, gebündelter Widerstand hat Aussicht auf Erfolg.

Und genau hier liegt die Aufgabe der Standespolitik. Wir brauchen selbstbewusste und starke Körperschaften und so freue ich mich, dass ich hier ausdrücklich im Namen aller KV-Vorstandsmitglieder, die sich wieder zur Wahl stellen, sprechen kann.



Wir werden dafür sorgen, dass in Zukunft in Sachsen Kammer und Kassenärztliche Vereinigung an einem Strang ziehen.

Die äußeren Rahmenbedingungen definieren sich neu, wichtig ist, wie wir mit ihnen umgehen.

Gestalten wir die Zukunft mit neuen Ideen und voller Zuversicht!

Lassen Sie mich schließen mit einem Wort von Erich Kästner (Sohn der Stadt Dresden) – und ich gebe es heute an alle Politiker weiter: Niemand möge sich einbilden, dass wir den Kakao, durch den man uns zieht, auch noch trinken.

Im Bewusstsein gemeinsamer Aufgaben und Ziele und mit dem Wissen um einen starken Rückhalt im Berufsstand sehen wir – Herr Prof. Link, Herr Prof. Keller und ich – den vor uns liegenden Jahren doch mit einer gesunden Portion Optimismus entgegen.

Dr. med. Ulrike Schwäblein-Sprafke
Dankesrede aus Anlass der Verleihung der
Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille
auf dem 14. Sächsischen Ärztetag
am 25. Juni 2004

Prof. Dr. med. habil. Heinz Mättig zum 70. Geburtstag



Am 3. August 2004 beging Herr Prof. Dr. med. habil. Heinz Mättig seinen 70. Geburtstag, was Anlass sein soll, ihm zu gratulieren, aber auch sein berufliches Wirken als Arzt zu würdigen.

1934 in Leubnitz bei Werdau geboren und aufgewachsen, begann er 1953 das Studium der Humanmedizin an der Universität Leipzig. Dort promovierte er 1959, nach abgelegtem Staatsexamen zum Thema: „Der heutige Stand der Anaesthesie in der Neurochirurgie“ zum „Dr. med.“

Nach Ableistung seiner Pflichtassistenten im Bezirkskrankenhaus Brandenburg/Havel und anschließender Tätigkeit als praktischer Arzt in Coswig, begann Dr. Heinz Mättig am 1. Mai 1962 seine Weiterbildung zum Facharzt für Chirurgie an der Chirurgischen Klinik des

ehemaligen Bezirkskrankenhauses St. Georg Leipzig, die mit 520 Betten und allen wichtigen Spezial-Abteilungen eine der größten in Gesamt-Deutschland war. Die Klinik wurde damals von Prof. Gerhard Rothe geleitet, der in Nachfolge von Ernst Heller und Franz Mörl die weltweit anerkannte wissenschaftliche und operative Tradition des Hauses mit hochgeschätzter fachlicher Kompetenz und beispielgebender humaner Gesinnung fortführte.

Dort erwarb Dr. Heinz Mättig 1966 die Anerkennung als Facharzt für Chirurgie und wurde 1972 zum Oberarzt ernannt.

Schon während der Facharztweiterbildung galt sein besonderes wissenschaftliches Interesse der Gastroenterochirurgie, mit den Schwerpunkten der Erkrankungen der Gallenblase, der Gallenwege und des Pankreas. Mit besonderer Intensität widmete er sich der per- und postoperativen Diagnostik der Gallenwege und der Papilla Vateri. Dies führte 1968 zur Entwicklung eines Gerätes zur per- und postoperativen Radiomanometrie und Debitmetrie, das nach Weiterentwicklung, 1984 als GALEX II patentiert, in die Produktion ging und damals einen beachtlichen Beitrag zur Qualitätssicherung in der Gallenwegschirurgie darstellte.

Dr. Mättig intensivierte seine wissenschaftliche Tätigkeit neben der täglichen Routinearbeit eines Chirurgen soweit, dass er 1976 mit der erfolgreich verteidigten Schrift „Klinisch-experimentelle Untersuchungen zur normalen und pathologischen Funktion der Papilla duodeni major Vateri“ die Habilitation erlangte.

Insgesamt stammen aus seiner Feder 46 Publikationen und reichlich 100 Vorträge. Die Ernennung zum Honorarprofessor für Chirurgie

an der Universität Leipzig erfolgte 1988; seine Berufung zum Professor erst nach dem politischen Umbruch 1995.

Inzwischen hatte Heinz Mättig 1979 die Leitung der Chirurgischen Abteilung des damaligen Kreiskrankenhauses Schkeuditz übernommen. Dabei führte er das gesamte Spektrum der Allgemein- und Gastroenterochirurgie am Kreiskrankenhaus ein, mit Betonung der Gallen- und Pankreaschirurgie, der Schilddrüsen- und Varizenchirurgie, wodurch sich das Krankenhaus Schkeuditz eine hohe Akzeptanz über die engere Region hinaus erwarb. 1992 wurde Prof. Dr. Mättig von den Chefarzten zum Leitenden Chefarzt gewählt.

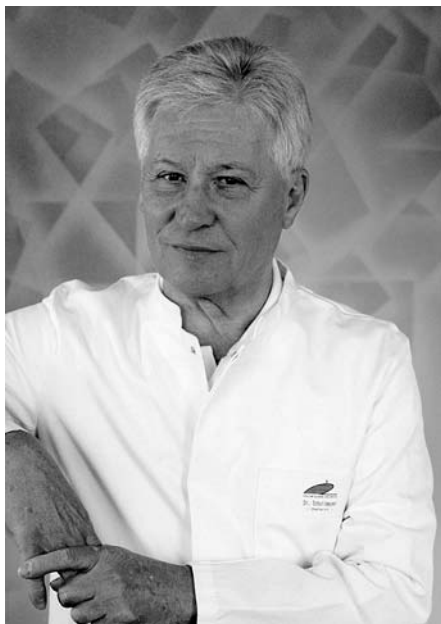
Seinem Engagement ist es wesentlich zu verdanken, dass das Krankenhaus „Bergmannswohl“ Schkeuditz trotz der Schwierigkeiten nach der Wende voll funktionsfähig in den HELIOS-Verbund integriert werden konnte, wobei er die ärztliche Leitung bis zu seinem Ausscheiden mit Vollendung des 66. Lebensjahres weiterführte.

1990 war Heinz Mättig Gründungsmitglied der Sächsischen Chirurgenvereinigung in Chemnitz. Seitdem ist er ihr Schriftführer und bekundet nicht nur damit sein waches Interesse an der Entwicklung unseres Fachgebietes.

Für das neue Lebensjahrzehnt wünschen wir Herrn Professor Dr. Mättig aber auch erlebnisreiche Reisen bei weiterhin stabiler Gesundheit sowie interessante Gespräche über Kunst und Kultur im Kreise seiner Freunde. Unsere besten Wünsche für die Zukunft begleiten ihn.

Dr. med. Bernd Metzger
Dr. med. Dieter Bildat

Dr. med. Manfred Schollmeyer zum 65. Geburtstag



Herr Manfred Schollmeyer wurde am 17. Juli 1939 in Mühlhausen geboren, wo er auch seine Kindheit und frühe Jugend verbrachte. An eine Berufsausbildung und das Abitur schloss sich ein praktisches Jahr an der Chirurgischen Klinik der Friedrich Schiller Universität Jena an, an der er anschließend von 1960 bis 1966 Humanmedizin studierte und 1969 promovierte. Schon frühzeitig hatte Herr Schollmeyer klare Vorstellungen von der Facharztwahl und der angestrebten Tätigkeit. Deshalb ist es nicht verwunderlich, dass er bereits kurze Zeit nach Abschluss der Facharztzubereitung für Gynäkologie und Geburtshilfe, die er von 1966 bis 1972 am Krankenhaus Pöbneck und an der UFK Jena absolvierte sowie nach 3-jähriger Oberarztstätigkeit am Pöbnecker Krankenhaus

die Leitung der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung des Kreiskrankenhauses Oschatz übernahm. Diese Position übt er im November dieses Jahres drei Jahrzehnte mit Leib und Seele aus.

Sein Verdienst war es, dass die gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Oschatzer Krankenhauses 1980 in einen Neubau, der räumlich vom alten, maroden Krankenhaus getrennt war, umzog und sich damit die Arbeitsbedingungen für das Personal und die medizinische Versorgung der Patienten entscheidend verbesserten. So wurde es möglich, seine zu dieser Zeit eher ungewöhnlichen Vorstellungen von einer familienorientierten Geburtshilfe, welche die Anwesenheit der Väter im Geburtensaal sowie das Rooming in System beinhaltet, umzusetzen und bis zum heutigen Tag zu praktizieren. Seine Tätigkeit an der Klinik war geprägt durch die ständige Orientierung an aktuellen Behandlungsrichtlinien, Offenheit für Weiterentwicklungen in unserem Fachgebiet sowie den Mut, Innovationen aufzugreifen und diese zum Wohle der Patienten umzusetzen. Er erkannte bereits Anfang der achtziger Jahre die Vorteile und Zukunftsträchtigkeit endoskopischer Operationsmethoden. Unter seiner Leitung wurden seit 1982 insgesamt ca. 7500 diagnostische und operative Laparoskopien durchgeführt und die Methode als eine Hauptbehandlungssäule gutartiger gynäkologischer Erkrankungen in Oschatz etabliert und ständig weiterentwickelt. Im Jahr 1994 folgte die Einführung der Hysteroskopie als fester Bestandteil in der Diagnostik und Therapie intrauteriner Erkrankungen. Über all die Jahre seiner Tätigkeit in Oschatz brachte Herr Schollmeyer stets kreative Vorschläge und Innovationen für seine Abteilung,

aber auch für das gesamte Krankenhaus ein. So beteiligte er sich unter anderem aktiv an der Planung und Gestaltung des 1998 eingeweihten Neubaus – der Collm Klinik Oschatz. Als Vorsitzender des „Vereins Oschatzer Frauenärzte e.V.“, der im Jahre 1993 auf seine Initiative gegründet wurde, hat Herr Schollmeyer bisher 25 Weiterbildungskurse, zu denen er stets namhafte Referenten gewinnen konnte, organisiert und geleitet.

Seine besondere Vorliebe gilt der Aufarbeitung historischer Hintergründe sowohl medizinischer Themen als auch regionaler Besonderheiten. Das spiegelt sich in drei kleinen Büchern wider, in denen er mit viel Akribie die historische Entwicklung des Kreiskrankenhauses Oschatz und der nachfolgenden Collm Klinik Oschatz sowie die der Endoskopie beschreibt („Georg Kelling und die sächsischen Wurzeln der Laparoskopie“).

Wir schätzen an ihm insbesondere die Fähigkeit, seine Kollegen für die gemeinsame Arbeit positiv zu motivieren, für die er sich mit unermüdlichem Fleiß, menschlicher Integrationsfähigkeit und viel diplomatischem Geschick einsetzt. Wir wünschen Herrn Manfred Schollmeyer persönlich für die noch bevorstehende Berufstätigkeit und dem sich anschließenden Ruhestand vor allem viel Gesundheit und Wohlergehen, Freude an seinen Hobbys und innere Zufriedenheit. Wir danken ihm für die täglich lebendige Zusammenarbeit.

Dr. med. Petra Meyer
Oberärztin der gynäkologisch-geburtshilflichen
Abteilung der Collm Klinik Oschatz

Im Namen seiner Mitarbeiter

Unsere Jubilare im September

Wir gratulieren

60 Jahre			75 Jahre		
01. 09.	Dr. med. Schaffrath, Joachim	01847 Lohmen	09. 09.	Dr. med. Grünert, Frank	08527 Straßberg
03. 09.	Prof. Dr. med. habil. Julius, Ulrich	01307 Dresden	09. 09.	Dr. med. Skrzypczak, Ingrid	04157 Leipzig
03. 09.	Dipl.-Med. Seipt, Frank	09603 Großschirma	13. 09.	Weiß, Ingo	02694 Großdubrau
04. 09.	Wetzel, Martin	08326 Sosa	14. 09.	Klatte, Christel	04157 Leipzig
07. 09.	Dr. med. Böhm, Reinhard	04289 Leipzig	14. 09.	Kokschal, Maria	04416 Markkleeberg
08. 09.	Dr. med. Fischer, Jörg-Uwe	09337 Hohenstein-Ernstthal	14. 09.	Dr. med. Weinhold, Gudrun	01324 Dresden
08. 09.	Dipl.-Med. Grüner, Burckhard	09661 Hainichen	15. 09.	Dr. med. Breitfeld, Allmut	09557 Flöha
08. 09.	Prof. Dr. med. habil. Meurer, Michael	01326 Dresden	15. 09.	Dr. med. Jährig, Dieter	02692 Obergurig
09. 09.	Dipl.-Med. Gerewitz, Bernd	04289 Leipzig	16. 09.	Prof. Dr. med. habil. Borkhardt, Hertha-Lore	01307 Dresden
11. 09.	Dr. med. Spichale, Gerd	02906 Niesky	19. 09.	Dr. med. Leupold, Bettina	01309 Dresden
12. 09.	Eilenberg, Monika	04808 Wurzen	21. 09.	Dr. med. Schnabel, Klaus	09127 Chemnitz
12. 09.	Dr. med. Pätzig, Hans-Peter	01731 Kreisch-Gombsen	22. 09.	Doz. Dr. med. habil. Goertchen, Roland	02827 Görlitz-Kunnertwitz
13. 09.	Dr. med. Stiehler, Rüdiger	01217 Dresden	22. 09.	Dr. med. Grohmann, Ingeborg	09111 Chemnitz
13. 09.	Dr. med. Themel, Joachim	08223 Falkenstein	23. 09.	Schwarz, Gertraud	08209 Auerbach
14. 09.	Horn, David	01239 Dresden	23. 09.	Dr. med. Wihs Gott, Eberhardt	01139 Dresden
14. 09.	Mende, Manfred	09623 Reichenberg-Bienenmühle	24. 09.	Thieme, Gottfried	02799 Waltersdorf
14. 09.	Dipl.-Med. Staudinger, Erika	01156 Dresden	25. 09.	Dr. med. Thomsen, Holger	01324 Dresden
15. 09.	Dr. med. Jänichen, Egbert	01744 Malter	25. 09.	Zetsche, Elge	04571 Rötha
17. 09.	Dr. med. Göttlich, Klaus	04299 Leipzig	27. 09.	Dr. med. Grigorow, Ingeborg	08318 Hundshübel
18. 09.	Dr. med. König, Detlef	09569 Oederan	28. 09.	Dr. med. Enderlein, Maja	04683 Naunhof
19. 09.	Dr. med. Richter, Marianne	01099 Dresden	29. 09.	Dr. med. Bochmann-Kutzner, Irma	09322 Penig
20. 09.	Kaps, Ulrike	01259 Dresden	30. 09.	Dr. med. Brode, Klaus	08107 Kirchberg
21. 09.	Dr. med. Junghans, Holger	08289 Schneeberg	30. 09.	Dr. med. Otremba, Arno	08412 Königswalde
21. 09.	Dr. med. Reichel, Margitta	02708 Löbau	70 Jahre		
23. 09.	Dr. med. Klenner, Hans	04420 Markranstädt	02. 09.	Dr. med. Engler, Erika	01067 Dresden
23. 09.	Thomas, Jürgen	08523 Plauen	02. 09.	Dr. med. Spann, Klaus-Jürgen	09600 Freiberg
24. 09.	Dr. med. Telle, Frank-Günther	04779 Wermsdorf	05. 09.	Dr. med. Müller, Wolfgang	04158 Leipzig
24. 09.	Thieme, Regine	01920 Steina	09. 09.	Dr. med. Straube, Erika	01239 Dresden
25. 09.	Dipl.-Med. Schütze, Karin	01257 Dresden	11. 09.	Dr. med. Kunz, Friedrich	09366 Stollberg
26. 09.	Dr. med. Adam, Rüdiger	02827 Görlitz	14. 09.	Dr. med. Geschke, Käte	09217 Burgstädt
27. 09.	Boehm, Margret	04317 Leipzig	14. 09.	Dr. med. Näke, Brigitte	01309 Dresden
29. 09.	Dr. med. Rürup, Bernd	09419 Thum	17. 09.	Dr. med. Rabold, Hans-Christian	04157 Leipzig
65 Jahre			17. 09.	Dr. med. Rohrwacher, Ingrid	04178 Leipzig
01. 09.	Dr. med. Kirschner, Hartmut	01454 Radeberg	19. 09.	Schlegel, Helga	09127 Chemnitz
02. 09.	Dr. med. Hammer, Lieselotte	04435 Schkeuditz	23. 09.	Dr. med. Kubisch, Lothar	09114 Chemnitz
04. 09.	Dr. med. Kluge, Norbert	02627 Radibor	24. 09.	Dr. med. Beyer, Peter	01844 Hohwald
04. 09.	Dr. med. Schöbl, Renate	01309 Dresden	24. 09.	Dr. med. Seckendorf, Brunhilde	09116 Chemnitz
05. 09.	Dr. med. Jelinek, Wilfried	01099 Dresden	26. 09.	Dr. med. Kirschner, Wolfgang	08315 Bernsbach
05. 09.	Dr. med. Maiwald, Dieter	01159 Dresden	26. 09.	Dr. med. Seidel, Rolf	08543 Jocketa
			29. 09.	Dr. med. Seidel, Isolde	08543 Jocketa
05. 09.	Dr. med. Dießner, Magdalena	01157 Dresden	05. 09.	Dr. med. Holzhausen, Günter	04821 Waldsteinberg
15. 09.	Prof. Dr. Dr. med. Seela, Wolfgang	01277 Dresden	15. 09.	Dr. med. Flemming, Gotthard	08280 Aue
16. 09.	Dr. med. Tützer, Anny	08451 Crimmitschau	28. 09.	Tuchscherer, Isolde	08280 Aue
29. 09.	Dr. med. Linke, Ursula	09127 Dresden	08. 09.	Dr. med. Stier, Irma	01833 Dürrröhrsdorf
04. 09.	Dr. med. Stier, Irma	01833 Dürrröhrsdorf	10. 09.	Grandin, Gisela	01326 Dresden
08. 09.	Dr. med. Simon, Eva-Maria	01825 Liebstadt-OT Döbra	26. 09.	Dr. med. Simon, Eva-Maria	01825 Liebstadt-OT Döbra
80 Jahre			81 Jahre		
04. 09.	Dr. med. Linke, Ursula	09127 Dresden	16. 09.	Dr. med. habil. Woratz, Günter	09456 Annaberg-Buchholz
08. 09.	Dr. med. Stier, Irma	01833 Dürrröhrsdorf	19. 09.	Dr. med. Aermes, Harry	04105 Leipzig
10. 09.	Grandin, Gisela	01326 Dresden	22. 09.	Dr. med. univ. Schmidt, Gert-Peter	01109 Dresden
26. 09.	Dr. med. Simon, Eva-Maria	01825 Liebstadt-OT Döbra	28. 09.	Prof. em. Dr. med. habil. Oeken, Friedrich-Wilhelm	04229 Leipzig
83 Jahre			84 Jahre		
05. 09.	Dr. med. Olbrich, Hildegund	02625 Bautzen	12. 09.	Dr. med. Zacharias, Horst	01187 Dresden
06. 09.	Dr. med. Spielmann, Volker	04316 Leipzig	85 Jahre		
20. 09.	Prof. Dr. med. habil. Lange, Ehrig	01067 Dresden	06. 09.	Dr. med. Fronius, Ingrid	01187 Dresden
84 Jahre			12. 09.	Dr. med. Hisek, Ludwig	01239 Dresden
12. 09.	Dr. med. Zacharias, Horst	01187 Dresden	19. 09.	Dr. med. Nicolai, Margarete	09599 Freiberg
85 Jahre			23. 09.	Dr. med. Woratz, Ursula	09456 Annaberg-Buchholz
06. 09.	Dr. med. Fronius, Ingrid	01187 Dresden	30. 09.	Prof. Dr. med. habil. Feudell, Peter	04179 Leipzig
12. 09.	Dr. med. Hisek, Ludwig	01239 Dresden	86 Jahre		
19. 09.	Dr. med. Nicolai, Margarete	09599 Freiberg	14. 09.	Dr. med. Bockelmann, Elfriede	04105 Leipzig
23. 09.	Dr. med. Woratz, Ursula	09456 Annaberg-Buchholz	87 Jahre		
30. 09.	Prof. Dr. med. habil. Feudell, Peter	04179 Leipzig	02. 09.	Dr. med. Hanzl, Werner	02763 Zittau
86 Jahre			15. 09.	Dr. med. Heintze, Hans-Georg	08606 Oelsnitz
14. 09.	Dr. med. Bockelmann, Elfriede	04105 Leipzig	89 Jahre		
87 Jahre			16. 09.	Dr. med. Meixner, Alfred	01816 Bad Gottleuba
02. 09.	Dr. med. Hanzl, Werner	02763 Zittau	95 Jahre		
15. 09.	Dr. med. Heintze, Hans-Georg	08606 Oelsnitz	14. 09.	Mitko, Regina	04435 Schkeuditz
89 Jahre			30. 09.	Dr. med. Pastor, Herbert	01737 Tharandt
16. 09.	Dr. med. Meixner, Alfred	01816 Bad Gottleuba			
95 Jahre					
14. 09.	Mitko, Regina	04435 Schkeuditz			
30. 09.	Dr. med. Pastor, Herbert	01737 Tharandt			

Seniorenflug der Kreisärztekammer Stadt Leipzig 2004



Alte Baderei in Rochlitz

Wieder einmal konnten insgesamt 228 Seniorinnen und Senioren der Kreisärztekammer Stadt Leipzig zum Teil mit ihren Partnern am 27. Mai und 3. Juni 2004 per Bus einen interessanten Ausflug in den Frühling erleben.

Die Ziele waren Wechselburg und die Stadt Rochlitz im mittelsächsischen Burgenland – am Fuße des 353 m hohen Rochlitzer Berges. Bei angenehmen Wetter zeigte sich die landschaftliche Schönheit des Muldentales in leuchtenden Farben des Frühlings.

Ein Benediktiner Mönch erzählte in der kleinen Gemeinde Wechselburg über das bekannte sakrale Bauwerk aus romanischer Zeit – die Stiftskirche – und berichtete von der wechselhaften Geschichte dieses Ortes. So erbte im Jahr 1156 Graf Dedo v. Groitzsch von seinem Vater Konrad v. Wettin das Rochlitzer Land. Er stiftete 1160 den Bau des Augustiner Chorherrenstiftes „Zschillen“ mit einer zur Familienbegräbnisstätte bestimmten Kirche – die bis heute erhaltene Pfeilerbasilica. Von 1278 bis 1543 ging das Stift in den Besitz des Deutschen Ritterordens über. Nach der Reformation und Aufhebung des Ordens wechselte es in die Hände der Familie v. Schönburg und trägt seitdem den Namen „Wechselburg“. Aus dem Kloster wurde ein Wohnschloss mit ausgedehntem Park – heute ein Krankenhaus für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Stiftskirche wurde 1683 ein protestantisches Gotteshaus. 1870 erfolgte die Umwandlung in eine katholische Schlosskirche, die 1948 in das Bistum Meißen übergang und seitdem eine Wallfahrtskirche ist. Baubestimmend sind Pfeiler und Bögen aus Rochlitzer Porphyrtuff. Faszinierend ist der sehr bekannte spätromantische Lettner (1230) mit seiner monumentalen Bilderwand ebenfalls aus Porphyrtuff – die biblische Geschichte skizzierend – und mit



Stiftskirche Wechselburg

der gewaltigen Triumphkreuzgruppe aus Eichenholz. Man findet hier auch die Grabsteinplatten des Stifterehepaares Dedo v. Groitzsch und seiner Ehefrau.

Seit 2000 wohnen in einem Seitenflügel des Schlosses 5 Benediktiner Mönche. Sie kamen aus der Abtei Ettal, um die seit der Reformation unterbrochene Tradition des Ordens fortzuführen. Angeschlossen ist ein Jugend- und Familienhaus mit 40 Übernachtungsmöglichkeiten für Personen, die Raum für Bildung und geistige Besinnung suchen.

Nur wenige Schritte weiter – außerhalb der Klostermauern – befindet sich die evangelische St. Otto Kirche – 1737 hervorgegangen aus einer wesentlich kleineren. Zu bewundern sind hier die wohlklingende Orgel, „Bauernbarock“ und Beichtstühle, die es nach Aussagen der Pfarrerin seit Luther auch in evangelischen Kirchen gibt.

Bemerkenswert ist – wohl bedingt durch die enge Nachbarschaft der beiden Kirchen – die Entstehung einer funktionstüchtigen Ökumene, die speziell von der Jugend der Umgebung angenommen wird. Zu besonderen Anlässen predigt der Prior in der evangelischen und die Pfarrerin in der katholischen Kirche. Eine Reisegruppe hatte das Glück, das heißt die Zeit, einen Blick in den weitflächigen Schlosspark mit den zum Teil 180 Jahre alten seltenen Bäumen, mit übergroßen Rhododendren und üppigen Wiesen – wo Gräser und Blumen noch wild wachsen dürfen – werfen zu können.

Nach all diesen Genüssen ging es auf den Rochlitzer Berg – den ehemaligen aktiven Vulkan – um im „Türmer Haus“ eine wohlschmeckende Mahlzeit einzunehmen. Danach konnte



Stiftskirche Wechselburg

der 1860 erbaute 28 m hohe Turm bestiegen werden. Es imponierten ein Fernblick bis zum Leipziger Land und natürlich die imposanten Steinbrüche des Rochlitzer Porphyrtuff („Sächsischer Marmor“).

Der Schlusspunkt des Bildungsprogrammes war ein Streifzug durch die Stadt Rochlitz. Auffallend ist der große langgestreckte Marktplatz. Die Petrikirche, ehemals Mittelpunkt der ältesten Siedlung und auch das Schloss – 995 erwähnt – seit 1143 sächsische Landesburg – jetzt Museum – konnten nur aus Entfernung gesehen werden. Der Spaziergang führte vorbei an der Schlossmühle, der Hängebrücke über die Mulde, dem ältesten Haus der Stadt – der Baderei (Barockgebäude von 1707) – bis zur spätgotischen Kunigundenkirche mit dem Hochaltar des Freiburger Bildschnitzers Philipp Koch (1513) und der 1681 entstandenen Dreiturmfront. Stolz erwähnte der Stadtführer den berühmtesten Sohn der Stadt – Johannes Mathesius (1504 bis 1565). Er studierte in Wittenberg und wohnte bei Luther. Seine Verdienste sind die Sammlung der Tischreden Luthers, eine Lutherbiographie und die Unterstützung der Reformation in Böhmen als Pfarrer in Joachimsthal. Erwähnung fand auch das Geburtshaus von Prof. Dr. Gelbke, der als „Kommunistendoktor“ in Leipzig arbeitete und uns noch als Direktor der Medizinischen Fakultät bekannt war.

Nach all diesen mit Liebe und Begeisterung vorgetragenen vielfältigen Informationen über unsere nähere Heimat und nicht zuletzt nach der körperlichen Bewegung mundeten Kaffee und Kuchen auf dem Rochlitzer Marktplatz. Ein anregender Ausflug in das wunderschöne Muldental hatte sein Ende gefunden. Froh gestimmt wurden die Busse gen Leipzig bestiegen.

Prof. Dr. Ingrid Raue, Leipzig

Professor Dr. Johannes von Mikulicz-Radecki Chirurg – Hochschullehrer – Wissenschaftler

Eine der wenigen nahezu unbeschädigt gebliebenen und nach 1945 weiter gepflegten Gedenkstätten aus der deutschen Besiedlungszeit in der schlesischen Hauptstadt Breslau ist das bereits im Jahre 1909 errichtete Relief für den berühmten Chirurgen Professor Dr. Johannes von Mikulicz-Radecki (1850 bis 1905), der an der Breslauer Chirurgischen Universitätsklinik als Direktor und Ordinarius von 1890 bis 1905 wirkte. Die Unversehrtheit des Denkmals ist der Tatsache geschuldet, dass man ihn als einen im Ausland tätigen Polen betrachtete, weil er einem verarmten litauisch-polnischen Adelsgeschlecht entstammte. Es soll hier nicht eine Polemik entfacht werden, welcher Nationalität er de jure angehörte, vielmehr auf seine Verdienste hingewiesen werden, die er sich im Breslau der vorigen Jahrhundertwende beim Aufbau der berühmt gewordenen Breslauer Kliniken an der Maxstraße/Tiergartenstraße (Marcinowskiego/Sklodowskiej Curie) im damals aufstrebenden Stadtteil Scheitnig (Szczytniki) erworben hat.

Wer war dieser herausragende Gelehrte, der trotz seines so kurzen Lebens Außergewöhnliches leistete?

Johannes von Mikulicz-Radecki wurde am 16. Mai 1850 in Czernowitz (Tschernowzy) in der Bukowina geboren, das zu jener Zeit wie Krakau und Lemberg zur Österreichischen Monarchie gehörte. Sein Vater, der sich als Geometer und Kameralbaumeister eine relativ sichere Existenz aufgebaut hatte, war durch seine berufliche Tätigkeit oft zu Reisen gezwungen und lernte dadurch weiterentwickelte Regionen kennen. Deshalb konnte er die damals besten Bildungsstätten für Johannes aussuchen, um alle seine erkennbaren Talente optimal fördern zu können. So besuchte er deutsche Gymnasien in seinem Geburtsort, in Prag, Wien, Klagenfurt und Hermannstadt und studierte in Wien Medizin unter anderem bei dem berühmten Prof. Billroth (1829 bis 1894), dessen Assistent er wurde. Seine weitere wissenschaftliche Entwicklung erhielt durch diesen außergewöhnlichen Gelehrten und Chirurgen eine nachhaltige Prägung. Er schrieb während dieser Zeit seine ersten wissenschaftlichen Beiträge und erfand das Instrument zur Besichtigung der Speiseröhre, das Ösophagoskop, wodurch später auch die Magenspiegelung ermöglicht wurde. Nachdem er mit 30 Jahren Privatdozent wurde, folgte er zwei Jahre später (1882) einem Ruf



Johannes Mikulicz in Breslau.

an die Universität Krakau, die ihm trotz sehr bescheidener materieller Voraussetzungen ein selbständiges wissenschaftliches Arbeiten eröffnete.

Eigentlich wollte man in Krakau keinen Österreicher, für den man Mikulicz-Radecki hielt, aber Billroth setzte seine Berufung durch. Mikulicz musste zügig seine polnischen Sprachkenntnisse vervollkommen, da an der Krakauer Universität Polnisch als Unterrichtssprache vorgeschrieben war. Seine größte Leistung in Krakau war die Erfindung eines neuen Operationsverfahrens zur subtotalen Resektion der Schilddrüsenwucherung (Kropf). Nach 5-jährigem erfolgreichem Wirken setzte er seine berufliche Vervollkommnung in Königsberg fort.

Schon nach drei Jahren erhielt er mehrere Angebote renommierter Kliniken, entschied sich aber 1890 für die gerade im Entstehen begriffenen Universitätskliniken in Breslau. Hier kam er mit hervorragenden Gelehrten seiner Zeit in Berührung, denn Breslau war für viele Medizinstudenten bereits ein Mekka geworden. Unter seiner maßgeblichen Einflussnahme entstand eine moderne chirurgische Klinik, die 1897 noch erweitert wurde und mit modernen Operationsräumen, Laboratorien, einer orthopädischen Abteilung sowie einer urologischen Ambulanz ausgestattet war.

Trotz vieler Widerstände setzte er die aseptische Wundversorgung durch, führte die sterilen Operationshandschuhe, den Mundschutz und die Mützen der Operateure ein. Auch die Jodtinktur fand in seiner Klinik erstmalig Anwendung.

Im letzten Jahrzehnt des 19. Jahrhunderts entwickelte sich unter der engagierten Leitung von Mikulicz eine „Chirurgenschmiede“, an der lernen zu dürfen sich jeder Student zur höchsten Ehre anrechnete. Aus ihr sind bedeutende Mediziner hervorgegangen wie Tietze, Henle, Gottstein, Sauerbruch, Anschütz, Kader und viele andere.

Sein eigentliches Spezialgebiet, auf dem er Außergewöhnliches leistete und auf dem er unerreicht blieb, war die Magendarm- und Abdominalchirurgie. Aus ganz Schlesien und dem ganzen Deutschen Reich, dem benachbarten Polen, aus nahezu allen europäischen Ländern kamen Patienten zu ihm, um durch seine großen Operationserfahrungen und modernen Operationstechniken Heilung zu finden, so dass deren Zahl heute nicht mehr feststellbar ist. Deshalb musste die Klinik erweitert werden und zog schließlich in die Gebäude an der Tiergartenstraße (ul. Sklodowskiej Curie) ein.

Mikulicz wohnte ganz in der Nähe, in der Auenstraße 32 (heute trägt diese Straße seinen Namen: 'ul. Mikulicza-Radeckiego') in einer von Bankier Heimann gemieteten und von einem herrlichen Garten umgebenen Villa, die zu einem Mittelpunkt des gesellschaftlichen Lebens in Breslau wurde. Seine Frau Henriette führte darin klug, umsichtig und gastfreundlich Regie, so dass Künstler und Wissenschaftler häufig zu den Gästen zählten, denn die regelmäßige Beschäftigung mit der Musik bedeutete für ihn schöpferische Entspannung und Kraftquell zugleich.

Aber zum Ausgleich seines intensiven und rastlosen Schaffens gehörte auch der Sport. Wandern, Bergsteigen und Jagen pflegte er in regelmäßigen Abständen ebenso wie das Tennisspiel oder das Skilaufen. In Polsnitz (Pelcznica) bei Freiburg (Swiebodzice) kaufte er sich am Eingang zum Fürstensteiner Grund ein Landhaus. In dieser Umgebung konnte er sich gemeinsam mit seiner Familie erholen und entspannen, hier vertiefte er seine ohnehin vorhandene innige Bindung zu Schlesien.

Obwohl er nur selten öffentliche Veranstaltungen besuchte, war Johannes von Mikulicz-Radecki eine stadtbekannt Persönlichkeit, die durch sein zwar energisches, aber gütiges Gesicht mit den leuchtend blauen Augen auffiel.

Er, der so vielen Menschen das Leben verlängerte, konnte sich selbst nicht helfen. Eine bösartige Krankheit, die er mit seiner ärztl-

chen Kunst bei anderen erfolgreich bekämpfte, besiegte ihn mit 55 Jahren, noch unverbraucht, voller Tatendrang und mit einem großen Wissen ausgestattet, das er aber nicht mehr weiterzugeben vermochte. Nie hat er wegen seiner Krankheit geklagt, obwohl er genau wusste, wie es um ihn stand.

Der begeisterte Wahlschlesier starb am 14. Juni 1905 und wurde auf dem Friedhof in Freiburg (Swiebodzice) beigesetzt.

Ungezählte Ehrungen wie die Erneuerung des Adelsprädikates 1899, Ehrendoktor der Universitäten von Edinburgh, Glasgow und Philadelphia, Verleihung höchster Orden und Ehrenmitgliedschaften in wissenschaftlichen Gesellschaften machten ihn nicht eitel oder gar selbstzufrieden.

Sein so früher Tod löste Bestürzung aber auch das Bedürfnis aus, dem großen Chirurgen, Wissenschaftler und Hochschullehrer, dem außergewöhnlichen Menschen Johannes von Mikulicz-Radecki ein ehrendes Denkmal zu setzen. Es ist eine antike Stele, Pallas Athene (Göttin der Weisheit) darstellend, die sich mit Hygieia (Göttin der Gesundheit) dem Abberufenen ehrend zuwendet. Dieses von Bildhauer A. Volkmann 1909 geschaffene Relief ist erhalten geblieben, aber mit einer in polnischer Sprache gehaltenen Schrifttafel versehen worden.

So wie sein Enkel, Dr. med. Klaus Kausch, schreibt, war diesem Pionier der Chirurgie seine Nationalität gleichgültig; entscheidend für ihn waren ideale Arbeits- und Forschungsbedingungen, die er vor allem in Breslau

fand, wo er Außergewöhnliches leistete und als einer der anerkanntesten Mediziner wirkte. Wenn unsere polnischen Nachbarn in zunehmendem Maße die Zeit deutscher Kulturgeschichte hinterfragen, so sollte auch das Relief am Haupteingang der Klinik den großen Gelehrten zumindest mit einem zweisprachigen Text würdigen, wie es an anderen Stellen schon in anerkennenswerter Weise verwirklicht wurde (Schillerdenkmal, Edith-Stein-Haus, Katharina-Staritz-Gedenktafel, Bonhoeffer-Denkmal und andere).

Dipl.-Päd. Günter Christmann
Göttingerstraße 21, 01855 Sebnitz

Der Verfasser dankt Herrn Dr. med. Klaus Kausch, einem Enkel des Gelehrten, für die Begutachtung dieses Beitrages sowie für ergänzende und berichtende Hinweise.

Der Ausschuss

Angeregt durch jahrelanges Mitarbeiten in Ausschüssen aller Art (von Studentenwohnheim, Kultur über Fakultätsgründungen hin zu ärztlichen Senioren), durch verwundertes Registrieren, was Ausschüsse so alles generieren können, wenn man (oder Minister/in) sie nur läßt, aktuell vor allem aber durch den neu formierten Ausschuss Junge Ärzte, angeregt also zur Reflexion über das „was tue ich hier“, erschien mir der Begriff „Ausschuss“ der Recherche wert.

Als erfahrene Medizinerin griff ich also zunächst zum „Psyhyrembel“ (256., leicht veraltete Ausgabe, dafür die mit der Loriotschen Steinlaus), wo jedoch zwischen 'Ausscheidungsuurographie', 'Ausschlag' und 'Außenrotation' eine schmerzliche Lücke klafft.

Nun bewährt es sich, wenn frau es nicht über sich bringt, Bücher der Rohstoffverwertung zuzuführen. In einem Original-„Zetkin/Schaldach“ von 1964 eine durchschlagende Deutung:

„Ausschuß:... Schußloch, aus dem das Projektil den Körper verläßt. Ohne sog. Schürfring..., aber im Gegensatz zum Einschuß mit Dehnungssaum“.

Hätten Sie's gewusst?

Angefeuert durch solche antiquarischen Erleuchtungen, werden die heimischen Nachschlagewerke durchforstet. Von 10 Bänden Meyer und dem Neuen Duden begrifflich glatt ignoriert, werde ich schließlich lexikalisch fündig im verstaubten „Kleinen politischen

Wörterbuch“ des Dietzverlages (das sich aus Mitleid und als Regalstabilisator noch in der Hausbibliothek befindet):

„Ausschuß:...Organ der Volksvertretung...“

Ha! Organ! Doch etwas für Mediziner! Flugs erneut den Psyhyrembel zu Rate gezogen:

„Organ (Organon – Werkzeug) – aus Zellen und Gewebe zusammengesetzte Teile des Körpers, die eine Einheit mit bestimmten Funktionen bilden.“

Die Zellen und Gewebe unseres Organ „Junge Ärzte“ gehören zu 4 Frauen und 4 Männern, die ganz unterschiedliche Bereiche medizinischer Berufsfelder vertreten: 2 in eigener Niederlassung, 3 Angestellte im Uniklinikum, 1 im Städtischen Klinikum, 1 im Kreiskrankenhaus, 1 in Behörde. Sehr verschiedene Funktionen einer Einheit – den jungen Ärzten, mit oft einheitlichen Erfahrungen und Problemen.

Apropos „jung“ – deutlich unter 30 ist auch bei uns die absolute Minorität. Immerhin unterschreiten wir aber das Durchschnittsalter der Kammerversammlung beträchtlich – insofern ist die Bezeichnung doch nicht falsch gewählt.

Um nun aber nicht dem medizinischen Tunnelblick zu verfallen, wird – dem interdisziplinären Ansatz folgend – fachfremde Kompetenz im eigenen Haushalt zu Rate gezogen, die die oben genannten ausschuss-erklärenden Begriffe um die Bezeichnung

„Abordnung“ ergänzt. Das heißt, Mitglieder eines Gremiums (zum Beispiel Parlament) werden aus diesem Gremium zur Lösung von bestimmten Aufgaben abgeordnet bzw. „ausgeschossen“.

Selbstverständlich wird auch das WeltWeite Netz bemüht. Bereits beim deutschsprachigen „Ausschuss“ finden sich 142 000 Eintragungen, woraufhin der Computer entnervt aufgibt und einen Systemabsturz provoziert.

Die Begriffsklärung ist also durchaus erhellend und birgt Anregungen für philosophische Überlegungen. (Von der einen „Ausschuss“-Definition, die uns vermutlich allen spontan einfällt, ganz zu schweigen.)

„Was tue ich hier?“

Eben doch am liebsten im medizinischen Sinne wirken – nämlich als Teil eines 'Organons', gelegentlich des Alfred-Döblin-Zitats eingedenk: „Das gefährlichste Organ des Menschen ist der Kopf“. Im Ausschuss arbeiten – und nicht selbigen produzieren. Zwar ohne Waffengewalt, aber hoffentlich mit einiger Durchschlagskraft operieren. Und für die Probleme, die sich auf türmen, Lösungen entwerfen und sie nicht – **in den Ausschuss verweisen.**

Katharina Schmidt-Göhrich
Mitglied des Ausschusses Junge Ärzte
uk.schmidt@t-online.de