

# Ärzteblatt Sachsen



## Inhalt 10/2004

<b>Berufspolitik</b>	Ethik und Monetik – unlösbarer Grundkonflikt? Der neue Arztausweis kommt im Herbst 2005 23. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern	460 464 465
<b>Gesundheitspolitik</b>	B. Gronemann, J. Tegeler 10 Jahre Sächsisches PsychKG – Erfahrung und Probleme bei öffentlich-rechtlichen Unterbringungen	469
<b>Verschiedenes</b>	Bundesverband Deutscher Schriftsteller-Ärzte e.V. Landesgruppe Sachsen	472
<b>Mitteilungen der Geschäftsstelle</b>	Sächsische Landesärztekammer sucht Ärztin/Arzt 31. Kammerversammlung am 13. November 2004 Konzerte und Ausstellungen Abschlussprüfung im Ausbildungsberuf „Arzthelferin/Arzthelfer“ Einladung zur Mitgliederversammlung der Kreisärztekammer Dresden 2004 mit Neuwahl des Vorstandes	472 473 473 474 474
<b>Mitteilungen der Sächsischen Ärzteversorgung</b>	11. Satzung zur Änderung der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung vom 02. November 1991	475
<b>Mitteilungen der KVS</b>	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	479
<b>Originalie</b>	S. Briest, M. K. Pawelka, St. Leinung, L.-Chr. Horn Die Sentinel-Lymphknoten-Biopsie beim Mammakarzinom Konzept und Management	480
<b>Tagungsberichte</b>	14. Sächsische Balint-Tagung Polnisch-Deutsch-Tschechische Konferenz	483 484
<b>Leserbrief</b>	Leserbrief von A. Einbock	485
<b>Personalia</b>	Dr. med. Eberhardt Whisgott zum 65. Geburtstag Unsere Jubilare im November	486 487
<b>Medizingeschichte</b>	Robert Schumann in seiner Leipziger Zeit	488
	Impressum	489
<b>Beilage</b>	Fortbildung in Sachsen – Dezember 2004 Telefonverzeichnis	

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

## Ethik und Monetik unlösbarer Grundkonflikt?

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Ärzteschaft steht scheinbar vor einem unlösbaren Konflikt zwischen ethischen Ansprüchen, moralischen Wertvorstellungen und ökonomischen Möglichkeiten.

Insbesondere die Erfahrung mit einem planwirtschaftlich geführten, zentralistischen Gesundheitswesens der ehemaligen DDR löst Ängste und Bedürfnisse aus.

Lassen sie uns an den Beginn der Ausführungen grundlegende Definitionen stellen:

1. Die Brockhaus-Enzyklopädie beschreibt den Begriff Ethik wie folgt: **Ethik** – die philosophische Wissenschaft vom Sittlichen. Als Hauptgegenstand ihrer Betrachtungen gelten meist die menschlichen Handlungen und besonders die Gesinnung, aus der diese hervorgehen oder die von ihnen erzeugten Wirkungen. Einige Richtungen der Ethik ergeben sich aus dem Versuch, die sittlichen Erscheinungen auf einen einheitlichen, an sich außersittlichen Wert zurückzuführen, etwa die Glückseligkeit, die Lust, den eigenen oder allgemeinen Nutzen.

2. Die Wikipedia-Bibliothek sagt: Die **medizinische** Ethik beschäftigt sich mit den sittlichen Normen, die für das Gesundheitswesen gelten. Als grundsätzliche Werte, die im Gesundheitswesen verwirklicht werden sollen, gelten das Wohlergehen des Menschen, das Verbot zu schaden („Primum non nocere“) und das Recht auf Selbstbestimmung der Patienten, allgemeiner das Prinzip der Menschenwürde.

3. **Medizinische Ökonomie** ist (Wikipedia-Bibliothek) eine empirische, interdisziplinäre Wissenschaft, die sich mit der Umverteilung von knappen Gesundheitsgütern beschäftigt. Schwerpunkt ist die möglichst optimale Nutzung und faire Verteilung dieser Güter. Dabei sollen Kosteneffizienz und Qualität in Einklang gebracht werden – eigene Anmerkung: Der schmale Grat zur Rationierung ist hierbei leicht überschritten.

Aus dieser Konstellation ergibt sich deutlich erkennbar eine Dreiecksbeziehung, welche, wie im „richtigen Leben“, mit allerlei Schwierigkeiten behaftet ist. Der Patient steht im Zentrum dieser Beziehung und wird als Spielball der Kontrahenten dieser Konstellation missbraucht.



*Dr. med. habil. Hans-Joachim Verlohren*

Fest steht, dass insbesondere die Ärzteschaft im Reigen der so genannten „Leistungsanbieter im Gesundheitswesen“ (Unwort), eine besondere Stellung einnimmt. Sie entscheidet ständig neu über das Wohlergehen des Patienten, ebenso wie über Kostenerfordernisse, jede Behandlung eines Patienten birgt in sich einen ethischen, wie auch einen ökonomischen Konflikt.

Zentrale Frage ist, wie wir – die Ärzteschaft – diesen gordischen Knoten lösen können.

Seit alters her und in allen Kulturkreisen kommt der Heilkunst eine besondere Wertschätzung zu. Nicht zuletzt der Tatsache geschuldet, dass trotz Verbrechen, welche durch eine Minderheit von Ärzten im Namen der Wissenschaft begangen worden sind (zum Beispiel Nationalsozialismus), sich die Mehrheit unseres Standes seinen ethischen Prinzipien treu verpflichtet hat und diese trotz aller gesellschaftspolitischen Änderungen nicht verließ.

Nun wird eine Diskussion angefacht, welche eine zwingende Entscheidung zwischen medizinischen Ansprüchen und gesundheitsökonomischen – verwechselt mir Sparzwängen – Erfordernissen impliziert. Wir sind der Meinung, dass eine Entscheidung für die eine und gegen die andere Seite obsolet ist, vielmehr bedarf es kluger Gedanken, den Konflikt der Dreierbeziehung immer wieder auf das Neue zu lösen. Es kann und darf nicht



*Erik Bodendieck*

sein, dass eine einschenklige Beziehung entsteht. Die Ausschließlichkeit der Ethik ist ebenso tödlich für das Gesellschaftssystem wie die Ausschließlichkeit der Ökonomie. Das will heißen, dass alles wissenschaftlich und pseudowissenschaftlich Mögliche für den Patienten zu tun, die ökonomischen Ressourcen eines Landes erschöpft, ebenso wie die alleinige ökonomische, fälschlicherweise oft mit Sparzwang verwechselte, Ausrichtung ethischen Prinzipien zuwiderläuft.

Lösen kann diesen Konflikt nur die Ärzteschaft, da sie Mittler zwischen den Wechselbeziehungen ist. Unabdingbar dazu ist ein gesellschaftlicher Grundkonsens der Werte notwendig. Es drängt sich derzeit der Eindruck eines Wertewandels auf, synonym hierfür sind die Diskussionen um Stammzellforschung, Sterbehilfe, Pflegenotstand, Gesundheitsindustrie, Genmanipulation, Glaubenskonflikte, Moraltheorien und vieles mehr.

Wie können wir diesem Anspruch gerecht werden?

Momentan macht die deutsche Ärzteschaft eher den Eindruck eines Kaninchens, welches gebannt auf die Schlange – Politik – schaut. Politische Vorgaben und Eingriffe, ja sogar Übergriffe auf Entscheidungen zwischen Patient und Arzt, gepaart mit ausufernder Bürokratie und einem Wahn zur Zentralisierung des Gesundheitswesens erschweren das tägliche Handeln. Eine sinnhafte Zur-Wehr-Setzung

ist in der breiten und inhomogenen Ärzteschaft nicht sichtbar. Grund dafür scheint uns das der Ärzteschaft innewohnende, schwer erschütterliche Vertrauen in ihr eigenes Handeln und ihre ethische Bestimmung zu sein. Das die Ärzteschaft aber ebenso, wie eine Partei in einem Wahlkampf, immer wieder das Vertrauen des Patienten und der Gesellschaft erarbeiten muss, steht außer Frage.

Es gilt also, wie immer wieder beschworen, von der Reaktion zu Aktion zu kommen.

Wie leicht veränderlich der Wille der Massen ist, hat nicht zuletzt der Ausgang der Wahl zum Sächsischen Landtag am 19. 9. 2004 gezeigt. Platte inhaltslose markante Parolen waren und sind ausreichend, große Teile der Bevölkerung zu mobilisieren, aber gerade die Inhalte und Konsequenzen unseres Handelns sind von entscheidender Bedeutung.

Während der Arzt-Patienten-Kontakte wird stündlich und täglich sichtbar, welche Angst der Bürger, der Patient um seine Zukunft empfindet und die Glaubwürdigkeit unseres Gesundheits- und Sozialsystems anzuzweifeln beginnt.

Die vorhandenen Schwierigkeiten, Lösungen im Konsens mit den gesundheitspolitischen Akteuren zu erreichen, sind unverkennbar. Maßgebliche Vertreter der deutschen Ärzteschaft und sachkundige Kreise haben ausreichend sichere Vorschläge mit großer Nachhaltigkeit unterbreitet. Selbst ernannte Expertokraten und Bürokraten erkennen allerdings zu Recht hierin die Bedrohung ihrer Existenz, setzen also massiven Widerstand umwälzenden Veränderungen entgegen.

Aber nicht zuletzt aus diesen Kreisen ist Widerstand zu bemerken, gleichsam ist auch der Mensch eher bestrebt in Gewohntem zu verharren, als neue Wege zu beschreiten – die Geschichte der Untergänge der meisten alten Kulturen mag hierzu als Beweis angeführt sein.

Nicht akzeptiert werden kann jedoch die politisch intendierte mangelnde Gesprächsbereitschaft und die unwissenschaftliche Einseitigkeit, die den politischen Entscheidungen zugrunde liegt. Die reduktionistische Verwendung des Begriffes „evidenzbasierte Medizin“ und die Orientierung der zu praktizierenden Medizin auf solch fragwürdiger Basis,

sind beredtes Zeugnis des fehlenden Austausches von Wissen.

Die Ärzteschaft selbst muss sich festlegen, welche Zukunft Ihrer Berufsausübung ihrem Grundinteresse entspricht – will sie weiterhin und wieder als freier Beruf nur dem Patienten und ihrem eigenen Gewissen verpflichtet sein, oder will sie sich „wieder“ in Abhängigkeit gleich welcher finanzkräftigen oder diktatorisch machtstrotzenden Strukturen begeben, denn dann werden die Mechanismen des lohnabhängigen Arbeitssklavens wirksam. Es ist illusorisch zu glauben, dass in Gesundheitszentren und anderen Konstrukten nach dem GMG (Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung) der freie Arzt frei entscheiden kann. Wir meinen, es ist eine teuflische Verführung, gerade junge, noch

illusionsbeladene Kolleginnen und Kollegen mit den Angeboten der Gesundheitszentren zu locken und zu unterstellen, dass hier ein den alten Werten verpflichteter Arzt handelt. Die Krankenhäuser moderner Prägung mit Profitoptimierungszwang sind beredtes Zeugnis für die Entmündigung des Arztes, nicht zuletzt auch als beispielhaft für Verwaltung planwirtschaftlicher Mangelwirtschaft zu nennen.

Somit muss die Frage gestellt werden, ob die Inhalte des GMG, sowie die das Gesetz begleitenden Stoßrichtungen der Umgestaltung der Finanzierung im Krankenhaus (DRG), aber auch die Umgestaltung im ambulanten Gesundheitswesen, zum Beispiel die Einführung der DMP als adäquate Methode zu be-

---

trachten sind, ein zukunftsweisendes Gesundheitswesen zu ermöglichen.

Die Stärkung von Wettbewerbsprinzipien in der Behandlung, auch einer steigenden Zahl chronisch kranker Menschen, und betriebswirtschaftlicher Zwänge, kann zum Kollaps der flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung führen. Wir meinen auch hierin liegt eine juristische Brisanz, denn höchstrichterlich wurde bereits in mehreren Urteilen die Gefährdung der Volksgesundheit über Persönlichkeitsrechte, nicht zuletzt des Arztes gestellt. Inwieweit integrative Lösungen dazu beitragen können, diesen Prozess zu verlangsamen oder gar aufzuhalten, hängt von der Gestaltung derselben ab. Es steht außer Frage, dass das in der Politik übliche Verständnis marktwirtschaftlicher Prinzipien, dem Grundprinzip „Primum non nocere“ zuwiderläuft. „Wer billig kauft, kauft zweimal“ – kann man aber Gesundheit mehrfach kaufen?

Vergleichsweise außer Kraft gesetzt sind marktwirtschaftliche Prinzipien, obwohl gerade dort unzweifelhaft anwendbar, bei dem Drang nach Zentralisierung und ihrem probaten Mittel der Bürokratie.

So werden allein für verwaltungstechnische Prozesse im DMP offiziell 85 € pro Patient kalkuliert, wobei sich nach Meinung der Techniker Krankenkasse die Summe auf mehr als das Doppelte belaufen wird. Wenn man für die gesetzliche Krankenversicherung eine Hochrechnung vornimmt, so bedeutet dies eine Summe von 1,5 bis 2 Mrd. € für die Entwicklung der vier DMP Programme Diabetes mellitus, Koronare Herzkrankheit, Asthma und Brustkrebs. Dabei ist noch kein Cent für die Behandlung des Patienten geflossen. Vergleichsweise gering sind die Kosten für den effizienten Diabetesvertrag in Sachsen gewesen, hier belief sich der Betrag allein für die Evaluierung auf 0,50 € währenddessen die Summe pro Patient im DMP mit 2,55 € angesetzt wird.

Ähnliche Verwerfungen ergeben sich in den Kostenanalysen der Krankenhäuser unter dem Druck der DRG, es werden Krankenhäuser mit breitem Versorgungsspektrum benachteiligt werden.

Nach Schätzungen der Techniker Krankenkasse kann man von Kostenerhöhungen von 6 bis 10 Prozent und mehr ausgehen, wenn man die Vergütung nach neuer Gesetzlichkeit im Vergleich zu den ehemals tagesgleichen

---

Pflegesätzen zugrunde legt. Dies ist Folge der Erhöhung der Fallzahlen bei Verkürzung der Verweildauer, wobei eine Bewertung der Morbidität erfolgt.

Eine Verknappung der Ressourcen steht außer Frage. Das Einnahmeproblem der Gesetzlichen Krankenversicherung überwiegt über dem Ausgabenproblem. Eine alleinige Verbreiterung der Einnahmeseite durch Erhöhung der Zuzahlung oder Pauschalversicherungsbeiträge oder Bürgerversicherung – der Kanon der Vorschläge ist groß – wird das Problem allein nicht lösen.

Intelligente tragfähige Lösungen stehen zwingend an, um nachhaltig die sozialen Sicherungssysteme auch sicher zu machen.

Die Rechte der Patienten sind durch die Gesundheits- und Sozialgesetzgebung, die auf den Artikeln 1 und 2 des Grundgesetzes basiert, ziemlich exakt festgelegt. Die Gesellschaft muss klar definieren, welche Forderungen an die Solidargemeinschaft zukünftig gestellt werden können und welche Kosten dafür zu tragen bereit sein wird.

Im Konsens muss die Ärzteschaft tragfähige Lösungen anbieten – auch bei nicht exakt definierter Verpflichtung des Arztes im Sozialgesetzbuch V – die sie in der Lage ist zu erbringen, nicht zuletzt muss immer wieder eine Gewichtung zwischen medizinisch Machbarem und medizinisch Sinnvollem erfolgen. Die Ärzteschaft muss bereit sein, neue Wege zu gehen, ohne dabei das Wechselspiel zwischen Ethik und Ökonomie aus den Augen zu verlieren. Dazu bedarf es unzweifelhaft dem Erhalt einigender, Einzelinteressen übergreifender Strukturen, auch wenn der einzelne Arzt, wie auch das einzelne Mitglied der Gesellschaft zuweilen das Gefühl verspürt, nicht ausreichend vertreten zu sein.

Leicht ist das Vertrauen der Gesellschaft verspielt oder wird zunichte gemacht (siehe sinkendes Ansehen der Pädagogen), und die Verführung ist groß zum eigenen Nutzen inadäquaten Vorschlägen oder inakzeptabler Rationierung nachzugeben.

Unser Handeln ist und bleibt, bei Strafe unseres Unterganges, den Grundprinzipien medizinischer Ethik unter Beachtung der medizinischen Ökonomie (siehe oben) unterworfen.

Erik Bodendieck  
Dr. med. habil. Hans-Joachim Verlohren



## Der neue Arztausweis kommt im Herbst 2005



Prof. Dr. Ingo Flenker, Vorsitzender des Ausschusses „Telematik“ der Bundesärztekammer

Der elektronische Arztausweis, mit dem eine Reihe von Kolleginnen und Kollegen in Sachsen bereits im Rahmen des Modellprojekts SaxTeleMed ihre – positiven – Erfahrungen gemacht haben, befindet sich auf gutem Wege. Ende Juni dieses Jahres hat der Vorstand der Bundesärztekammer den Beschluss gefasst, dass die Ärztekammern in Deutschland zukünftig gemeinsam als Herausgeber eines bundesweit einheitlichen elektronischen Arztausweises auftreten werden. Die Ausgabe soll im 2. Halbjahr 2005 und damit zeitgerecht vor Einführung der elektronischen Gesundheitskarte erfolgen.

Es ist ehrgeiziges Ziel der Bundesregierung, bis zum Jahr 2006 flächendeckend die elektronische Gesundheitskarte einzuführen mit deutlich erweiterten Möglichkeiten, als sie die heutige Krankenversichertenkarte bietet. Die gesetzliche Grundlage dafür wurde zu Jahresbeginn im GKV-Modernisierungsgesetz geschaffen. Eng verbunden ist damit auch die Einführung eines elektronischen Arztausweises, um dessen Spezifikation sich die Ärzteschaft ja schon seit vielen Jahren bemüht. Der in das GMG neu aufgenommene Paragraph 291 a Abs. 5 SGB V sieht vor, dass der Zugriff auf Gesundheitsdaten mittels der elektronischen Gesundheitskarte grundsätzlich nur in Verbindung mit einem elektronischen Heilberufsausweis möglich ist.

Diese so genannte „Health Professional Card“ (HPC) soll es Ärzten und Apothekern ermög-

lichen, sich in der modernen elektronischen Kommunikation zu identifizieren sowie sensible Daten sicher zu verschlüsseln und die elektronische Signatur anzuwenden. Nur mit einer Identifizierung über die HPC werden Patientendaten zugänglich sein und elektronische Patientenakten geführt und unterschrieben werden können. Dies ist elementare Voraussetzung einer elektronischen Kommunikation im Gesundheitswesen.

Während um die Spezifikationen der Gesundheitskarte für Patienten noch eifrig gestritten wird und die Bundesgesundheitsministerin um die fristgerechte Einführung fürchtet, haben Ärzte und Apotheker die HPC erfolgreich vorangetrieben: Die Karte ist technisch fertig. Ende Juni hat die Bundesärztekammer beschlossen, dass der neue Arztausweis gemeinsam von allen Landesärztekammern herausgegeben werden soll, die zentral von der Bundesärztekammer vertreten werden. Zur Koordination unserer Aktivitäten, der Abstimmung mit den einzelnen Kammern und zur Auswahl der technischen Partner ist bei der Bundesärztekammer ein Projektbüro eingerichtet worden. Unser Vorgehen beruht dabei auf einem umfangreichen Planungsgutachten und ich gehe davon aus, dass auch unsere Partner in der Industrie den anvisierten Zeitplan einhalten werden. Wir werden also, dessen bin ich mir sicher, die neue HPC ab Mitte 2005 tatsächlich ausgeben können. Die Karten werden dann zum 1. Januar 2006, wenn die Patientenkarte eingeführt werden soll, zumindest bei all jenen Kolleginnen und Kollegen sein, die sie dann notwendig für ihre Arbeit brauchen.

Wir haben ganz bewusst die Herausgabe des elektronischen Arztausweises in die eigenen Hände genommen. Ohne ein koordiniertes und zwischen allen Beteiligten abgestimmtes Vorgehen wird die flächendeckende Einführung und der praktikable Einsatz der HPC nicht möglich sein. Dabei wollen wir selbst entscheiden, wie ein Arztausweis auszusehen hat und welche Funktionen er erfüllt. Und wir wollen als Kammern alleine berechtigt bleiben, für unsere Mitglieder die Ausgabeinstanz für den Ausweis zu sein. In manchen Ländern wird dafür allerdings noch das Heilberufsgesetz entsprechend geändert werden müssen.

Nicht verschweigen darf man dabei, dass die Einführung der HPC zunächst sicherlich mit

einem finanziellen Mehraufwand verbunden sein wird, der auch von den einzelnen Ärztinnen und Ärzten zu tragen ist. Genaues kann man dazu zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht sagen, denn vielen hängt von den Ausschreibungen der technischen Dienstleistungen ab. Hier war uns wichtig, dass wir mit einem gemeinsamen Vorgehen günstigere Preise erreichen können. Dennoch: Zumindest für die Ausgabe des elektronischen Arztausweises wird demnächst – anders als beim jetzigen Papp-Ausweis – eine Gebühr erhoben werden müssen. Ich gehe aber davon aus, dass wenigstens die laufenden Kosten zum Beispiel für den Trust-Center-Betrieb von den Kostenträgern übernommen werden. Schließlich profitieren vor allem die Krankenkassen von den effizienteren Verwaltungsabläufen durch Patientenkarte und elektronischem Arztausweis. Genaues steht aber auch hier noch nicht fest.

Insbesondere für die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen, aber auch für die Krankenhäuser lässt sich absehen, dass die neue elektronische Kommunikation zu erheblichen Umstellungen bei den Arbeitsabläufen führen wird. Eine frühzeitige Information und eine gründliche Vorbereitung sind meiner Ansicht nach unerlässliche Voraussetzung für die breite Akzeptanz. Nur so viel lässt sich allerdings jetzt schon sagen: Krankenhaus- wie Praxis-EDV-Systeme müssen aufgerüstet werden. Wir sollten aber nichts übereilen, sondern abwarten, welche Anforderungen im Laufe des nächsten Jahres konkret an unsere IT-Infrastruktur gestellt werden. Die wichtigste Frage ist natürlich auch hier noch nicht geklärt: Wer kommt für die Investitionen – zum Beispiel neue Lesegeräte für Arztkarten und Patientenkarten – auf?

Mit diesen Forderungen werden wir natürlich auf die Politik und die Krankenkassen zugehen. Die Kostenträger sind in der Pflicht, den Kolleginnen und Kollegen alle ihnen entstehenden Kosten für die Telematik-Anwendung angemessen vergüten, da der Telematikeinsatz vor allem bei den Krankenkassen wesentliche Einsparungen erwarten lässt. Es bietet sich beispielsweise eine zusätzliche Vergütung für jedes elektronische Rezept an.

Technisch und strukturell hat die Ärzteschaft ihre Hausaufgaben zur Einführung des elektronischen Arztausweises und damit der elektronischen Gesundheitskarte für Patienten erledigt. Es wird nun wesentlich darauf ank-

men, die finanziellen Folgen dieses Projektes im Griff zu behalten und insbesondere die Belastung der Kolleginnen und Kollegen bei der Einführung so gering wie möglich zu gestalten.

Bei allen Unwägbarkeiten, vor denen wir zurzeit noch stehen: Mit der Einführung einer Health Professional Card wird eine ganz wesentliche Grundlage für den weiteren Ausbau telematischer Strukturen im Gesundheitswesen geschaffen. Diese Chance sollten wir

nutzen, bietet doch die Telematik eine ganz entscheidende Möglichkeit, die Kommunikation zwischen allen Beteiligten im Gesundheitswesen zu verbessern und damit auch einen Beitrag zu leisten für die Überwindung der sektoralen Grenzen. Telematik erlaubt den reibungslosen und zeitnahen Datentransfer über die verschiedenen Versorgungsbereiche hinweg, wie zum Beispiel eine Verbesserung der Übermittlung von Patientendaten bei Überweisung, Krankenhausaufnahmen und Krankenhausentlassungen. Telematik kann eine

ganz wesentliche Grundvoraussetzung für den Ausbau der integrierten Versorgung und die Bildung von Versorgungsketten sein. Solche positiven Erfahrungen haben auch die teilnehmenden Ärzte am Modellprojekt SaxTeleMed gemacht.

Prof. Dr. Ingo Flenker,  
Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe und  
Vorsitzender des Ausschusses „Telematik“  
der Bundesärztekammer  
Gartenstraße 210–214  
48147 Münster/Westfalen

## 23. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern

Dresden  
25. September 2004

Der Einladung des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer waren 23 Vorsitzende der Sächsischen Kreisärztekammern, der Vorstand, die Geschäftsführer der Sächsischen Landesärztekammer und Gäste gefolgt.

Die Sitzung der Kreisärztekammervorsitzenden war von einer Themenvielfalt geprägt, welche von der aktuellen Politik über die Berufsordnung bis hin zum elektronischen Arztausweis reichte.

### Gesundheitspolitik

Prof. Dr. Schulze erläuterte die aktuellen Entwicklungen und Erfahrungen nach dem Start der Gesundheitsreform. Spürbar sind die zurückgehenden Patientenzahlen in der Niederlassung. Gleichzeitig haben die Krankenkassen bis Juni 2004 2,42 Milliarden Euro Überschuss erzielt, ohne diesen an die Patienten in Form von Beitragsenkungen weiter zu geben. Die in der Gesundheitsreform vorgesehenen neuen Versorgungskonzepte kommen nur schleppend zur Umsetzung.

### Abbau der Bürokratie

Unter dem Stichwort Bürokratie machte der Präsident die Intention der Sächsischen Landesärztekammer sehr deutlich, den eingeleiteten Prozess des Bürokratieabbaus in der ärztlichen Versorgung weiter voran zu bringen. Dazu diente auch die Zuarbeit an das Sächsische Staatsministerium für Soziales (SMS) Anfang August. Diesem wurde eine umfangreiche Sammlung an Dokumenten und Kritikpunkten übergeben, welche zuvor von Ärzten nach Aufforderung der Selbstverwaltung zugearbeitet worden sind. In einer Auflistung von besonders aufwendigen Dokumentationsverfahren sind die DRG genauso zu finden wie die DMP. Weiterhin wurden einzelne Formulare benannt, welche offensichtlich in Umfang und Nutzen nicht sinnvoll erscheinen.

### Ärztemangel

Ein bestehender oder zu erwartender Ärztemangel wird von 80 Prozent der Kreisärztekammern signalisiert. Deshalb werden von der

Politik endlich Lösungskonzepte erwartet. Die Sächsische Landesärztekammer war in den letzten zwei Jahren an den drei Arbeitsgruppen des SMS beteiligt, welche Vorschläge erarbeiten sollten. Diese liegen seit geraumer Zeit auf dem Tisch, wurden aber nur im Ansatz umgesetzt. Zu nennen ist die Erhöhung der Weiterbildungsstellen Allgemeinmedizin auf 150 ab kommenden Jahr. Die Förderung übernehmen die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen (KVS) und die Krankenkassen. Weiterhin ist eine Neuregelung der Anstellung von Ärzten in der Niederlassung geplant. Kritisiert wurde von den Kreisärztekammervorsitzenden die Einführung einer „Buschzulage“ für Ärzte, die eine unbesetzte Niederlassung übernehmen. Eine ungleiche Vergütung nach Ost- und Westniveau innerhalb eines Planungsbezirkes wirkt 15 Jahre nach der politischen Wende in Sachsen als ein Affront gegen die Ärzte, welche ihr Leben lang die Patientenversorgung unter schwierigen Bedingungen sicher gestellt haben.

## Arbeitszeit im Krankenhaus

Eine EU-Kommission zur Überarbeitung der Arbeitszeitrichtlinie schlug vor kurzem eine Neuregelung des Bereitschaftsdienstes in Krankenhäusern vor. Geplant ist eine Teilung des Bereitschaftsdienstes in aktive und passive Phasen. Zur Arbeitszeit werden danach nur die aktiven Phasen gezählt und vergütet. Damit konterkariert sie ein Urteil des Europäischen Gerichtshofes von 2003, welches von Deutschland erstritten wurde. Die Verbesserung der Rahmenbedingungen für eine ärztliche stationäre Tätigkeit steht in Frage, wenn der Vorschlag umgesetzt wird. Negative Auswirkungen sind für die ärztliche Nachwuchsentwicklung zu erwarten.

## Aufgaben der Selbstverwaltung

Die Ärzteschaft muss auch in Zukunft definieren, was gute Medizin ist. Und in der Diskussion um die Reform der Krankenversicherung muss die Ärzteschaft das medizinisch Notwendige definieren, was durch die Versicherung abgedeckt werden soll.

Die Bundesärztekammer hat dazu zentrale Kriterien zur Finanzierung der Gesundheitsversorgung entwickelt. Diese sind:

- Freie Arztwahl und Therapiefreiheit,
- Chancengleichheit beim Zugang zur Heilbehandlung,
- Definitionskompetenz der Ärzte für Qualität und Professionalität der medizinischen Versorgung,
- Wettbewerbsgleichheit der niedergelassenen Ärzte und der Krankenhäuser.

An Hand dieser Kriterien wird deutlich, dass weder Bürgerversicherung noch Kopfpause dem gerecht werden. Dagegen kann eine Weiterentwicklung des bestehenden gegliederten Krankenversicherungssystems durch Lösungsansätze für die Probleme der Zukunft bieten.

## Diskussion

In der an das Referat sich anschließenden engagierten Diskussion wurde vor allem das Problem des Ärztemangels wiederholt angesprochen. PD Dr. habil. Peter Friedrich verwies auf sechs schließende Arztpraxen im Gebiet Torgau-Oschatz und die Schwierigkeit der verbliebenen Ärzte, eine Punktwert-erhöhung bei der KVS durchzusetzen. Negativ bewertet wurde von Herrn Dr. Gerhard Stollberg die Einführung des neuen EBM 2000+,



Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident

weil dieser für ältere Kollegen erhebliche Probleme in der Anwendung mit sich bringe und zu mehr Bürokratie führe. Ein Vergleich zwischen einem Krankenhaus und einer Autowerkstatt durch den kaufmännischen Vorstand des Leipziger Universitätsklinikums wurde von allen Kreisärztekammervorsitzenden als patientenfeindlich abgelehnt. Menschen dürfen nicht zu Nummern in Regalen verkommen. Die Abschaffung der „Arzt im Praktikum“ (AiP) ist nach Meinung der meisten Kreisärztekammervorsitzenden scheinbar mit wenig Problemen verbunden. Die Vergütung der Assistenzarztstellen ist durch die Krankenkassen rückwirkend gesichert. Der Sächsischen Landesärztekammer sind bisher keine konkreten Fälle von AiP bekannt geworden, die keinen Anschlussvertrag erhalten haben. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass bei etwaigen Problemfällen die KVS und die Krankenhausgesellschaft Sachsen als Ansprechpartner und Vermittler fungieren.

## Herausbildung neuer Formen der medizinischen Versorgung nach dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)

Dr. Stefan Windau, Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer, stellte in seinem Referat die Entwicklung und den aktuellen Stand der neuen Formen in der medizinischen Versorgung vor. Ausgehend von dem politischen Prozess auf der Ebene der Europäischen Union, das Gesundheitswesen stärker als Markt und damit als wirtschaftlichen Raum zu begreifen, sind die Zielstellungen der neuen Formen mehr Wettbewerb, weniger Regulierungen und stärkerer wirtschaftlicher Druck. Ein solcher Wettbewerbsdruck wird nun zu-



Dr. Stefan Windau, Vizepräsident

sätzlich durch die deutsche Politik erzeugt, indem sie neben den bestehenden Versorgungsstrukturen neue Vertrags- und Versorgungsmodelle ausdrücklich zulässt. Diese stellen einen Angriff auf die Freiberuflichkeit des Arztes dar und drängen ihn in die Ebene des Gewerbetreibenden.

## Medizinische Versorgungszentren

Die Bildung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) ist mittlerweile langsam in Gang gekommen. Das erste seiner Art ist in Schöneck im Vogtland an einer Klinik gebildet worden. In Rostock besteht ebenfalls ein großes Zentrum. Dieses gehört zu einem Großunternehmen, welches weitere Zentren in Deutschland gründen will. Dadurch entstehen mittelfristig „Versorgungsketten“ ähnlich wie bei Supermärkten. In Deutschland existieren heute 27 Versorgungszentren nach dem GMG, davon 19 allein in den alten Bundesländern. Der KVS liegen derzeit zehn konkrete Anträge und weitere zehn Anfragen für Sachsen vor.

Dass es in Ostdeutschland bisher so wenige MVZ gibt, ist dem Umstand geschuldet, dass viele Ärzte nicht in eine „Poliklinik“ wollen, weil sie diese Struktur kennen und nach der politischen Wende 1989 teilweise zwangsweise in die Niederlassung gedrängt wurden. Dennoch muss man immer wieder darauf hinweisen, dass die wirtschaftlichen und strukturellen Bedingungen für ein MVZ in Sachsen recht gut sind und es wichtig ist, dass Ärzte gegebenenfalls solche Zentren an geeigneten Standorten selbst bilden, damit nicht andere nichtärztliche Träger dem zuvor kommen.



### **Integrierte Versorgung**

Die integrierte Versorgung war schon immer ein Bestandteil der kollegialen Zusammenarbeit. Der Gesetzgeber macht dagegen nun auch sektorenübergreifende Verträge möglich, die an der Selbstverwaltung vorbei geschlossen werden können. Das Risiko der Budgetverantwortung ist nur ein ungeklärter Punkt. Nach den ersten Erkenntnissen geht es den Krankenhäusern mit Interesse an Verträgen der integrierten Versorgung zuerst einmal um das eine Prozent der zusätzlichen Vergütung. Eine Qualitätsverbesserung ist nicht das vorrangige Ziel. In Sachsen gibt es gerade zwei Verträge.

Die Öffnung der Vertragsbeziehungen geschieht ganz bewusst und unter Relativierung oder Ausgrenzung der KVen. Dies führt mittelbar

zu mehr Einfluss der Berufsverbände. Die wiederum nur einige Arztgruppen vertreten. Diese Entwicklung wird mittelfristig Folgen für den Arzt als Freiberufler, aber auch für die körperschaftliche Struktur der verfassten Ärzteschaft haben. Andererseits ist es noch immer besser, wenn Berufsverbände Verträge schließen, statt der einzelne Arzt.

### **Ambulante Versorgung im Krankenhaus**

Eine grundsätzliche Öffnung von Krankenhäusern für die ambulante Versorgung ist nach dem Willen des Bundesgesundheitsministeriums nicht möglich. Es dürfen nach dem Willen des Gesetzgebers nur Leistungen angeboten werden, die einen sehr speziellen Charakter haben oder wenn in der ambulanten Versorgung die Sicherstellung nicht gewährleistet werden kann.



*Vorsitzende der Kreisärztekammern*

In der Diskussion wurde noch einmal Bedeutung und Nutzen der Kassenärztlichen Vereinigungen betont. Die KVen dürfen nach Ansicht der Kreisärztekammervorsitzenden

nicht ausgehebelt werden. Die Vertragsärzte sollten sehr genau auf die Inhalte der Einzelvertragsangebote achten. Die Antworten der Selbstverwaltung auf die aktuellen Tendenzen müssen neben der Novellierung der Berufsordnung auch die Beratung der Ärzte vor Ort beinhalten. Zugleich muss eine langfristige Folgenabschätzung durch Sachverständige durchgeführt werden. Dafür läuft aber die Zeit davon. Eine Fremdbestimmung der Ärzteschaft ist schon heute spürbar.

### Vorbereitung der Beschlussfassung über die Berufsordnung

*Professor Dr. Wolfgang Saueremann,  
Vorsitzender des Ausschusses Satzungen*

Die Liberalisierung der Vorschriften in der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer soll in Abstimmung mit allen deutschen Ärztekammern fortschreiten. Wir müssen uns dabei bewusst bleiben, dass wir bei der Gratwanderung zwischen Interessen des Arztes als „Unternehmer Arzt“ – Teilnehmer am Wettbewerb am „Gesundheitsmarkt“ auf der einen Seite – und dem „ärztlichen Berufsethos“ als individueller Diener am Patienten – damit Ablehnung eines Gewerbes des freien Arztberufs auf der anderen Seite – zunehmend als Berufsstand absturzgefährdet sind. Die zur Entscheidung anstehenden Änderungen der Berufsordnung betreffen zum einen Neuerungen zur Praxis, der Kooperationen und der Beschäftigungsart und zum anderen Regelungen, die den niedergelassenen Arzt im Wettbewerb mit den vom Gesetzgeber im SGB V vorgegebenen neuen Organisationsformen gleichstellen soll. Genauere Informationen können Sie unter den §§ 17, 18, 18a, 19, 23a, 23b, 23c und 23d der Berufsordnung [www.slaek.de] erhalten. Für die niedergelassenen Kollegen sicher viel, aber ein lohnender Aufwand.

### Vorbereitung der Beschlussfassung über die Satzung Fortbildung und Fortbildungszertifikat

*Professor Dr. Otto Bach,  
Vorsitzender der Sächsischen Akademie für Fort- und Weiterbildung*

Fortbildung der Ärzte dient dem Erhalt und der kontinuierlichen Aktualisierung der fachlichen Kompetenz. Der § 95d des Gesundheitsreformgesetzes schreibt vor, dass Vertragsärzte alle fünf Jahre gegenüber der Kassenzärztlichen Vereinigung den Nachweis zu erbringen haben, dass sie dieser Fortbildungs-



*Prof. Dr. Otto Bach*

pflicht genügen. Aus dem § 137 SGB V leitet der Gemeinsame Bundesausschuss die Fortbildungsverpflichtungen auch für angestellte Ärzte ab. Der 31. Kammersammlung wird am 13. November 2004 eine neue Satzung für das Fortbildungszertifikat vorgelegt, die sich ganz an die Mustersatzung der Bundesärztekammer anlehnt. Das Zertifikat ist künftig die wesentliche Fortbildungsdokumentation, die der Arzt nach § 95d GMG vorlegen muss. Der Arzt ist in der Wahl der Art seiner Fortbildung frei. Ein Fortbildungszertifikat wird erteilt, wenn der Arzt innerhalb eines der Antragstellung vorausgehenden Zeitraums von fünf Jahren Fortbildungsmaßnahmen abgeschlossen hat, welche in ihrer Summe 250 Punkte erreichen. Ein Arzt, der bereits ein Fortbildungszertifikat über den Zeitraum von drei Jahren bis zum 31. Dezember 2004 beantragt hat, kann das damit erworbene Drei-Jahres-Fortbildungszertifikat bis spätestens 31. Dezember 2006 unter Nachweis von 100 weiteren Fortbildungspunkten in ein Fünf-Jahres-Fortbildungszertifikat umwandeln lassen.

### Einführung des elektronischen Arztausweises (HPC)

*Professor Dr. Hildebrand Kunath,  
Institut für Medizinische Informatik und Biometrie, Universitätsklinikum Dresden  
Dr. Günter Bartsch,  
Vorstandsmitglied, Leiter der Arbeitsgruppe Multimedia in der Medizin*

Im GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) wurde die Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte zum 1. Januar 2006 beschlossen. Diese Karte wird nicht nur die bisherige Krankenversichertenkarte der 1. Generation

ablösen. Durch ihre Gestaltung als aktiver Computer sollen zum Beispiel das elektronische Rezept, die Speicherung von Notfalldaten oder Inhalte der persönlichen Krankenakte ermöglicht werden. Diese Funktionen werden erst realisiert, wenn den Ärzten und Apothekern der elektronische Heilberufsausweis (Health Professional Card, HPC) und ihren Einrichtungen eine betriebsbezogene Institutskarte (Security Modul Card, SMC) bereitgestellt wird. Beide Kartensysteme bilden Schlüsselemente der zukünftigen Telematik-Infrastruktur im deutschen Gesundheitswesen. Die Landesärztekammern haben beschlossen, Verantwortung für die Einführung einer bundeseinheitlichen HPC bis zum 1. 1. 2006 zu übernehmen. Sachsen ist durch gewonnene Erfahrungen im Modellprojekt SaxTeleMed sowie durch die Beteiligung an einem Modellversuch hierfür relativ gut gerüstet. Die Sächsische Landesärztekammer hat zur Unterstützung der HPC-Einführung in Sachsen eine Projektgruppe gebildet. Diese wird die sächsische Ärzteschaft über Fortschritte und Lösungswege informieren.



*Dr. Henrik Ullrich ist vom Nutzen einer HPC überzeugt*

Die Aufgaben und Ziele der Projektgruppe der Sächsische Ärztekammer als Zertifizierungsdiensteanbieter sind:

- Mitgestaltung der telematischen Verfahrensabläufe und Infrastrukturen im Gesundheitswesen,
- Förderung der Corporate Identity zwischen der Ärztekammer und ihren Mitgliedern,
- Unabhängigkeit von Dienstleistungspartner
- Wahrung der Berufsaufsicht und
- Einflussnahme auf Kosten und deren Verrechnung.

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

B. Gronemann, J. Tegeler

# 10 Jahre Sächsisches PsychKG

## Erfahrungen und Probleme bei öffentlich-rechtlichen Unterbringungen

Gesundheitsamt  
der Stadt Leipzig

### Zusammenfassung

Das Sächsische Gesetz über die Hilfen und die Unterbringung bei psychischen Krankheiten trat vor zehn Jahren in Kraft. Aus diesem Anlass wird ein Erfahrungsbericht zum Umgang mit den öffentlich-rechtlichen Unterbringungen nach diesem Gesetz, auch zu den formalen Abläufen, wie sie in der Stadt Leipzig geregelt sind, vorgelegt. Es

werden darüber hinaus Häufigkeiten von Unterbringungen in Leipzig und versorgungsepidemiologische Daten aus anderen Regionen vorgestellt. Erhebliche Häufigkeitsunterschiede zwischen einzelnen Bundesländern, aber auch innerhalb eines Bundeslandes zeichnen sich ab. Gründe dafür sind nur bedingt erkennbar. Zuverlässige Daten sind nur aus prospektiven Studien zu ge-

winnen. Abschließend werden einige Probleme zwischen Ärzten und Juristen im Umgang mit dem PsychKG beschrieben.

**Schlüsselwörter:** Sächsisches Gesetz über die Hilfen und die Unterbringung bei psychischen Krankheiten, öffentlich-rechtliche Einweisungen psychisch Kranker, Zwangseinweisungen

### Einleitung

Vor 10 Jahren ist das Sächsische Gesetz über die Hilfen und die Unterbringung bei psychischen Krankheiten (kurz: SächsPsychKG) in Kraft getreten. Wir nutzen deshalb die Gelegenheit, um über die in einem längeren Zeitraum gesammelten Erfahrungen zu berichten. Da bei Ärzten immer wieder Unsicherheiten im Umgang mit dem PsychKG zu beobachten sind, werden zunächst grundsätzliche Aspekte angesprochen, bevor wichtige Gesetzesteile im Detail besprochen und formale Abläufe skizziert werden.

Im Grundgesetz (Art. 2) ist die Freiheit der Person geschützt und darf nur auf Grund eines förmlichen Gesetzes unter Einschaltung eines Richters eingeschränkt werden (Art. 104 Abs. 2 GG). Die („vorläufige“) Unterbringung psychisch Kranker wird in den Unterbringungsgesetzen nach Landesrecht geregelt. Dagegen erfolgt bei Kranken, die ihre Angelegenheiten nicht selbst regeln können eine zivilrechtliche Unterbringung nach dem Betreuungsrecht (BGB). Diese Unterbringungsmaßnahme ist nicht Gegenstand dieser Veröffentlichung.

Während Fachärzte für Psychiatrie und Öffentliches Gesundheitswesen in der Regel mit der schwierigen Problematik umzugehen wissen, werden Ärzte anderer Fachrichtungen seltener mit psychiatrischen Notfällen konfrontiert. Dabei kommt es immer wieder zu Konfliktsituationen, wenn eine stationäre Aufnahme unumgänglich erscheint, der Patient ihr jedoch ablehnend gegenüber steht. In einer ohnehin spannungsgeladenen Situation ist deshalb rasches und rechtssicheres Handeln geboten.

### Das Sächsische Gesetz über die Hilfen und Unterbringung bei psychischen Krankheiten

Das Gesetz regelt in den ersten beiden Abschnitten unter anderem die Leistungspflicht der Krankenhäuser, beschreibt einzelne Hil-

fen und benennt die Verantwortlichkeiten bei deren Durchführung.

Zu beachten ist eine Formulierung im § 5 (4) SächsPsychKG: „Die zur Bewältigung psychischer Krankheiten notwendige Hilfe soll möglichst ohne stationäre Behandlung, vor allem ohne Unterbringung erbracht werden“. Daraus ergibt sich nicht nur die Verpflichtung, eine strenge medizinische Indikation zur Unterbringung zu stellen, sondern daneben auch noch andere Möglichkeiten zur Vermeidung einer Unterbringung zu prüfen. Die Verhältnismäßigkeit der Mittel ist stets zu wahren. Im dritten Abschnitt des SächsPsychKG werden Unterbringung und Verfahren explizit beschrieben.

Dazu heißt es in § 10 (1): „Eine Unterbringung liegt vor, wenn ein psychisch Kranker gegen oder ohne seinen Willen auf Grund einer gerichtlichen Entscheidung, einer vorläufigen Einweisung, einer fürsorglichen Aufnahme oder Zurückhaltung nach diesem Gesetz in einem Krankenhaus eingewiesen wird oder dort weiterhin zu bleiben hat“. „Krankenhäuser“ im Sinne dieses Gesetzes sind immer psychiatrische Krankenhäuser oder psychiatrische Abteilungen, keine anderen Fachabteilungen.

(2) „Eine Unterbringung ist nur zulässig, wenn und solange ein psychisch Kranker in Folge seiner psychischen Krankheit sein Leben oder seine Gesundheit erheblich und gegenwärtig gefährdet oder eine erhebliche und gegenwärtige Gefahr für bedeutende Rechtsgüter anderer darstellt und die Gefahr nicht auf andere Weise abwendbar ist“.

Somit können nur zwei Gründe zur Unterbringung führen: 1. die Fremdgefährdung und 2. die Eigengefährdung.

§ 13 regelt das vorbereitende Verfahren. Es heißt: „Die Verwaltungsbehörde ermittelt von Amts wegen, wenn sich gewichtige Anhalts-

punkte für das Vorliegen der Voraussetzungen einer Unterbringung ergeben. In diesem Falle hat sie ein amtsärztliches Gutachten darüber einzuholen, ob eine Unterbringung aus medizinischer Sicht erforderlich ist“. „Die Vollstreckung der vom Gericht angeordneten Unterbringung obliegt der Verwaltungsbehörde, die sich dabei der Mitwirkung des Polizeivollzugsdienstes bedienen kann“ (§ 14).

In akuten Notfällen ist eine sofortige vorläufige Unterbringung und fürsorgliche Aufnahme oder Zurückhaltung des Patienten möglich. Das Gesetz führt dazu aus: § 18 (1) „Bestehen dringende Gründe für die Annahme, dass die Voraussetzung für eine Unterbringung vorliegen, und kann eine gerichtliche Entscheidung nicht mehr rechtzeitig ergehen, um die drohende Gefahr abzuwenden, so kann die Verwaltungsbehörde die sofortige vorläufige Unterbringung anordnen und nach Maßgabe des § 14 vollstrecken. Sie hat das zuständige Gericht unverzüglich, spätestens bis 10 Uhr des auf den Beginn des Festhaltens folgenden Tages, von der Unterbringung zu verständigen“.

§ 18 (3) „Bei Gefahr im Verzug, kann der Polizeivollzugsdienst in Fällen des Absatzes 1 einen Patienten ohne Anordnung der Verwaltungsbehörde dem nach § 15 zuständigen Krankenhaus vorführen. Soweit möglich, ist vorher ein Arzt beizuziehen. Der Patient ist unverzüglich zu untersuchen“. Die Untersuchung erfolgt unverzüglich im Krankenhaus durch einen Psychiater. Der Patient muss entlassen werden, wenn die Voraussetzungen zur Unterbringung nicht vorliegen.

§ 18 (5) „In den Fällen der Absätze 1, 3 und 4 hat das Krankenhaus unter Vorlage eines Gutachtens, in dem die Fragen nach § 13 Abs. 1 Satz 2 beantwortet sein müssen, das Gericht und die Verwaltungsbehörde unverzüglich, spätestens bis 10 Uhr des Tages, der auf den Beginn des zwangsweisen Aufenthaltes des Patienten folgt, zu benachrichtigen“.

## Formaler Ablauf des Verfahrens

Anders als in vielen anderen deutschen Städten, vor allem in den alten Bundesländern, in denen die Unterbringungsaufgabe den Ordnungsbehörden obliegt, wurde 1994 in Leipzig das Gesundheitsamt durch eine Organisations-Verfügung des Oberbürgermeisters ermächtigt, die erforderlichen Verwaltungsabläufe unter Einbeziehung des Verbundes Gemeindefähige Psychiatrie, einer kommunalen Gesundheitseinrichtung, und der aufnehmenden Krankenhäuser zu regeln. Damit sollte der konkreten Versorgungs- und Betreuungssituation sowie der sozialen Stellung des psychisch Kranken besser Rechnung getragen und eine durch unangemessene Maßnahmen erschwerte Wiedereingliederung vermieden werden. Der Verbund Gemeindefähige Psychiatrie hält in sieben Stadtteilen Institutsambulanzen und sozialpsychiatrische Dienste mit multiprofessionellen Teams vor. Einige tagesklinische Plätze komplettieren das Angebot. Dadurch können bereits frühzeitig und gezielt andere Maßnahmen zur Verhinderung einer Unterbringung eingesetzt und gegebenenfalls auch überwacht werden.

Das Gesundheitsamt selbst ist zuständig für das vorbereitende Verfahren nach § 13 und das Verfahren zur sofortigen vorläufigen Unterbringung nach § 18 Abs. 1 SächsPsychKG. Die Aufgaben des Gesundheitsamtes nehmen während und außerhalb der Dienstzeit, also auch an Wochenenden und Feiertagen, Ärzte des Amtes wahr, die durch Konsultationen im klinisch-psychiatrischen Bereich und vielfältige kollegiale Kontakte mit Psychiatern auch entsprechende Erfahrungen haben.

Die Anträge zur Prüfung der Unterbringungsvoraussetzungen nach § 13 Abs. 1 werden von niedergelassenen Ärzten, Notärzten, Angehörigen, Polizei oder Amtsgericht gestellt. Das dazu erforderliche amtsärztliche Gutachten wird während der Dienstzeit in der Regel durch den am Gesundheitsamt tätigen Facharzt für Psychiatrie/Neurologie erstellt. Außerhalb der Dienstzeit ist dann die diensthabende Ärztin des Gesundheitsamtes zuständig. In der Regel wird auch ein Facharzt für Psychiatrie des Verbundes Gemeindefähige Psychiatrie oder ein niedergelassener Facharzt hinzugezogen.

Ordnet das Gericht die Unterbringung des Patienten an, so hat der bearbeitende Arzt des

Gesundheitsamtes den Facharzt der örtlich zuständigen Beratungsstelle des Verbundes Gemeindefähige Psychiatrie mit dem Vollzug der Unterbringung zu beauftragen. Ist dabei die Hilfe des Polizeivollzugsdienstes erforderlich, wird das Amtshilfeersuchen durch den Arzt des Gesundheitsamtes gestellt. Für die sofortige vorläufige Unterbringung ist ebenfalls der zuständige Arzt des Gesundheitsamtes verantwortlich. Er sollte allerdings vorher einen Facharzt des Verbundes Gemeindefähige Psychiatrie konsultieren.

In akuten Notfällen, zum Beispiel bei drohender Suizidalität, akuten Intoxikations- oder Erregungszuständen kann der Notarzt, der in der Regel nicht Facharzt für Psychiatrie/Neurologie ist, die Einweisung in das zuständige psychiatrische Krankenhaus vornehmen. Auch er kann sich dabei der Amtshilfe des Polizeivollzugsdienstes bedienen. Der Eingewiesene ist im Krankenhaus unverzüglich von einem Arzt zu untersuchen und bei fehlenden Gründen für eine Unterbringung auf freien Fuß zu setzen. Andernfalls muss das Krankenhaus unter Vorlage eines Gutachtens das Gericht bis 10.00 Uhr des Folgetages benachrichtigen.

In einigen Städten und Kreisen, auch in Sachsen, ist neben dem Gesundheitsamt auch das Ordnungsamt an den Einweisungen oder Unterbringungen beteiligt. Außerhalb der Dienstzeiten wird die Polizei zusammen mit dem Notarzt tätig. Nach Untersuchung und Begutachtung in der zuständigen psychiatrischen Klinik stellt dann das Ordnungsamt einen Unterbringungsantrag beim Gericht, falls der Betroffene nicht freiwillig in der Klinik bleibt und die dortigen Ärzte nachvollziehbar Voraussetzungen für die Unterbringung sehen.

## Umfang und Inhalt des ärztlichen Gutachtens

Die Erstellung des Gutachtens erfordert eine persönliche und aktuelle Untersuchung des Patienten. Sie darf sich nicht auf die Angaben von Angehörigen oder Nachbarn beschränken. Die Untersuchungsbefunde und die Diagnose sollten nachvollziehbar und überzeugend für den Amtsrichter dargestellt werden. Das aktuelle Verhalten des Patienten muss konkret geschildert und die sich daraus ergebenden Gefahren (Eigen-/Fremdgefährdung) müssen beschrieben werden.

## Untersuchung, Behandlung und Rechte der untergebrachten Patienten

Nach § 20 ist der eingewiesene Patient unverzüglich nach seiner Aufnahme in das Krankenhaus ärztlich zu untersuchen. Der Patient hat Anspruch auf die notwendige Behandlung. Der Behandlungsplan ist mit dem Patienten zu erörtern (§ 21). Die Behandlung und die dafür notwendigen Untersuchungen dürfen nur dann ohne Einwilligung des Patienten durchgeführt werden, wenn durch den Aufschub das Leben oder die Gesundheit des Patienten erheblich gefährdet wird (§ 22).

Auf die Darstellung weiterer Maßnahmen und Patientenrechte wird verzichtet. Sie sind in den jeweiligen Kliniken bekannt, ihre Missachtung kann zu juristischen Konsequenzen führen. Sie sind auch durch Patientenführsprecher (§ 4) nachprüfbar.

## Diagnosen und Probleme bei untergebrachten Patienten

Die Mehrzahl der Patienten leidet entweder an einer paranoid-halluzinatorischen Psychose, akuter Suizidalität, einer maniformen Symptomatik oder einem psychomotorischen Erregungszustand im Rahmen einer Suchterkrankung (Spengler, 1994, Riecher-Rössler und Rössler, 1992, Gollmer, 1998).

Während die Patienten in der Regel uneinsichtig sind und die Einweisung ablehnen (deshalb ist die Unterbringung ja auch erforderlich), werden kontroverse Diskussionen häufig mit Familienangehörigen, Hausbewohnern und gelegentlich auch mit Hausärzten wegen der Nichteinweisung geführt, insbesondere bei extrem schwierigen Patienten und bei Verwahrlosungstendenzen. Eine fehlende Bereitschaft, sich freiwillig behandeln zu lassen, rechtfertigt für sich allein keine Unterbringung. Bei einer Suchterkrankung mit Verwahrlosungstendenzen handelt es sich meistens um einen schon seit längerem bestehenden Zustand.

Für Patienten mit einer senilen Demenz ist die Einrichtung einer Betreuung mit Aufenthaltsbestimmungsrecht und medizinischer Fürsorge sinnvoller, da sie eine Unterbringung über einen längeren Zeitraum ermöglicht. Auch die Einrichtung einer Eilbetreuung zur Realisierung einer längerfristigen Unterbringung ist zu prüfen. Schwerkranken und moribunden Menschen, die eine Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme verweigern, können ebenfalls nicht nach SächsPsychKG in eine psychiatrische Klinik eingewiesen werden.



### Häufigkeiten der Unterbringung und versorgungsepidemiologische Daten

Wie aus zahlreichen Publikationen hervorgeht, unter anderem von Spengler und Böhme (1989), Riecher-Rössler und Rössler (1992) und Gollmer (1998), gibt es nicht nur zwischen einzelnen Bundesländern, sondern auch innerhalb eines Bundeslandes von Klinik zu Klinik erhebliche Häufigkeitsunterschiede der Einweisungen, wobei auch die Berechnungsgrundlagen nicht immer vergleichbar waren.

Nach Spengler und Böhme (1989) variieren die Unterbringungsraten in Westberlin zwischen 30 Prozent und 56 Prozent und in Nordrhein-Westfalen zwischen 4 Prozent und 60 Prozent. Trotz des Ausbaus ambulanter, teilstationärer und komplementärer Behandlungsmöglichkeiten hat sich in Nordrhein-Westfalen mancherorts die Anzahl der Unterbringungen in einem 10-Jahres-Zeitraum verdoppelt (Gollmer 1998). Dies betrifft vor allem sofortige Unterbringungen, Unterbringungen außerhalb der üblichen Dienstzeit und Zurückhaltungen im Psychiatrischen Krankenhaus. Nach Crefeldt (1998) werden in Deutschland jährlich mehr als 120.000 Menschen, zumindest vorübergehend gegen ihren Willen, in psychiatrischen Krankenhäusern untergebracht. Das entspräche einer Zwangsunterbringungsrate von ca. 150 pro 100.000 Einwohner. Dressing und Salize (2004) bewegen sich bei ihren Angaben zwischen 6/100.000 (Portugal) und 218/100.000 Einwohner (Finnland).

Spengler (1994) berichtete über sehr niedrige Unterbringungshäufigkeiten in den neuen Bundesländern. Polak und Schläfke (2001) werteten 206 Unterbringungsfälle des Gesundheitsamtes Rostock zur zwangsweisen Unterbringung psychisch Kranker in die Universitätsklinik Rostock im Vergleich der Jahre von 1987 bis 1989 und 1991 bis 1994 aus. Bezogen auf die Gesamtaufnahmen der Klinik ergab sich für realisierte zwangsweise Unterbringungen ein Anstieg von 1,11 % (1987) auf 2,61 % (1994). Diesen Anstieg bringen die Autoren mit der unterschiedlichen Gesetzgebung und der zunehmenden Verkürzung der stationären Verweildauer, die bei chronisch Kranken zu häufigen Wiederaufnahmen führt, in Verbindung.

Inwieweit die in Ostdeutschland zu dieser Zeit in Gang gekommene „Enthospitalisierung“ dabei eine Rolle spielt, wird nicht beschrieben.

In den meisten Untersuchungen wurden deutliche Stadt-Land-Unterschiede festgestellt. Die höheren Unterbringungsraten in Großstädten werden unter anderen a. damit erklärt, dass sich dort Patienten mit chronisch verlaufenden Psychosen und sozialer Desintegration, Abhängigkeitskranke mit ungünstiger Prognose, persönlichkeitsgestörte Menschen mit frühen Entwicklungsstörungen sowie psychisch kranke alte Menschen, vorwiegend Frauen mit wahnhaften Erkrankungen, häufen. Nach Ansicht zahlreicher Autoren sind nicht die Fremd- und Selbstgefährdung allein entscheidend für die Unterbringung, sondern es spielen dabei auch andere Faktoren wie die Quantität und Qualität ambulanter und teilstationärer Einrichtungen, die Einstellung der einzelnen Institutionen und Personen zu psychisch Kranken, das Gelingen oder das Nicht-Gelingen des Therapeuten, zu dem Patienten eine Beziehung aufzubauen, sowie das therapeutische Klima und der Ruf eines Krankenhauses eine wesentliche Rolle.

In der Tabelle werden die Häufigkeit von Anträgen auf Unterbringung und tatsächlich vollzogene Unterbringungen in der Stadt Leipzig in den Jahren 1996 bis 2003 dargestellt. Die gesamten Verfahren haben einen Gipfel im Jahr 2001 (261 Fälle) und ein Minimum 1996

(161). Die Zahl der dann tatsächlich realisierten Einweisungen ist über die Jahre ziemlich konstant geblieben (ca. 90 bis 120 Fälle). Die Zwangsunterbringungsraten bewegen sich damit zwischen ca. 15 und 24 pro 100.000 Einwohner.

Bei den Zurückhaltungen im Krankenhaus nach § 18 Abs. 4 findet sich dagegen ein deutlicher Anstieg, der möglicherweise auch auf die kontinuierliche Verkürzung der Verweildauer im Krankenhaus und auf den sogenannten Drehtüreffekt zurückzuführen ist.

Den Autoren liegen Angaben über Einweisungen nach dem SächsPsychKG aus Dresden und aus Chemnitz vor. Da diese Zahlen von unterschiedlichen Institutionen, zum Beispiel Sozialpsychiatrischen Diensten und den Ordnungsämtern stammen und nicht vollständig sind, ist ein direkter Vergleich mit den Zahlen aus Leipzig nicht möglich.

Alle genannten Häufigkeiten stammen aus retrospektiven Studien. Es finden sich gravierende Unterschiede der Dokumentationspraxis in den verschiedenen Institutionen und Bereichen (Amtsgericht, Kommunalbehörden, Ordnungsämter). Unterschiedliche Verfahren bestehen auch außerhalb der üblichen Dienst- und Arbeitszeiten, wiederum mit Unterschieden in den Kreisen und Städten.

Anträge auf Unterbringung und tatsächlich vollzogene Unterbringungen von Patienten mit psychischen Krankheiten 1996 – 2003 in Leipzig

Zwangsunterbringungen	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Prüfung der Unterbringungsvoraussetzungen nach § 13 Abs. 1	77	89	127	123	135	133	144	109
gerichtlich angeordnete Vorführung zur Untersuchung nach § 13 Abs. 3	2	1	2	5	0	2	0	1
Unterbringungsantrag nach § 13 Abs. 6	4	5	7	6	3	4	4	2
Unterbringung durch Verwaltungsbehörde nach § 18 Abs. 1	41	45	43	38	56	48	37	31
Unterbringung durch Polizeivollzugsdienst nach § 18 Abs. 1	8	7	10	17	18	20	14	11
Zurückhaltung im Krankenhaus nach § 18 Abs. 4	23	29	42	30	42	47	56	62
Sonstiges (im Betreuungsverfahren)	6	8	2	6	3	7	0	0
<b>Gesamt:</b>	<b>161</b>	<b>184</b>	<b>233</b>	<b>225</b>	<b>257</b>	<b>261</b>	<b>255</b>	<b>216</b>
tatsächlich realisierte Unterbringungen	76	86	102	91	119	119	111	106



Nach Gollmer (1998) existieren unter anderem aus den oben genannten Gründen gegenwärtig keine validen und reliablen Daten zum Unterbringungsgeschehen. Zuverlässigere Daten sind nur aus prospektiven Studien zu gewinnen.

#### Probleme im Zusammenwirken zwischen Ärzten und Juristen

Aus Leipziger Sicht können sich Probleme in der Beurteilung dann ergeben, wenn Patienten nach der Klinikaufnahme eine suizidale Absicht bestreiten oder wenn Patienten mit paranoid-halluzinatorischen Erkrankungen oder einer Manie Krankheitssymptome geschickt dissimulieren. Zu Diskrepanzen in der Beurteilung kann es vor allem auch dann kommen, wenn die mündliche Anhörung durch den Richter eine gewisse Zeit nach der stationären Aufnahme stattfindet. Zu diesem Zeitpunkt kann es unter der medikamentösen Therapie schon zu einer deutlichen Besserung der Symptomatik gekommen sein, ohne dass schon eine Krankheits- und Behandlungseinsicht vorliegt. Wird die Unterbringung zu diesem Zeitpunkt aufgehoben und besteht der Patient auf einer sofortigen Entlassung, so ist mit einer erneuten Exacerbation der Erkrankung zu rechnen. Diese Erfahrungen

decken sich auch mit den Angaben in der Literatur.

In der klinischen Beurteilung und gutachtlichen Bewertung betonen die Psychiater häufig den Fürsorgegedanken, während die Richter der Gefahrenabwehr den Vorrang einräumen. Während Psychiater die Meinung vertreten, dass manisch Kranke auf Grund ihrer Hyperaktivität und fehlender Krankheitseinsicht sich und ihre Familie erheblich schädigen (zum Beispiel durch Geldausgaben), können Juristen zu der Ansicht kommen, dass dieses Verhalten eine zwangsweise Unterbringung nicht rechtfertigt. Bergener et al. (1986) berichten über positive Erfahrungen mit einer Arbeitsgruppe aus Juristen und Psychiatern, in der gemeinsam über strittige Unterbringungen diskutiert wird.

#### Ausblick

Ein Unterbringungsgesetz und die danach zu treffenden Zuständigkeiten sollten vor allem auch danach beurteilt werden, ob und wie sie dem psychiatrisch Kranken helfen, seine spezifischen Probleme zu bewältigen, ohne dass die berechtigten Schutzinteressen der Gesellschaft vernachlässigt werden. Es darf nicht einseitig einem gelegentlich zu beobachtenden

Trend in der breiten Öffentlichkeit nachgeben, der psychisch Kranke als „gemeingefährlich“ diffamiert. Auch eine angemessene gesetzliche Regelung kann die drängenden Probleme des psychiatrischen Alltags nur lindern, jedoch nicht beseitigen. Diese hängen wesentlich von der Qualität der psychiatrischen Versorgung ab. Je dichter das Netz von Versorgungsangeboten und vertrauensvollen Beziehungen zwischen psychisch Kranken und ihren Betreuern und Therapeuten ist, um so eher werden sich Zwangsmaßnahmen vermeiden lassen.

In der Praxis hat sich das SächsPsychKG bewährt, unter anderem auch, weil es in Leipzig eine enge Kooperation zwischen dem Verbund Gemeindenahe Psychiatrie, den Krankenhäusern, gegebenenfalls dem Sozialamt in bestimmten Fällen, und dem Gesundheitsamt gibt.

Literatur beim Verfasser

Anschrift der Verfasser  
Dr. med. Bodo Gronemann und  
Priv. Doz. Dr. med. Joachim Tegeler  
Gesundheitsamt,  
Friedrich-Ebert-Straße 19a, 04109 Leipzig

## Deutscher Schriftsteller-Ärzte e.V. Landesgruppe Sachsen

#### Termine für die Lesungen:

1. **15. 10. 2004** (Freitag) in der Denkmalsschmiede Höfgen, Teichstr. 11/12, 04668 Grimma-Kaditzsch  
Motto: „Ernst und heiter in den Herbst“,  
Beginn: 20.00 Uhr.
2. **5. 11. 2004** (Freitag) in 02797 im Kurort Oybin, „Haus des Gastes“, 13. Sächsischer Hausärztetag. Eröffnungsveranstaltung.  
Motto: „Ernst und heiter in den Winter“,  
Beginn: 20.00 Uhr
3. **3. 12. 2004** (Freitag) im Hotel „Alter Weinberg“, Leeraue 59, 01109 Dresden/Hellerau  
Motto „Weihnachtsgeschichten am Kamin“,  
Beginn 19.30 Uhr.
4. **15. 12. 2004** (Mittwoch) im „Büchereck am Dom“, Kirchgasse, 09599 Freiberg (Parkplatz Untermarkt!)  
Motto „Weihnachtslesung am Dom“,  
Beginn: 19.30 Uhr.

Dr. med. Helmut Knoblauch

## In eigener Sache

#### Die Sächsische Landesärztekammer sucht:

### Ärztin/Arzt

für eine vielfältige, interessante und verantwortungsvolle Tätigkeit als Mitarbeiter und Koordinator für die Aufgabengebiete Gesundheits- und Berufspolitik, ambulante/stationäre/integrierte Versorgung, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Prävention, Umwelt, Sucht, Drogen u. a.

Die Bewerberin/der Bewerber sollte Fachärztin/Facharzt und promoviert sein.

Wir erwarten die Fähigkeit zur selbständigen, teamorientierten Arbeit, großes Engagement, Flexibilität, Belastbarkeit, Organisationstalent sowie PC-Erfahrung.

Die Aufgaben und Arbeitsbedingungen möchten wir gern in einem persönlichen Gespräch besprechen. Bitte richten Sie Ihre Bewerbung mit tabellarischem Lebenslauf, Zeugnissen und Lichtbild an:

Sächsische Landesärztekammer  
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

## 31. Kammerversammlung am 13. November 2004

Die 31. Kammerversammlung findet am Sonnabend, dem 13. November 2004, im Kammergebäude der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, Plenarsaal, statt.

Die Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer können an den Arbeitstagen mit Vorlage des Arztausweises als Zuhörer teilnehmen. (Beginn: 9.00 Uhr, Ende: gegen 18.00 Uhr)

### Tagesordnung

1. **Eröffnung der 31. Kammerversammlung und Feststellung der Beschlussfähigkeit**  
Prof. Dr. habil. Jan Schulze, Präsident
2. **Aktuelle Probleme der Gesundheits- und Berufspolitik**  
Prof. Dr. habil. Jan Schulze, Präsident  
Ausführliche berufspolitische Aussprache
3. **Berufspolitisches Schwerpunktthema**  
„Gesundheits- und Sozialwesen – Quo vadis“  
**Die künftige Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme, gesetzliche Kranken- und Rentenversicherung**  
Prof. Dr. med. Fritz Beske,  
Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel  
**Podiumsdiskussion**
4. **Wahl der ehrenamtlichen Richter für das Berufsgericht und das Landesberufsgericht der Heilberufe**
5. **Änderung der Satzung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer**  
Prof. Dr. Wolfgang Saueremann,  
Vorsitzender des Ausschusses Satzungen
6. **Satzung Fortbildung und Fortbildungszertifikat der Sächsischen Landesärztekammer**  
Prof. Dr. habil. Otto Bach,  
Vorstandsmitglied, Vorsitzender der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung
7. **Geschäftsordnung der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung**  
Prof. Dr. habil. Otto Bach
8. **Finanzen**
- 8.1. **Haushaltplan 2005**  
Dr. Claus Vogel, Vorstandsmitglied,  
Vorsitzender des Ausschusses Finanzen
- 8.2. **Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer**  
Dr. Claus Vogel
- 8.3. **Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer**  
Dr. Claus Vogel
- 8.4. **Beschluss zur Änderung der Ordnung zur Zahlung von Aufwandsentschädigungen für ehrenamtliche Tätigkeit sowie von Unterstützungen an die Kreisärztekammern**  
Dr. Claus Vogel
- 8.5. **Satzung zur Änderung der Verfahrensordnung der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen der Sächsischen Landesärztekammer**  
Dr. Claus Vogel
9. **Bekanntgabe von Terminen**
10. **Verschiedenes**

## Konzerte und Ausstellungen

### Konzerte

Sonntag, 7. November 2004, 11.00 Uhr

#### Junge Matinee

Klaviermusik von Weber,

Brahms, Chopin

Solistin: Hee-Jung Sim,

Meisterklassenstudium Klavier

(Klasse Prof. Arkadi Zenzipér)

Hochschule für Musik

„Carl Maria von Weber“ Dresden

Sonntag, 5. Dezember 2004, 11.00 Uhr

#### Junge Matinee

Musik zur Weihnachtszeit

Es musizieren Schülerinnen und Schüler  
des Heinrich-Schütz-Konservatoriums

Dresden e.V.

Donnerstag, 16. Dezember 2004, 19.30 Uhr

#### Weihnachtliches Konzert

Es musiziert die Streichergruppe unter der

Leitung von Kammervirtuos

Volker Dietzsch des Sächsischen

Landesgymnasiums für Musik

Carl Maria von Weber Dresden

### Ausstellungen

#### Foyer der

Sächsischen Landesärztekammer und

4. Etage

#### Katharina Kretschmer

##### Menschenbilder

Malerei, Grafik, Collagen

bis 14. November 2004

#### Maria Adler-Krafft

Alles ist Leben – Leben ist alles

Malerei

17. November 2004

bis 16. Januar 2005

#### Vernissage

Donnerstag, 18. November 2004, 19.30 Uhr

Einführung: Dr. phil. Ingrid Koch,

Dresden, Kulturjournalistin

#### Foyer der

Sächsischen Ärzteversorgung

2. Etage

#### Barbara Großpietsch

„Augen-Blicke“ – Malerei

bis 31. 12. 2004

# Abschlussprüfung im Ausbildungsberuf „Arzthelferin /Arzthelfer“

Die Sächsische Landesärztekammer führt die nächste schriftliche Abschlussprüfung im Ausbildungsberuf „Arzthelfer/Arzthelferin“ an folgendem Termin durch:  
**Montag, den 17. Januar 2005,  
8.00 – 14.15 Uhr**

Folgender Prüfungsort für die Abschlussprüfung wurde festgelegt:  
Sächsische Landesärztekammer  
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

Die praktischen Prüfungen werden in der letzten Januarwoche/ersten Februarwoche 2005 durchgeführt. Dazu ergehen gesonderte Einladungen.

## I. Zulassung zur Abschlussprüfung

Zur Abschlussprüfung mit Beginn 17. Januar 2005 können regulär zugelassen werden:

1. Auszubildende und Umschülerinnen, deren Ausbildungs- oder Umschulungsverhältnis nicht später als am 28. Februar 2005 endet.
2. Bewerberinnen/Bewerber, die den Antrag auf eine Wiederholungsprüfung gestellt haben (§ 34 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz).

## II. Zulassung in besonderen Fällen

1. Auszubildende und Umschülerinnen (bei Umschulungszeit von 30 – 36 Monaten), deren Ausbildungs-/Umschulungszeit nach dem 28. Februar 2005 endet, können den Antrag auf vorzeitige Zulassung zur Abschlussprüfung stellen.

Gemäß § 40 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz können Regelungen auf Zulassung zur Abschlussprüfung vor Ablauf der 3-jährigen Ausbildung nach Anhören des ausbildenden Arztes und der Berufsschule getroffen werden (maximal mögliche Ausbildungsverkürzung von insgesamt sechs Monaten).

Als Maßstäbe für die Einzelfallentscheidung sind festgelegt:

- mindestens gute Lern- und Ausbildungsergebnisse in der Arztpraxis,
- gute Lernmotivation und Lernergebnisse mit Notendurchschnitt bis 2,0 in der Berufsschule,
- mindestens befriedigende Note in der Zwischenprüfung.

Die Inhalte des Ausbildungsrahmenplanes und des im Berufsschulunterricht vermittelten Lernstoffes – soweit er für die Berufsausbildung wesentlich ist – müssen dabei vollständig anwendungsbereit sein.

2. Bewerberinnen/Bewerber ohne vorangegangenes Berufsausbildungsverhältnis, die nachweisen, dass sie mindestens das Zweifache der Zeit, die als Ausbildungszeit vorgeschrieben ist, in dem Beruf der Arzthelferin tätig gewesen sind (§ 40 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz).

## III. Anmeldung und Zulassungsverfahren

Die Anmeldung zur Abschlussprüfung hat mit vollständigen Unterlagen nach § 10 der „Prüfungsordnung für die Durchführung der Prüfungen im Ausbildungsberuf der Arzt-

helferinnen“ der Sächsischen Landesärztekammer (veröffentlicht im Internet unter [www.slaek.de](http://www.slaek.de)) bis spätestens zum 4. November 2004 zu erfolgen.

Bei Antrag auf vorzeitige Zulassung oder Zulassung ohne vorangegangenes Berufsausbildungsverhältnis (siehe Ziffer II.1./2. und III.) sind zusätzlich die oben genannten Nachweise zum selben Termin einzureichen.

Über die Zulassung zur Abschlussprüfung entscheidet die zuständige Stelle. Hält sie die Zulassungsvoraussetzungen nicht für gegeben, so entscheidet der Prüfungsausschuss (§ 39 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz).

Die Anmeldeformulare und die Gebührenbescheide für die Prüfungsgebühren erhalten die ausbildenden Ärzte oder in den Fällen von Ziffer I.2. (Wiederholungsprüfung ohne Ausbildungsverlängerung) und II.2. (Externe Prüfung) die Teilnehmerinnen von der Sächsischen Landesärztekammer.

Gemäß § 22 Abs. 1 der oben genannten Prüfungsordnung stellt der Prüfungsausschuss fest, welcher Tag als Tag des Bestehens der Prüfung gilt. Mit dem Tag des Bestehens der Abschlussprüfung endet das Berufsausbildungs- oder Umschulungsverhältnis.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern unter Tel. 0351 8267340 - 341 zur Verfügung.

Marina Hartmann  
Leitende Sachbearbeiterin  
Referat Arzthelferinnenwesen

# Einladung zur Mitgliederversammlung der Kreisärztekammer Dresden 2004 mit Neuwahl des Vorstandes

**Ort:**  
Plenarsaal des Kammergebäudes,  
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

**Datum:**  
9. November 2004, 19.00 Uhr

- Programm:**
- **Musikalische Eröffnung:**  
Swing-Chor des Heinrich-Schütz-Konservatoriums Dresden
  - **Tätigkeitsbericht des  
Kammervorstandes**
  - **Vorstandswahlen**

– **Bericht zur Befragung der  
Dresdner Medizinstudenten 2003**

**Festvortrag:**  
Geschichte, Vision und Stand der Arbeiten  
am Dresdner Lingnerschloss, Referent:  
Dr. Peter Lenk, Vorstandsvorsitzender des  
Fördervereins Lingnerschloss e.V.

Wir freuen uns über eine zahlreiche Teilnahme  
und erwarten ihre engagierte Diskussion.

Der Vorstand der Kreisärztekammer Dresden

ANZEIGE

Ihre  
Sächsische Landesärztekammer  
im Internet

[www.slaek.de](http://www.slaek.de)

# 11. Satzung zur Änderung der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung

Vom 02. November 1991

## Artikel I Neuregelungen

Die Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung vom 02. November 1991 in der Fassung der 10. Änderungssatzung vom 16. Juni 2001, genehmigt mit Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie vom 06. Juli 2001, Aktenzeichen 32-5248.12/3 IV (veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen 8/2001, S. 377 und im Deutschen Tierärzteblatt 9/2001, S. 1040) wird wie folgt geändert:

### 1. Zu § 1

In § 1 Abs. 3 wird die Bezeichnung „Tierärztekammer“ durch die Bezeichnung „Landestierärztekammer“ ersetzt.

In § 1 Abs. 4 wird die Bezeichnung „Tierärztekammer“ durch die Bezeichnung „Landestierärztekammer“ und die Bezeichnung „Gesetz über die Berufsausübung, Berufsvertretungen und Berufsgerichtsbarkeit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker im Freistaat Sachsen (Sächsisches Heilberufekammergesetz-SächsHKaG) vom 24. Mai 1994“ durch die Bezeichnung „Gesetz über die Berufsausübung, Berufsvertretungen und Berufsgerichtsbarkeit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker im Freistaat Sachsen (Sächsisches Heilberufekammergesetz-SächsHKaG) in der jeweils gültigen Fassung“ ersetzt.

### 2. Zu § 2

In § 2 wird die Bezeichnung „erweiterte Kammerversammlung“ durch die Bezeichnung „Erweiterte Kammerversammlung“ ersetzt.

### 3. Zu § 3

In § 3 Abs. 1 Satz 2 wird die Bezeichnung „erweiterte Kammerversammlung“ durch die Bezeichnung „Erweiterte Kammerversammlung“ ersetzt.

In § 3 Abs. 1 Satz 3 Nr. 5 werden die Worte „des Multiplikators,“ gestrichen.

### 4. Zu § 4

In § 4 Abs. 1 Satz 1 wird die Bezeichnung „Kassenärzte“ durch „Vertragsärzte“ und die Bezeichnung „Tierärztekammer“ durch „Landestierärztekammer“ ersetzt.

§ 4 Abs. 2 wird gestrichen.

§ 4 Abs. 3 wird zu § 4 Abs. 2. In Satz 1 werden die Worte „und ihrer Stellvertreter“ gestrichen. In Satz 2 wird die Bezeichnung „erweiterten Kammerversammlung“ durch „Erweiterten Kammerversammlung“ ersetzt.

§ 4 Abs. 4 wird zu § 4 Abs. 3.

§ 4 Abs. 5 wird zu § 4 Abs. 4.

§ 4 Abs. 6 wird zu § 4 Abs. 5. In Satz 1 werden die Worte „oder ihre Stellvertreter“ gestrichen.

§ 4 Abs. 7 wird § 4 Abs. 6 und wie folgt neu gefasst:

(6) Für ausscheidende Mitglieder wird für den Rest der Amtsdauer ein neues Mitglied gewählt.

§ 4 Abs. 8 wird zu § 4 Abs. 7. In Satz 2 wird die Bezeichnung „erweiterten Kammerversammlung“ durch die Bezeichnung „Erweiterten Kammerversammlung“ ersetzt.

§ 4 Abs. 9 wird zu § 4 Abs. 8. In Satz 2 wird die Bezeichnung „erweiterten Kammerversammlung“ durch die Bezeichnung „Erweiterten Kammerversammlung“ ersetzt.

§ 4 Abs. 10 wird zu § 4 Abs. 9. Die Bezeichnung „die Aufsichts- und Versicherungsaufsichtsbehörde“ wird durch die Bezeichnung „die zuständigen Aufsichtsbehörden“ ersetzt.

### 5. Zu § 5

§ 5 Abs. 1 wird wie folgt neu gefasst:

(1) Der Verwaltungsausschuss besteht aus dem Präsidenten der Landesärztekammer, im Falle seiner Verhinderung einem Vizepräsidenten der Landesärztekammer, vier weiteren Angehörigen der Landesärztekammer, einem Angehörigen der Landestierärztekammer, einem Beisitzer mit der Befähigung zum Richteramt, einem Beisitzer mit der Prüfung eines Diplommathematikers oder einer gleichwertigen Prüfung und einem weiteren Beisitzer der auf dem Gebiet des Bank- und Hypothekwesens erfahren sein muss. <sup>2</sup>Die ärztlichen und tierärztlichen Mitglieder im Verwaltungsausschuss müssen Mitglieder der Sächsischen Ärzteversorgung sein. <sup>3</sup>Dem Verwaltungsausschuss müssen mindestens ein niedergelassener Vertragsarzt, ein angestellter Arzt und ein ärztlicher Altersruhegeldempfänger angehören. <sup>4</sup>Entscheidend ist der Status der Mitglieder des Verwaltungsausschusses zum Zeitpunkt der Wahl.

§ 5 Abs. 2 wird gestrichen.

§ 5 Abs. 3 wird zu § 5 Abs. 2. In Satz 1 werden die Worte „und der durch Vertrag zu bestellenden“ und die Worte „wie deren Stellvertreter“ gestrichen. In Satz 2 wird die Bezeichnung „durch Vertrag bestellen“ durch die Bezeichnung „durch Vertrag zu bestellenden“ ersetzt und die Worte „und ihrer Stellvertreter“ gestrichen. In Satz 3 wird die Bezeichnung „erweiterten Kammerversammlung“ durch „Erweiterten Kammerversammlung“ ersetzt.

§ 5 Abs. 4 wird zu § 5 Abs. 3.

§ 5 Abs. 5 wird zu § 5 Abs. 4. In Satz 1 werden die Worte „oder ihre Stellvertreter“ gestrichen.

§ 5 Abs. 6 wird § 5 Abs. 5 und wie folgt neu gefasst:

(5) Für ausscheidende Mitglieder wird für den Rest der Amtsdauer ein neues Mitglied berufen.

§ 5 Abs. 7 wird § 5 Abs. 6. In Satz 2 wird die Bezeichnung „erweiterten Kammerversammlung“ durch die Bezeichnung „Erweiterten Kammerversammlung“ ersetzt.

Es wird nachfolgender neuer Satz 4 hinzugefügt:

„Der Verwaltungsausschuss ist für die Auswahl und für die Einstellung der Mitarbeiter der Sächsischen Ärzteversorgung zuständig.“

§ 5 Abs. 8 wird zu § 5 Abs. 7. In Satz 1 werden die Worte „und ihrer Stellvertreter“ gestrichen. In Satz 2 wird die Bezeichnung „erweiterten Kammerversammlung“ durch die Bezeichnung „Erweiterten Kammerversammlung“ ersetzt.

§ 5 Abs. 9 wird zu § 5 Abs. 8. Die Worte „ihre Stellvertreter“ werden gestrichen.

#### **6. Zu § 6**

In § 6 wird die Bezeichnung „Tierärztekammer“ durch die Bezeichnung „Landestierärztekammer“ ersetzt.

#### **7. Zu § 7**

§ 7 Abs. 1 Satz 2 wird zu § 7 Abs. 1 Satz 5. Es werden nachfolgende neue Sätze 2 bis 4 eingefügt:

<sup>2</sup>Das Vermögen der Sächsischen Ärzteversorgung ist vom Vermögen der Landesärztekammer unabhängig. <sup>3</sup>Für Verbindlichkeiten der Sächsischen Ärzteversorgung haftet nur deren Vermögen. <sup>4</sup>Es haftet nicht für Verbindlichkeiten der Landesärztekammer.

In § 7 Abs. 5 Satz 6 wird die Bezeichnung „erweiterte Kammerversammlung“ durch die Bezeichnung „Erweiterte Kammerversammlung“ ersetzt.

#### **8. Zu § 9**

In § 9 Abs. 1 werden die Bezeichnung „Tierärztekammer“ durch die Bezeichnung „Landestierärztekammer“ und die Bezeichnung „45. Lebensjahr“ durch die Bezeichnung „65. Lebensjahr“ ersetzt.

In § 9 Abs. 2 wird die Bezeichnung „Tierärztekammer“ durch die Bezeichnung „Landestierärztekammer“ ersetzt.

#### **9. Zu § 10**

§ 10 Abs. 1 Nrn. 3. und 4. werden gestrichen. § 10 Abs. 1 Nr. 5 wird zu § 10 Abs. 1 Nr. 3. § 10 Abs. 1 Nr. 6 wird zu § 10 Abs. 1 Nr. 4.

In § 10 Abs. 2 Nr. 1 wird die Bezeichnung „Nrn. 1 bis 4“ durch die Bezeichnung „Nrn. 1 bis 2“ ersetzt.

In § 10 Abs. 2 Nr. 2 wird die Bezeichnung „Nrn. 5 und 6“ durch die Bezeichnung „Nrn. 3 und 4“ ersetzt.

#### **10. Zu § 12**

In § 12 Abs. 1 Nr. 1 wird die Bezeichnung „Tierärztekammer“ durch die Bezeichnung „Landestierärztekammer“ ersetzt.

In § 12 Abs. 2 Satz 1 wird das Wort „freiwillig“ gestrichen.

§ 12 Abs. 2 Nr. 2 wird zu § 12 Abs. 2 Nr. 3.

§ 12 Abs. 2 Nr. 3 wird zu § 12 Abs. 2 Nr. 4.

Es wird nachfolgender neuer § 12 Abs. 2 Nr. 2 eingefügt:

2. Mit Beginn der Pflichtmitgliedschaft in einem anderen inländischen Versorgungswerk oder einem ausländischen sozialen Sicherungssystem im europäischen Wirtschaftsraum.

#### **11. Zu § 13**

Die Überschrift „freiwillige Mitgliedschaft“ wird durch die Überschrift „fortgesetzte Mitgliedschaft“ ersetzt.

§ 13 Abs. 1 wird wie folgt neu gefasst:

(1) Eine Pflichtmitgliedschaft, die gemäß § 12 Abs. 1 Nr. 1 endet, kann fortgesetzt werden, sofern zu Beginn der fortgesetzten Mitgliedschaft keine Berufsunfähigkeit besteht.

In § 13 Abs. 2 Satz 1 wird die Bezeichnung „freiwilligen“ durch die Bezeichnung „fortgesetzten“ ersetzt.

In § 13 Abs. 2 Satz 2 wird das Wort „freiwilligen“ gestrichen.

#### **12. Zu § 14**

In § 14 Abs. 1 wird die Bezeichnung „Tierärztekammer“ durch die Bezeichnung „Landestierärztekammer“ ersetzt.

#### **13. Zu § 15**

§ 15 Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt neu gefasst:

<sup>1</sup>Soweit nichts anderes bestimmt ist, haben Mitglieder der Sächsischen Ärzteversorgung einen Beitrag von 9 v.H. ihres reinen Berufseinkommens bis zum 1,5fachen des jeweiligen Angestelltenhöchstbeitrages der gesetzlichen Rentenversicherung zu zahlen.

§ 15 Abs. 3 wird wie folgt neu gefasst:

(3) <sup>1</sup>Für Zeiten, in denen eine ärztliche oder tierärztliche Berufstätigkeit ausgeübt wird, ist mindestens der Mindestbeitrag zu zahlen. <sup>2</sup>Für Zeiten, in denen keine ärztliche oder tierärztliche Berufstätigkeit ausgeübt wird, ist der halbe Mindestbeitrag zu zahlen.

#### **14. Zu § 18**

In der Überschrift werden die Worte „Beamten und Soldaten“ gestrichen.

In § 18 Abs. 1 werden die Worte „sowie Beamte und Soldaten“ und „und § 17“ gestrichen.

#### **15. Zu § 21**

§ 21 Abs. 1 Satz 3 wird wie folgt neu gefasst:

3Eine freiwillige Mehrzahlung ist nach Eintritt des den Versorgungsfall begründenden Ereignisses, dem Ende der Pflichtmitgliedschaft oder dem Ende der fortgesetzten Mitgliedschaft nicht möglich.

§ 21 Abs. 3 Satz 3 wird zu § 21 Abs. 3 Satz 4.

Es wird nachfolgender neuer § 21 Abs. 3 Satz 3 eingefügt:

<sup>3</sup>Sofern für das Mitglied in diesem Zeitraum keine Beitragspflicht bei der Sächsischen Ärzteversorgung bestanden hat, entspricht die persönliche Beitragsgrenze dem jeweiligen Pflichtbeitrag.

#### **16. Zu § 22**

In § 22 Abs. 2 wird die Bezeichnung „freiwillige Mitglieder“ durch die Bezeichnung „die fortgesetzte Mitgliedschaft“ ersetzt.

§ 22 Abs. 5 wird gestrichen.

#### **17. Zu § 23**

In § 23 Abs. 1 Satz 3 wird das Wort „vierteljährlich“ gestrichen.

In § 23 Abs. 1 Satz 4 wird das Wort „vierteljährlichen“ gestrichen.

§ 23 Abs. 3 Satz 1 wird wie folgt neu gefasst:

<sup>1</sup>Die Abschlagszahlungen auf die Beiträge nach §§ 15 und 18 werden mit Schluss eines Kalendervierteljahres oder auf Antrag zum Ende eines Kalendermonats zur Zahlung fällig.

In § 23 Abs. 3 Satz 4 wird das Wort „vierteljährlichen“ gestrichen.

Es wird folgender neuer § 23 Abs. 3 Satz 6 eingefügt:

<sup>6</sup>Für die Erfüllung der Beitragspflicht ist der Zahlungseingang bei der Sächsischen Ärzteversorgung maßgeblich.

In § 23 Abs. 4 Satz 1 wird die Bezeichnung „von acht Wochen nach Fälligkeit“ durch die Bezeichnung „des angegebenen Zahlungszieles“ ersetzt.

§ 23 Abs. 4 Satz 3 wird zu § 23 Abs. 4 Satz 5.

§ 23 Abs. 4 Satz 4 wird zu § 23 Abs. 4 Satz 6.

Es werden folgende neue § 23 Abs. 4 Sätze 3 und 4 eingefügt:

<sup>3</sup>Eingehende Zahlungen werden zuerst auf Gebühren, dann auf Kosten, dann auf Säumniszuschläge, dann auf Zinsen und zuletzt auf die Beitragsforderungen angerechnet. <sup>4</sup>Unter mehreren Beitragsforderungen wird zuerst die älteste Beitragsforderung getilgt.



In § 23 Abs. 5 Satz 1 wird die Bezeichnung „24 Monaten“ durch die Bezeichnung „18 Monaten“ ersetzt.

§ 23 Abs. 6 wird wie folgt neu gefasst:

(6) <sup>1</sup>Beitragsforderungen erlöschen mit dem Ende der Mitgliedschaft, wenn rückständige Pflichtbeiträge trotz Mahnung und Hinweis auf die Rechtsfolgen nicht innerhalb der in der Mahnung gesetzten Frist gezahlt werden. <sup>2</sup>Die Frist beträgt mindestens vier Wochen.

#### **18. Zu § 24**

In § 24 Abs. 2 Satz 1 werden die Worte „sofern sie das 45. Lebensjahr zu Beginn der für die Nachversicherung maßgebenden Beschäftigung noch nicht vollendet hatten“ gestrichen.

#### **19. Zu § 25**

§ 25 Abs. 2 Satz 4 wird wie folgt neu gefasst:

<sup>4</sup>Die Beitragsrückgewähr ist ausgeschlossen, wenn das Mitglied seinen ständigen Wohnsitz in einem Staat des europäischen Wirtschaftsraumes und die Mitgliedschaft bei der Sächsischen Ärzteversorgung mindestens zwölf Monate bestanden hat.

§ 25 Abs. 3 wird wie folgt neu gefasst:

(3) Endet die Mitgliedschaft ohne Überleitung und ohne Beitragsrückgewähr, gelten weiterhin die Satzungsbestimmungen über Versorgungsleistungen mit Ausnahme der Regelungen über das erhöhte Ruhegeld bei vorzeitigem Berufsunfähigkeit und das vorgezogene Altersruhegeld.

§ 25 Abs. 5 wird gestrichen.

#### **20. Zu § 26**

§ 26 Abs. 1 Satz 3 wird wie folgt neu gefasst:

<sup>3</sup>Die Bestimmungen gemäß § 31 Abs. 5 gelten jedoch dann nicht.

In § 26 Abs. 1 Satz 5 wird die Bezeichnung „§ 36a“ durch „§ 36“ ersetzt.

§ 26 Abs. 3 wird § 26 Abs. 4.

Es wird folgender neuer § 26 Abs. 3 eingefügt:

(3) <sup>1</sup>Sofern für das Mitglied aus einem anderen sozialen Sicherungssystem Versicherungs- oder Wohnzeiten zu berücksichtigen sind, wird die Versorgungsleistung anteilig gewährt. <sup>2</sup>Zu berücksichtigen sind vorbehaltlich anderer gesetzlicher Regelungen insbesondere Versicherungs- oder Wohnzeiten aus einem sozialen Sicherungssystem des ausländischen europäischen Wirtschaftsraumes. <sup>3</sup>Dies gilt entsprechend für Versicherungszeiten aus einer vorangegangenen oder nachfolgenden Mitgliedschaft in einem anderen inländischen berufsständischen Versorgungswerk. <sup>4</sup>Soweit nichts anderes bestimmt ist, ergibt sich die anteilige Versorgungsleistung aus der mit den zu berücksichtigenden Versicherungs- oder Wohnzeiten ermittelten Versorgungsleistung multipliziert mit dem Verhältnis der Versicherungszeit bei der Sächsischen Ärzteversorgung zu den gesamten Versicherungs- oder Wohnzeiten aller beteiligten sozialen Sicherungssysteme vor Eintritt des Versorgungsfalles.

Es wird folgender neuer § 26 Abs. 5 eingefügt:

(5) Versorgungsleistungen gemäß §§ 28 bis 34, denen eine Versicherungszeit von weniger als zwölf Monaten zugrunde liegt, werden durch eine einmalige Zahlung nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik abgefunden.

#### **21. Zu § 27**

§ 27 Abs. 2 Nrn. 1 und 4 werden gestrichen.

§ 27 Abs. 2 Nr. 2 wird § 27 Abs. 2 Nr. 1.

§ 27 Abs. 2 Nr. 3 wird § 27 Abs. 2 Nr. 2.

In § 27 Abs. 3 wird die Bezeichnung „erweiterte Kammerversammlung“ durch die Bezeichnung „Erweiterte Kammerversammlung“ ersetzt und die Worte „(Preisgefüge, Lebenshaltungskosten, Kaufkraft) den Multiplikator,“ gestrichen.

#### **22. Zu § 28**

§ 28 Abs. 3 wird wie folgt neu gefasst:

(3) Die Rentenbemessungsgrundlage für ein Kalenderjahr wird im versicherungsmathematischen Gutachten zum vorletzten Kalenderjahr als Ergebnis der versicherungstechnischen Bilanz ermittelt.

#### **23. Zu § 30**

§ 30 Abs. 4 Satz 4 wird gestrichen.

§ 30 Abs. 5 wird wie folgt neu gefasst:

(5) Die Versorgung wird jedoch frühestens mit dem Tag fällig, an dem der Antrag auf Ruhegeld bei Berufsunfähigkeit der Sächsischen Ärzteversorgung zugeht.

§ 30 Abs. 6 Satz 1 wird wie folgt neu gefasst:

<sup>1</sup>Der Antrag auf Ruhegeld wegen Berufsunfähigkeit ist schriftlich zu stellen, die von der Verwaltung geforderten Unterlagen und Nachweise sind beizufügen.

In § 30 Abs. 7 wird die Bezeichnung „§ 28 Absätze 2 bis 4“ durch die Bezeichnung „§ 28 Absätze 2 bis 3“ ersetzt.

#### **24. Zu § 31**

Es wird folgender neuer § 31 Abs. 2 Satz 2 eingefügt:

<sup>2</sup>Sofern sich aus der Anwendung von Abs. 1 eine besondere Härte ergibt, kann mit Zustimmung des Verwaltungsausschusses von dessen Anwendung abgesehen werden.

§ 31 Abs. 4 Nr. 1 Satz 1 wird wie folgt neu gefasst:

<sup>1</sup>Zu berücksichtigen sind die in den letzten fünf Kalenderjahren vor Ruhegeldbeginn anwartschaftswirksam entrichteten Pflichtbeiträge sowie die in diesem 5-Jahreszeitraum entrichteten freiwilligen Mehrzahlungen, soweit sie nicht auf die letzten beiden Kalenderjahre vor Ruhegeldbeginn entfallen.

#### **25. Zu § 33**

§ 33 Abs. 4 Satz 1 wird wie folgt neu gefasst:

<sup>1</sup>Das Witwen- oder Witwergeld beträgt bis zum Ablauf des sechsten Kalendermonats 4/5 danach 3/5 des sich nach §§ 28 bis 31 errechnenden Ruhegeldes, das dem Mitglied zustand oder zugestanden hätte, wenn es am Tag seines Todes dauernd berufsunfähig gewesen wäre.

§ 33 Abs. 5 wird wie folgt neu gefasst:

(5) Der Anspruch auf Witwen- oder Witwergeld erlischt  
1. mit Ablauf des Kalendermonats, in dem der Berechtigte stirbt oder  
2. mit Ablauf des 60. Kalendermonats, nach dem sich der Berechtigte wiederverheiratet.

§ 33 Abs. 6 wird gestrichen.

#### **26. Zu § 34**

§ 34 Abs. 3 Satz 1 wird wie folgt neu gefasst:

<sup>1</sup>Das Waisengeld beträgt bei Halbweisen bis zum Ablauf des sechsten Monats 1/4 danach 1/5, bei Vollweisen bis zum Ablauf des sechsten Monats 2/5 danach 1/3 des sich nach §§ 28 bis 31 errechnenden Ruhegeldes, das dem Mitglied zugestanden hätte, wenn es am Tag seines Todes dauernd berufsunfähig gewesen wäre.

§ 34 Abs. 5 wird gestrichen.

**27. Zu § 35**

§ 35 wird gestrichen.

**28. Zu § 36**

§ 36 wird gestrichen.

**29. Zu § 36a**

§ 36a wird zu § 36.

Die Überschrift „Zuschüsse zu Rehabilitationsmaßnahmen“ wird durch die Überschrift „Freiwillige Leistungen zu Rehabilitationsmaßnahmen“ ersetzt.

**30. Zu § 37**

§ 37 wird gestrichen.

**31. Zu § 41**

Es wird folgender neuer § 41 Abs. 2 Satz 2 eingefügt:

<sup>2</sup>Wird der Widerspruch zurückgewiesen, erhebt die Sächsische Ärzteversorgung eine Widerspruchsgebühr zwischen 25 und 100 EUR.

**32. Zu § 42**

In § 42 Abs. 1 wird die Bezeichnung „Tierärztekammer“ durch die Bezeichnung „Landestierärztekammer“ ersetzt.

In § 42 Abs. 2 wird die Bezeichnung „Tierärztekammer“ durch die Bezeichnung „Landestierärztekammer“ ersetzt.

Es wird folgender neuer § 42 Abs. 4 eingefügt:

(4) 1§ 9 findet auf Pflichtmitglieder der Landesärztekammer und der Landestierärztekammer keine Anwendung, die bis zum 31. 12. 2004 das 45. Lebensjahr vollendet haben und

1. deshalb von der Pflichtmitgliedschaft in der Sächsischen Ärzteversorgung oder einem anderen inländischen berufsständischen Versorgungswerk auf Antrag oder durch Rechtsvorschrift ausgeschlossen wurden oder

2. zu diesem Zeitpunkt Pflichtmitglied eines anderen berufsständischen Versorgungswerkes sind.

<sup>2</sup>Dies gilt entsprechend für Befreiungen von der Pflichtmitgliedschaft wegen Anerkennung eines privaten Versicherungsvertrages und Befreiungen zugunsten einer bestehenden fortgesetzten Mitgliedschaft bei einem anderen inländischen berufsständischen Versorgungswerk.

**33. Zu § 45**

In § 45 Abs.1 wird die Bezeichnung „Altersrente“ durch die Bezeichnung „Altersrente für Frauen gemäß § 237a SGB VI“ ersetzt.

**Artikel II  
Inkrafttreten**

Die Satzungsänderungen treten zum 01. 01. 2005 in Kraft.

Dresden, den 26. Juni 2004

gez. Dr. med. Schmidt  
Verwaltungsausschuss  
Vorsitzender

gez. Dr. med. Simon  
Aufsichtsausschuss  
Vorsitzender

gez. Prof. Dr. med. habil. Schulze  
Präsident der  
Sächsischen Landesärztekammer

Dienstsiegel

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales hat mit Bescheid vom 08. 09. 2004, AZ 32-5248.12/3 V, die Genehmigung erteilt.

Die vorstehende 11. Satzung zur Änderung der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung wird hiermit ausgefertigt und im Ärzteblatt Sachsen und im Deutschen Tierärzteblatt bekannt gemacht.

Dresden,  
den 17. 09. 2004

Dienstsiegel

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



## 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

#### Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Augenheilkunde  
Reg.-Nr. 04/C058  
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
Reg.-Nr. 04/C059

#### Chemnitzer Land

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 04/C060

#### Aue-Schwarzenberg

Facharzt für Orthopädie  
Reg.-Nr. 04/C061

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 24. 10. 2004 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789-406 oder 2789-403 zu richten.

#### Chemnitz-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 04/C062

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 7. 11. 2004 an die Kassenärztliche Vereinigung Sach-

sen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789-406 oder 2789-403 zu richten.

### ■ Bezirksstelle Dresden

#### Dresden-Stadt

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde  
Reg.-Nr. 04/D056

#### Görlitz-Stadt/

**Niederschlesischer Oberlausitzkreis**  
Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde  
Reg.-Nr. 04/D057

#### Bautzen

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 04/D058

#### Meißen

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 04/D059

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10. 11. 2004 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 8828-330 zu richten.

### ■ Bezirksstelle Leipzig

#### Leipzig-Stadt

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
Reg.-Nr. 04/L040

#### Leipziger Land

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin  
Reg.-Nr. 04/L041

#### Muldentalkreis

Facharzt für Innere Medizin  
(Fachärztlicher Versorgungsbereich)  
Reg.-Nr. 04/L042

#### Delitzsch

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 04/L043

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 5. 11. 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 Dresden

#### Dresden-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
geplante Praxisabgabe: Mai 2005  
Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
geplante Praxisabgabe: 1. 1. 2006  
Facharzt für Innere Medizin\*)  
(Hausärztlicher Versorgungsbereich)  
geplante Praxisabgabe: nach Absprache

#### Görlitz-Stadt/

**Niederschlesischer Oberlausitzkreis**  
Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
geplante Praxisabgabe: nächstmöglich

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. (0351) 8828-330.

### ■ Bezirksstelle Leipzig

#### Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
geplante Praxisabgabe: Anfang 2005  
**Leipziger Land**

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
geplante Praxisabgabe: Ende 2004  
**Döbeln**

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
geplante Praxisabgabe: Ende 2004  
**Muldentalkreis**

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
geplante Praxisabgabe: Mitte 2005  
**Torgau-Oschatz**

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

S. Briest<sup>1,2</sup>, M. K. Pawelka<sup>1,3</sup>, St. Leinung<sup>1,4</sup>, L.-Chr. Horn<sup>1,5</sup>

# Die Sentinel-Lymphknoten-Biopsie beim Mammakarzinom

## Konzept und Management

Universität Leipzig  
Universitätsklinikum

### Zusammenfassung

Der Nodalstatus ist der wichtigste Prognosefaktor des Mammakarzinoms. Die Wahrscheinlichkeit axillärer Lymphknotenmetastasen hängt von der Tumorgöße ab. Rund 70 Prozent aller T1-Tumoren sind nodalnegativ.

Nach einer radikalen axillären Lymphonodektomie zeigen rund 30 Prozent aller Frauen eine Morbidität im Schulter-Arm-Bereich. Das Prinzip der Sentinel-Lymphknoten-

Biopsie beruht auf der Annahme, dass solide Tumoren einen gerichteten Lymphabfluss über einen oder mehrere erstdrainierende Lymphknoten aufweisen; die Sentinel- (SLN) oder Wächterlymphknoten. Der Status des SLN (Metastase ja/nein) erlaubt eine Aussage über den Befall nachgeschalteter Lymphknoten. Die SLN-Detektion erfolgt mit verschiedenen Verfahren, wobei als Standard heute die Markierung des Tumors mit Radionuklid ist.

Die SLN-Biopsie ist derzeit noch keine Standardtherapie. Dennoch darf der Patientin nach ausführlicher Aufklärung diese Behandlungsoption nicht verweigert werden, sofern der Eingriff nach den von nationalen Fachgesellschaften vorgegebenen Rahmenbedingungen erfolgt.

**Schlüsselwörter:** Mammakarzinom – Sentinel-Lymphknoten – axilläre Lymphknoten – Onkologie

### Einleitung

Die operative Therapie des Mammakarzinoms unterlag in den letzten Jahrzehnten einem dramatischen Wandel, der von einer zunehmenden Einschränkung der Radikalität gekennzeichnet war. Die brusterhaltenden Operationsverfahren in Kombination mit der adjuvanten Radiotherapie der Mamma sind heute als Standardverfahren etabliert. Während der letzten ca. 10 Jahre wurde ein neues Konzept in die operative Behandlung von malignen Erkrankungen implementiert – die Sentinel-Lymphknoten-Biopsie.

### Prinzip der

#### Sentinel-Lymphknoten-Biopsie

Das Prinzip der Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (SLN-Biopsie) beruht auf der Annahme, dass solide Tumoren einen gerichteten bzw. geordneten Lymphabfluss über einen erstdrainierenden Lymphknoten (LK) aufweisen. Der oder die ersten Lymphknoten im Abstromgebiet eines Tumors werden als Sentinel- oder Wächterlymphknoten bezeichnet. Weiterhin wird davon ausgegangen, dass der Status des SLN (Metastase ja/nein), eine Aussage über den Befall der nachgeschalteten regionären Lymphknoten (LK) zulässt.

Der Begriff „sentinel node“ wurde erstmals von Gould 1960 im Zusammenhang mit der Darstellung eines Referenzlymphknotens beim Parotiskarzinom erwähnt. Wiederbelebt wurde das Prinzip der SLN-Biopsie 1977 durch Cabanas beim Peniskarzinom. 15 Jahre später zeigten Morton et al. (1992), dass das Lymphabflussgebiet von Melanomen nach peritumorale Injektion eines Farbstoffes intraoperativ erfaßt werden kann. 1993 wur-

de die Lokalisierung des SLN beim Mammakarzinom mittels einer Radionuklid-Markierung beschrieben (Krag et al. 1993). Giuliano et al. (1994) sowie Morton et al. (1992) stellen das lymphatische Mapping und die Sentinellymphonodektomie für das Mammakarzinom detailliert dar.

#### Onkologische Rationale der Sentinel-Lymphknoten-Biopsie beim Mammakarzinom

Der Nodalstatus ist nach wie vor der wichtigste Prognosefaktor des Mammakarzinoms (Strobl et al. 2002). Weisen die axillären LK Metastasen, auf, werden diese als Ausgangspunkt für die systemische Disseminierung betrachtet. Ihre Entfernung dient in diesem Fall der lokalen Tumorkontrolle. Unter den Aspekten der Qualitätssicherung und der lokalen Tumorkontrolle in der Axilla ist eine Entfernung von mindestens 10 LK aus dem Level I und II erforderlich (DKG S3-Leitlinie; www.mammakarzinom.de).

Das Mammakarzinom wird zunehmend in früheren Tumorstadien diagnostiziert. Entsprechend den Angaben des gemeinsamen Krebsregisters der neuen Bundesländer werden 38,4 Prozent der 46.300 – 50.500 pro Jahr in Deutschland neu entdeckten Mammakarzinome im Stadium T1 diagnostiziert (Strobl et al. 2002). Die Wahrscheinlichkeit der Metastasierung in die regionären, axillären LK hängt von der Tumorgöße ab. Rund 70 Prozent aller T1-Tumoren sind nodalnegativ (Carter et al. 1989).

Nach einer radikalen axillären Lymphonodektomie (LNE) weisen bis zu 30 Prozent aller Frauen eine langandauernde oder bleibende Morbidität im Schulter-Arm-Bereich auf

(Kühn et al. 2000), die von Bewegungseinschränkungen über Sensibilitätsstörungen bis hin zum Lymphödem reicht.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass

1. die Erfassung des Nodalstatus zur Prognoseeinschätzung und Festlegung der adjuvanten Therapie derzeit noch notwendig ist,
2. die radikale axilläre LNE zu einer Beeinträchtigung der Lebensqualität bei einem beträchtlichen Teil der Patientinnen führt,
3. dass bei nodalnegativen Patientinnen die axilläre LNE rein diagnostischer Art ist und somit unter dem Aspekt einer möglichen Übertherapie zu diskutieren ist.

Einen möglichen Ausweg stellt das Konzept der SLN-Biopsie dar. Das Ziel der SLN-Biopsie besteht darin, den Nodalstatus sicher zu evaluieren und die Morbidität der axillären LNE einzuschränken, ohne die onkologische Sicherheit zu beeinträchtigen. Das bedeutet, dass die nodalnegativen Patientinnen mit dieser Methode identifiziert werden sollen, um ihnen die radikale LNE zu ersparen, wohingegen alle nodalpositiven Patientinnen nach wie vor eine radikale LNE erhalten müssen.

#### Indikationen und Technik der SLN-Biopsie

Prinzipiell eignen sich für die SLN-Biopsie nur Patientinnen mit kleinen Tumoren, die eine geringe Metastasierungswahrscheinlichkeit in die regionären LK aufweisen.

Die Voraussetzung für die gezielte Entnahme des SLN ist seine Auffindbarkeit, das heißt der SLN muss in geeigneter Weise markiert werden. Dazu gibt es grundsätzlich zwei

<sup>1</sup> Mammaboard an der Universität Leipzig,

<sup>2</sup> Universitätsfrauenklinik Leipzig,

<sup>3</sup> Klinik für Nuklearmedizin,

<sup>4</sup> Klinik und Poliklinik für Chirurgie,

<sup>5</sup> Institut für Pathologie (Gynäkopathologie) der Universität Leipzig

Möglichkeiten; einerseits die Markierung mit einem Farbstoff, andererseits die mit einem Radionuklid.

In beiden Fällen reichert sich der peritumoral- bzw. subdermal injizierte Tracer im SLN an. Mit dem Farbstoff, in der Regel Patentblau, wird der Operateur aufgrund der Blaufärbung des SLN und seiner zugehörigen Lymphbahn optisch zum SLN geführt, während bei Verwendung des Radionuklids der SLN intraoperativ mittels einer Gammasonde akustisch bzw. über eine Impulsanzeige an der Gammasonde detektiert wird. Bei Markierung mit einem Radionuklid wird zusätzlich präoperativ eine Lymphabflusszintigraphie angefertigt, um ggf. alternative Abflusswege zu erfassen. Dabei gelten nach Morton et al. (1992) als Kriterien für den SLN eine eigene Lymphbahn, eine frühe Erscheinungszeit, eine starke, persistierende Anreicherung des Radionuklids im Lymphknoten sowie die Nähe des anreichernden Lymphknotens zum Primärtumor. Im Idealfall ist der SLN „hot and blue“.

Die Detektionsrate wird in der Literatur mit 68 – 98 Prozent angegeben, wobei die starke Variation durch die Patientenselektion und die Auswahl des Markierungsverfahrens bedingt ist (Kühn et al. 2000). Von 1997 – 2000 wurde in Deutschland eine prospektive Multicenterstudie durchgeführt, an der 21 Zentren mit 80 Operateuren beteiligt waren und 814 Patientinnen eingeschlossen wurden (Kühn et al. 2001). Bei einer Markierung mit Patentblau betrug die Detektionsrate 71,6 Prozent, mit Technetium 78,8 Prozent und in der Kombination beider Verfahren 89,6 Prozent. Bei der Interpretation dieser Detektionsraten muss berücksichtigt werden, dass es sich bei dieser Untersuchung um eine Validierungsstudie gehandelt hat. Alle Fälle wurden ohne Berücksichtigung der Lernphase der Operateure dokumentiert. Alleiniges Einschlusskriterium war unabhängig vom Tumorstadium das einseitige primäre Mammakarzinom, für das eine operative Therapie einschließlich der axillären LNE geplant war.

Neben der Notwendigkeit der Optimierung der Applikation des Tracers hinsichtlich des Volumens und des Applikationsortes wird aus diesen Zahlen klar, dass die Kombination beider Techniken die höchste Reproduzierbarkeit für eine hohe Detektionsrate aufweist, so dass von der alleinigen Verwendung

der Farbstoffmethode abgeraten werden muss. Wird der SLN detektiert und korrekt entfernt, so ist die Sensitivität der Methode sehr hoch. Ausdruck der Sensitivität ist die Falsch-Negativ-Rate (FN-Rate). Sie beschreibt die Rate an Patientinnen, bei denen der histologische Status des SLN nicht mit dem der übrigen axillären LK übereinstimmt. Die Falsch-Negativ-Rate ist Ausdruck der onkologischen Sicherheit und errechnet sich aus den falsch-negativen Fällen bezogen auf die Anzahl nodalpositiver Fälle eines Patientenkollektivs (Kühn et al. 2002).

Wichtig ist, dass das Risiko eines übersehenen positiven LK-Status entscheidend von der Wahrscheinlichkeit einer Lymphknotenbeteiligung bei der zu operierenden Patientin abhängt. Der häufigste Grund für einen falsch-negativen SLN ist die nicht korrekte Auswahl von Patientinnen für die Methode. In jedem Fall hängt der Erfolg der Methode von der Lernkurve des Operateurs ab. Es wird heute gefordert, dass jeder Operateur bei 20 bis 50 Patientinnen sowohl eine SLN-Biopsie als auch eine komplette axilläre LNE durchgeführt haben muss, bevor die alleinige SLN-Biopsie verantwortbar ist (Kühn et al. 2001). Der Erfolg und die Validität der SLN-Biopsie hängen von einer guten interdisziplinären Zusammenarbeit ab. Wird der SLN nicht optimal durch den Nuklearmediziner markiert, resultiert eine schlechte Detektionsrate. Damit ist der Operateur nicht in der Lage, den SLN zu entfernen. Der Pathologe, dem die intraoperative Entscheidung über die Beendigung oder Fortführung der Operation anhand des SLN-Status obliegt, ist seinerseits auf die korrekte SLN-Biopsie angewiesen.

#### SLN-Biopsie als Standardtherapie?

Studien haben gezeigt, dass die SLN-Biopsie bezüglich ihrer onkologischen Sicherheit und im Hinblick auf die Reduktion der Morbidität nach dem operativen Eingriff in der Axilla klare Vorteile bietet (Schrenk et al. 2000, Veronesi et al. 2003). Dennoch ist die SLN-Biopsie derzeit noch nicht überall eine Standardmethode. Bezüglich des Einflusses der SLN-Biopsie auf das rezidivfreie und Gesamtüberleben liegen derzeit noch keine Daten vor und sind mittelfristig auch nicht zu erwarten, da die Ergebnisse der derzeit laufenden Studien erst in ca. 10 Jahren ausgewertet werden können.

Die NSABP-B32-Studie in den USA hat der-

zeit die Rekrutierung ihrer Patientinnen abgeschlossen. Die deutsche KiSS-Studie ([www.sentinel-online.org/KISS](http://www.sentinel-online.org/KISS)) ist noch in der Phase der Rekrutierung. Andererseits wird die SLN-Technik in einzelnen Ländern bereits heute zum neuen Standard erklärt (Schwartz et al. 2002, Veronesi et al. 2003). Daher ist zu erwarten, dass die Mammaoperateure zunehmend mit dem Wunsch der Patientin nach einer SLN-Biopsie konfrontiert werden und sich diese Methode als Standard etabliert.

Um diesem Problem Rechnung zu tragen, hat die Deutsche Gesellschaft für Senologie in Auswertung internationaler Empfehlungen und Erfahrungen wie dem Konsensusmeeting in Philadelphia 2001 (Schwartz et al. 2002) und im Ergebnis einer sehr konzentriert geführten Diskussion aller an der Behandlung des Mammakarzinoms Beteiligten Empfehlungen für die Durchführung der SLN-Biopsie in Deutschland formuliert (Kühn et al. 2003). Darin werden die personellen, strukturellen und fachlichen Anforderungen an eine Klinik, die die SLN-Biopsie durchführen möchte, klar definiert (Strukturqualität). Darüber hinaus werden Fragen der Indikation, der Ausbildung des Operateurs, der standardisierten technischen Durchführung, der Dokumentation, der Aufklärung der Patientin und der Nachsorge festgelegt (Prozessqualität). Weiterhin werden Qualitätsindikatoren festgelegt, über deren Erfassung eine Ergebnisqualität belegt werden kann.

#### Institutionelle Voraussetzungen

- enge Kooperation zwischen Operateur, Nuklearmediziner und Pathologen,
- Möglichkeit der Applikation radioaktiv markierter Tracer und Durchführbarkeit einer Lymphabflusszintigraphie,
- Vorhandensein einer Gammasonde,
- protokollgerechte histopathologische Aufarbeitung des SLN mit der Möglichkeit der intraoperativen Schnellschnittuntersuchung,
- Dokumentationsmöglichkeit.

#### Anforderung an den Operateur

- Beherrschung der konventionellen Axilladissektion,
- mindestens 50 Mammakarzinomoperationen pro Jahr,
- Absolvierung einer Einarbeitungs- und Implementierungsphase entsprechend der



vom Konsensuspanel ausgearbeiteten Empfehlungen,

- alternativ: 20 Assistenzen bei einem erfahrenen SLN-Operateur, 20 eigene SLN-Biopsien unter Assistenz eines erfahrenen Operateurs,
- mindestens 20 SLN-Biopsien/Jahr.

#### Indikationen

- unifokales Mammakarzinom bis 2 cm Größe (T1-Karzinome) mit klinisch negativem Nodalstatus,
- primäre Operation,
- sekundäre Operation bei Zustand nach Lumpektomie möglich.

#### standardisierte Markierung

##### 1. Radionuklid:

- Tc-99m markierte Kolloide mit einer Teilchengröße von 20 – 100 nm in 0,2 – 1,0 ml Volumen,
- Aktivität in Abhängigkeit des verwendeten Protokolls zwischen 10 – 250 MBq,
- peritumorale, intra- oder subdermale oder subareoläre Injektion des Tracers,
- präoperative Lymphoszintigraphie empfohlen:  
obligat: statische Aufnahmen in mindestens 2 Ebenen (gegebenenfalls zusätzliche Aufnahmen aus 45°-Sicht bis zur Darstellung des SLN)  
fakultativ: dynamische Lymphszintigraphie
- intraoperative Detektion mittels Gamma-sonde vor bzw. nach Exstirpation des Primärtumors.

##### 2. Farbstoff

Patentblau V (Fa. Geurbet) additiv.

#### Histopathologische

##### Aufarbeitung der SLN

Bezüglich der Aufarbeitung sind in den vergangenen Jahren zahlreiche Studien publiziert worden (Übersicht bei Yared et al. 2002), ohne dass eine bestimmte Aufarbeitungstechnik klare Vorteile erkennen ließ. Anhand der Literaturanalyse und unter Berücksichtigung von Consensus-Treffen erscheint derzeit folgendes Vorgehen empfehlenswert (Yared et al. 2002, Schwartz et al. 2002, Silverberg 2002): Die Aufarbeitung des SLN sollte von einem erfahrenen Pathologen vorgenommen werden. Die Sentinel-Lymphknoten sollten entlang ihrer größten Ausdehnung in 0,2 bis 0,4 cm starke Scheiben geschnitten werden (Schwartz et al. 2002, Silverberg 2002).

Im Falle eines Schnellschnittes wird die vollständige Untersuchung der SLN mit der Anfertigung von drei Schnittstufen empfohlen (Schwartz et al. 2002). Die zusätzliche bzw. alleinige Untersuchung der SLN mittels Imprint-Zytologien i.S. einer intraoperativen Schnellschnittzytologie (Ratanawichitransin et al. 1999), hat sich nicht durchsetzen können.

In Analogie zur radikalen Lymphonodektomie müssen die SLN vollständig aufgearbeitet werden. Die Art der Aufarbeitung des Paraffinmaterials wird kontrovers diskutiert. Gute, mit einem vertretbaren Aufwand erzielte Ergebnisse hat die Anfertigung von drei HE-gefärbten Stufenschnitten (ca. alle 500 µm) ergeben. Lassen sich in diesen Schnitten keine Metastasen nachweisen oder ist das Ergebnis zweifelhaft, wird die immunhistochemische Untersuchung mit einem Pan-Zytokeratin-Antikörper empfohlen (Yared et al. 2002, Schwartz et al. 2002). Der Einsatz molekularer Techniken ist derzeit nur unter Studienbedingungen sinnvoll (Fitzgibbons et al. 2000).

#### Management der SLN-Biopsie am Universitätsklinikum Leipzig

An der Universität Leipzig hat sich vor 2 Jahren ein interdisziplinäres Mammazentrum etabliert, welches die Kollegen aller Fachdisziplinen vereinigt, die an der Behandlung von Patientinnen mit einem Mammakarzinom beteiligt sind. Im Einzelnen sind dies Vertreter der Radiologie, Nuklearmedizin, Gynäkologie, Chirurgie, Pathologie, Onkologischen Nachsorge (Tumorambulanz), Genetik, Psychosomatik sowie des Tumorzentrums an der Universität Leipzig e.V. In wöchentlich durchgeführten Tumorkonferenzen (siehe grüne Seiten des „Ärztblatt Sachsen“), an denen ein Vertreter jeder im Mammazentrum vertretenen Fachdisziplin teilnimmt, werden alle Patientinnen mit einem Mammakarzinom vorgestellt. Im Ergebnis des Treffens wird für jede Patientin ein Tumorprotokoll erstellt, in dem die wichtigsten Fakten zur Erkrankung dokumentiert werden. Dies gilt auch für Patientinnen, die eine SLN-Biopsie erhalten sollen.

#### Praktische Durchführung der SLN-Biopsie:

1. Auswahl der Patientin entsprechend den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Senologie (Kühn et al. 2003).

2. Interdisziplinäre Vorstellung im Mammazentrum mit Festlegung des OP-Termins.

3. Am Vortag der Operation Markierung des SLN mit einem Radionuklid in der Klinik für Nuklearmedizin und Anfertigung eines Lymphabflussszintigramms.

4. Am OP-Tag sonografisch/stereotaktisch gesteuerte Markierung des Tumors, intraoperativ Umspritzen des Tumors mit 2 ml Farbstofflösung (Patentblau), Detektion des/der SLN mittels Gammasonde sowie Entfernung und Übersendung zur intraoperativen Schnellschnittuntersuchung.

5. Resektion des Tumors (brusterhaltende Therapie, falls möglich) mit standardisierter Fadenmarkierung des Präparates, Präparatmammographie.

6. Übersendung des Resektates zur Beurteilung des Abstandes zwischen Tumor und Resektionsrand im Rahmen eines weiteren intraoperativen Schnellschnittes.

7. Gegebenenfalls Nachresektion, wenn im Schnellschnitt der Abstand des invasiven Karzinoms oder der intraduktalen Tumorausbreitung weniger als 1cm vom Schnitttrand beträgt.

8. Durchführung der radikalen axillären Lymphonodektomie mit Separierung in Level I und II (Formalinfixierung und Paraffineinbettung) in Abhängigkeit des Ergebnisses der intraoperativen Schnellschnittuntersuchung des SLN.

#### Postoperatives Management von Mammakarzinompatientinnen

1. Bestimmung etablierter histomorphologischer Parameter am Resektat und am axillären Lymphonodektomiepräparat (unter anderem Einordnung in das TNM-System mit Angabe der genauen Tumorgöße und der Zahl metastatisch befallener sowie insgesamt resezierter Lymphknoten (z.B. pN1a (2/17)), Nachweis von Lymph- bzw. Blutgefäßeinbrüchen (Aufarbeitung der SLN-Biopsie wie oben beschrieben.)

2. Immunhistochemische Bestimmung des Steroidhormonrezeptorstatus mit Angabe des immunreaktiven Scores (IRS) nach Remmele und Stegner sowie des c-erbB-2 (HER-neu) Status (semiquantitative Auswertung mit Angabe des Score-Wertes)

3. Interdisziplinäres Tumorkonzil mit Festlegung der adjuvanten Therapie.

4. Angebot einer humangenetischen Beratung

5. Angebot einer psychoonkologischen Betreuung

**Fazit**

Wir halten die Implementierung der SLN-Biopsie entsprechend den Kriterien der von der Deutschen Gesellschaft für Senologie ausgesprochenen Empfehlungen in die Behandlung der Patientin mit einem Mammakarzinom für einen entscheidenden Schritt in der Verbesserung der operativen Therapie der betroffenen Frauen. Auch wenn die SLN-Biopsie

sie noch nicht als Standardtherapie angesehen werden darf, sollte man einer Patientin diese Behandlungsoption nicht mehr verweigern, sofern die Patientin nach ausführlicher Aufklärung, auch über die Risiken der Therapie, der SLN-Biopsie zustimmt und die Behandlung entsprechend der von der Fachgesellschaft vorgegebenen Rahmenbedingungen stattfindet.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzanschrift:  
Oberärztin Dr. med. Susanne Briest  
Leiterin der Abteilung Senologie  
Universitäts-Frauenklinik Leipzig  
(Triersches Institut)  
Philipp-Rosenthal-Str. 55  
04103 Leipzig  
Tel.: 0341 9723423  
E-Mail: susanne.briest@medizin.uni-leipzig.de

## 14. Sächsische Balint-Tagung

Dresden  
26. – 28. 3. 2004

Kulturell und historisch attraktiv vermochte Dresden am 26. 3. 2004 über 40 Kollegen aus alten und neuen Bundesländern anzuziehen zur gemeinsamen Balint-Arbeit am Tage und einem spannenden Abendprogramm unter der Leitung von Frau Dr. med. Heike Langer und der Referentin.

In drei Großgruppen- und fünf Kleingruppen-Sitzungen von einhalbstündiger Dauer stand im Mittelpunkt die von einem Teilnehmer geschilderte und problematisierte Arzt-Patienten-Beziehung. Der vorstellende Kollege lässt als Zuhörer die spontanen Einfälle der Runde auf sich wirken. Der Gruppenprozess wird begleitet von einer kommentierenden, zum Teil deutenden Gruppenleitung. Abschließend wird der Referent aufgefordert, sein Erleben während der Sitzung mitzuteilen und sich die Fortsetzung der Beziehung durch eine weitere Begegnung vorzustellen.

In typischer Weise fand das erste Kennenlernen der gut altersgemischten – von der Studentin bis zum Pensionär – Kollegen aus alten und neuen Bundesländern in der Großgruppe statt. Neu-Einsteiger konnten hier hautnah spüren, wie die Distanz des Außenstehenden einen anderen Blick ermöglicht, wie aber auch nur der etwas los wird, der sich in den Kreis wagt. Die wohlwollende und gewährende erfahrene Leitung ermutigte dazu, sich in den folgenden Kleingruppen, aber auch in der täglichen Großgruppe, aktiv einzubringen.

Fast die Hälfte der Teilnehmer erwiesen sich als alte Balint-Hasen, die in der Leitergruppe

supervidiert von Frau Dr. med. Heide Otten, Wienhausen, und Herrn Prof. Dr. med. Werner König, Berlin, das Leiten übten. Hier wimmelte es von gestandenen Psychotherapeuten, denen es nicht mehr ganz leicht fällt, losgelöst von Fachjargon und psychodynamischen Überlegungen im Balintschen Sinn ungehemmt eigenen Gefühlen und Phantasien freien Lauf zu lassen. Ganz anders gelingt das den jungen Kollegen in den unterschiedlichsten Facharztbildungen, die sich in den Kleingruppen beherzt den schwierigsten Problemen stellten, die uns allen in der Beziehung zu unseren Patienten begegnen: – uneingestander Ärger auf die Patienten, die sich von uns nicht helfen lassen wollen und unter unseren Augen immer kränker werden, sogar dem Tod geweiht sind, – Ablehnung gegenüber denen, die sich verschließen oder die über die fadenscheinigsten Dinge jammern, während wir uns von einem Dienst in den nächsten schleppen, – das Meiden von Kontakt zu denen, die wiederkommen, nachdem wir schon einmal mit ihnen Schlimmstes durchgemacht haben, – uneingestander Neid auf die, die es sich einfach machen oder – Wut auf die, die uns dazu bringen, trotz bekundeter Skepsis und Zurückhaltung in Bezug auf die Prognose, immer weiter Diagnostik zu betreiben oder immer eingreifender und verletzender mit Therapieverfahren zu werden. All diese Gefühle wollen wir nicht haben und verstecken sie immer mehr hinter vermeintlichem Einsatz am Patienten, dessen unausgesprochene Erwartungen wir zu erfüllen versuchen. Begleitet uns ein solcher Patient nach Feierabend oder nach Abschluss der Therapie

gefühlshaft mit nach Hause oder zu einer Balint-Tagung, so ist hier der rechte Ort, dem Hintergrund mit Hilfe der Kollegen in der Runde aus sicherer Distanz des symbolhaft zurückgeschobenen Stuhles auf die Spur zu kommen. Am Ende der Kleingruppenarbeit fühlen sich alle Kollegen, die schon lange ihren Patienten mit sich herumgetragen hatten, befreit und erleichtert. Beschenkt mit einem Blumenstrauß von kollegialen Einfällen und Phantasien, die immer wieder so erstaunlich ins Schwarze treffen oder Dunkles erhellen, ist die nächste Begegnung mit dem unliebsamen Patienten oder dem nächsten erwartungsvollen Patienten kein gefürchteter Augenblick, sondern eine kreative Begegnung.

Durch diese Tagung zog sich von Anfang an, erst mit der Zeit sichtbar, ein roter Faden: Der Wunsch und gleichzeitig die Schwierigkeit, ob aus Ost oder West, offen füreinander zu bleiben, auch wenn uns unterschiedliche politische Systeme, Lebensstile, Überzeugungen und Erwartungen geprägt haben, zog sich durch alle Gruppen. Das Thema eskalierte in der letzten Großgruppe, in der der Ärger aufeinander Thema sein durfte. Es hat jeden einzelnen Anstrengung gekostet, wirklich zu verstehen und sich verständlich zu machen: Belohnt wurde das gemeinsame Bemühen spätestens am Ende der Tagung mit dem Gefühl gut genährt, bereichert und versöhnt in den beruflichen Alltag zurück zu kehren.

Dr. med. Cordula Barthe  
01665 Klipphausen, Peganaauer Straße 24 B

# Polnisch-Deutsch-Tschechische Konferenz

Jelenia Gora  
28. 8. 2004

## Grenzüberschreitende Kooperation im Rettungswesen

### Akutes Koronarsyndrom in der Rettungsmedizin

Diese Veranstaltung wurde vom regionalen Zentrum für Interventionelle Kardiologie in Hirschberg und von der Niederschlesischen Ärztekammer getragen.

Seit Jahren pflegen die Niederschlesische Ärztekammer und die Sächsische Landesärztekammer regelmäßige und intensive Kontakte, gemeinsame Symposien und Vorstandssitzungen sind mittlerweile geübte Praxis. Die Einladung zu diesem Fachsymposium haben wir gern angenommen.

Die Sächsische Landesärztekammer wurde durch den Vizepräsidenten, Herrn Dr. Stefan Windau, und den ärztlichen Geschäftsführer, Herrn Dr. Siegfried Herzig, vertreten. Im folgenden sollen vor allem politische Aspekte dieser Konferenz hervorgehoben werden. Im Brennpunkt der Veranstaltung standen Probleme der grenzüberschreitenden Kooperation im Vordergrund. Struktur und Organisation des polnischen und tschechischen Rettungswesens, dies unter besonderer Berücksichtigung des Luftrettungswesens wurden von den ärztlich als auch von den politisch Verantwortlichen erläutert. Als beispielgebend für offene Fragen und zu lösende Probleme in der länderübergreifenden Zusammenarbeit im Bereich des bodengebundenen Rettungsdienstes wurde die Situation in der Grenzstadt Zgorzelec/Görlitz analysiert. Völlig offenkundig war der starke Wille aller direkt Beteiligten zu enger Zusammenarbeit. Schon die unterschiedlichen Strukturen, die differierende materielle und technische Ausstattung sowie logistische Probleme innerhalb des jeweiligen Rettungswesens setzen derzeit noch Schranken. Viel gewichtiger aber sind die noch immer vorhandenen politischen und bürokratischen Hemmnisse für einen funktionierenden länderübergreifenden Rettungsdienst. So wurde berichtet, dass Rettungshubschrauber aus Deutschland für Patientenverlegungen in Polen nur bestimmte Städte – aus rechtlichen Gründen – anfliegen können, während es landetechnisch oft möglich wäre, das verlegende Krankenhaus direkt anzufliegen. Der schwerkranke Patient muss dann erst in die „zugelassene“ Stadt transportiert werden. Selbst

Grenzformalitäten müssen von Hubschrauberbesatzungen erledigt werden. Dies sind beschämende und patientenunfreundliche, andererseits ja geradezu lächerliche und anachronistische Zustände, bedenkt man doch, wie lange schon in unseren Ländern die politischen Systemwechsel her sind. Dass grenzüberschreitender Rettungsdienst in Europa reibungslos möglich ist, muss hier nicht weiter erläutert werden.

Dr. Stefan Windau referierte über Rettungsdienst, Notarztqualifikation und Probleme des Notarztendienstes in Sachsen. Er forderte für die Sächsische Landesärztekammer mit Blick auf die Probleme des grenzüberschreitenden Rettungsdienstes nun endlich den Abschluss von zielführenden völkerrechtlichen Verträgen. Auf dieser Basis können dann die Regionen, das heißt das Land Sachsen und beispielsweise die Wojewodschaften, entsprechende Kooperationsvereinbarungen treffen. Es ist klarzustellen, dass es sowohl von polnischer als auch von deutscher Seite auf Fachebene (beispielsweise Ärztekammern, Fachgesellschaften, Gebietskörperschaften und anderen) seit Jahren diesbezügliche intensive Bemühungen gibt. Auch der Vertreter des Sächsischen Staatsministeriums des Innern, Herr Bey, stellte sich hinter diese Forderungen und legte dar, dass sich das Sächsische Staatsministerium des Innern schon seit Jahren um geeignete Regelungen bemühe. Hier aber stehen logischerweise die Regierungen der Staaten in der Verantwortung, die Regelungskompetenz der Regionen greift erst nach Schaffung der völkerrechtlichen Voraussetzungen. Sinnvolle Regelungen mit entsprechenden Staatsverträgen gibt es bereits für den grenzüberschreitenden Katastrophenschutz. Der Vertreter des Sächsischen Staatsministeriums des Innern sicherte zu, erneut und zeitnah eine entsprechende Initiative bei den Ländern und beim Bund ergreifen zu wollen, gleiches verlaublich der Konsul der Bundesrepublik Deutschland in Breslau. Wir hoffen, dass den glaubhaft dargestellten Absichtserklärungen nun schnell auch Taten im Sinne praktikabler Lösungen folgen. Hier kann und muss die Politik ihre Handlungsfähigkeit beweisen, zumal Kostenfragen zwar eine gewisse, in diesem Zusammenhang nicht aber die gewichtigste Rolle spielen und so als „Generalverhinderungsargument“ nicht ins Feld geführt werden können.

Oder sollte die Weisheit, „Wo ein Wille ist, ist auch ein Weg“ hier gerade nicht gelten? Die Politik sollte die Chance nutzen, Glaubwürdigkeit zurückzugewinnen und – vor allem – den betroffenen kranken Menschen zu helfen.

Bezüglich der Problematik des grenzüberschreitenden Rettungsdienstes etc. muss hier mitgeteilt werden, dass der Sächsischen Landesärztekammer mehrere Sachverhalte bekannt sind, wo es in diesem Zusammenhang zu erheblichen Pflichtenkollisionen für Ärztinnen und Ärzte wie auch für Rettungsdienstmitarbeiter gekommen war, dies teils auch mit Rechtsrelevanz. Im Falle einer Kollegin wurde erst in der Berufungsinstanz eine Verurteilung aufgehoben. Wir haben als Sächsische Landesärztekammer deshalb auch auf diesem Symposium von der Politik gefordert, nicht nur bessere Bedingungen für den Patienten im grenznahen Raum zu schaffen, sondern endlich auch Rechtssicherheit und klare Handlungsgrundlagen für unsere Kolleginnen und Kollegen an der Basis der grenzüberschreitenden Notfallversorgung. Wir hoffen, wie alle Symposiumsteilnehmer, dass die profunde Diskussion auf dieser Konferenz die erforderlichen Entscheidungen befördert. Die Sächsische Landesärztekammer wird die Entwicklung beobachten und sich gegebenenfalls vernehmlich zu Wort melden. Im zweiten Teil der Konferenz standen Aspekte der prähospitalen Versorgung von Patienten mit kardiologischen Notfällen im Vordergrund. Es ist beachtens- und anerkenntniswert, mit wie viel Engagement bei den doch recht unterschiedlichen Voraussetzungen gearbeitet wird. Bei aller Kritik an Politik und Bürokratie – es gibt auch viel Positives, gerade an der Basis der Zusammenarbeit. Grenzüberschreitende Telemedizin in der Kardiologie im Rahmen des Deutsch-Polnischen Interregprojektes aus Görlitz wie auch andere Initiativen lassen vorsichtig optimistisch in die Zukunft schauen.

Eine Fortsetzung von Veranstaltungen dieser Art ist zu erwarten. Wir hoffen, dann schon über eine Verbesserung der Grundlagen für die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Rettungsdienst berichten zu können.

Dr. med. Stefan Windau  
Vizepräsident

Dipl.-Med. Albrecht Einbock  
 Ministerialdirigent  
 Vorstandsvorsitzender des Kuratoriums  
 Akademisches Lehrkrankenhaus  
 Klinikum Görlitz e.V.

An das Ärzteblatt Sachsen  
 Redaktion: presse@slaek.de

**Leserbrief**

**Würdigung des berühmten Chirurgen  
 Prof. Dr. med. Johannes  
 von Mikulicz-Radecki (1850 – 1905)  
 in der August-Ausgabe des  
 Ärzteblattes Sachsen**

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit großem Interesse habe ich den Artikel von Dipl.-Päd. Günter Christmann über das Leben und die berufliche Leistung von Mikulicz-Radecki gelesen.

Herrn Christmann ist für seinen medizinhistorischen Beitrag sehr zu danken.

Als Vorsitzender eines Vereins, dessen Mitglieder sich darum bemühen, die Medizinstandorte Wroclaw, Görlitz und Dresden zu verbinden, möchte ich darauf hinweisen, dass die Republik Polen den 100. Todestag von Mikulicz-Radecki im Jahre 2005 sehr engagiert vorbereitet.

Ich war mit Mitgliedern unseres Vereins am 11. und 12. März dieses Jahres in Wroclaw Gast der Medical University Wroclaw (Medizinische Akademie Breslau).

Eingeladen hatte uns mein Stellvertreter im Verein, Spectabilis Prof. Dr. med. Grzebieniak, von der Medical University Wroclaw.

Mein zweiter Stellvertreter im Verein, der Oberbürgermeister von Görlitz, Herr Prof. Dr. Karbaum, begleitete uns Ärzte in unserer medizin-diplomatischen Mission.

Wir hatten unter anderem Gespräche mit dem Stadtpräsidenten (Oberbürgermeister) von Wroclaw, Herrn Rafal Dutkiewicz.

Das polnische Wroclaw ist heute eine prosperierende Großstadt mit ca. 600 000 Einwohnern, davon 100 000 Studenten.

Das wichtigste Gespräch fand im Senatssaal des Rektoratsgebäudes statt.

Magnifizienz Prof. Dr. Leszek Paradowski empfing unsere Delegation in diesem altherwürdigen Ambiente.

Wesentliche Themen waren die zukünftigen Praktika Breslauer Medizinstudenten im Klinikum Görlitz, die Hospitation deutscher Ärzte

an der Medizinischen Akademie Breslau und, von Magnifizienz Paradowski angesprochen, der ausdrückliche Wunsch der polnischen Seite, die früheren engen Beziehungen zwischen der Medizinischen Akademie Wroclaw und der damaligen Medizinischen Akademie Dresden in der Gegenwart wieder zu beleben. In Wroclaw finden vom 14. bis 18. März 2005 die zentralen polnischen Festveranstaltungen zu Ehren von Mikulicz-Radecki anlässlich dessen 100. Todestages statt.

Die Schirmherrschaft über diese Feierlichkeiten hat der Präsident der Republik Polen, Herr Aleksander Kwasniewski, übernommen. Eine Einladung zur Teilnahme erging an die Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden.

Wer sich näher mit Leben und Werk Jan Miculicz-Radeckis beschäftigen möchte, der sei auf eine Publikation der Medizinischen Akademie Wroclaw hingewiesen:

Acta Universitatis Wratislaviensis No 2555  
 Waldemar Kozuschek (Autor)  
 Jan Mikulicz-Radecki  
 1850 – 1905  
 Mitbegründer der modernen Chirurgie  
 Bestellungen sind zu richten an:

Dzial Marketingu  
 Wydawnictwa Uniwersytetu  
 Wroclawskiego Sp.zo.o.,  
 50-137 Wroclaw, pl. Uniwersytecki 9/13  
 Fax: + 48 (0) 71 3411498  
 E-Mail: marketing @wuwr.com.pl

Das Buch ist zweisprachig erschienen. Die eine Seite ist in polnischer Sprache gedruckt, die andere druckt die deutsche Übersetzung ab.

Da ist man versucht, durch Sprachvergleiche ein ganz klein wenig die polnische Sprache zu verstehen. Einigermaßen überrascht war ich über ein Angebot, dass Magnifizienz Prof. Paradowski während unseres Gespräches uns sächsischen Vereinsmitgliedern machte.

Er regte an, einen gemeinsamen Wissenschafts- oder Forschungspreis auszuloben, der nach dem deutschen Chirurgen Ferdinand Sauerbruch benannt werden sollte.

Sauerbruch war bekanntermaßen ein Schüler von Mikulicz-Radecki, und wurde später der führende deutsche Chirurg.

Mit freundlichen Grüßen

Albrecht Einbock  
 Am Heiderand 2  
 01324 Dresden



## Dr. med. Eberhardt Wihsgott zum 65. Geburtstag



Am 23. 9. 2004 beging Herr Chefarzt Dr. med. Eberhardt Wihsgott in Dresden seinen 65. Geburtstag.

Die Mitarbeiter des Institutes für Diagnostische Radiologie des Städtischen Krankenhauses Dresden-Neustadt gratulieren ihm ganz herzlich zu seinem Ehrentag.

Herr Eberhardt Wihsgott wurde am 23. September 1939 in Festenburg/Schlesien geboren. Seit der Vertreibung 1946 lebte die Familie Wihsgott in Radebeul bei Dresden. Hier besuchte Eberhard Wihsgott die Grundschule und legte 1958 das Abitur ab. Von 1958 bis 64 absolvierte er sein Studium der Humanmedizin an der Charité der Humboldt-Universität zu Berlin. Diese Studienzeit, vor und nach dem Mauerbau in Berlin, hat in seinem Leben nachhaltige Eindrücke hinterlassen.

Nach dem Studium begann er 1964 eine Facharztweiterbildung zum Radiologen an der ehemaligen Medizinischen Akademie in Dresden, damals noch mit den drei Teilgebieten Radiologische Diagnostik, Strahlentherapie und Nuklearmedizin unter Herrn Professor Fritz.

Er absolvierte 1969 die Facharztprüfung und promovierte im gleichen Jahr mit dem Thema „Diagnostik retroperitonealer Sarkome“ in Dresden.

1971 übernahm er die Leitung der Röntgenabteilung am Städtischen Krankenhaus Dresden-Neustadt. Im Rahmen einer Neubauplanung 1980 wurde die Röntgenabteilung in das Institut für Röntgendiagnostik umgewandelt und Herr Dr. med. Wihsgott zum Chefarzt berufen. Zunächst als Einzelkämpfer, später mit einem Ärzteteam, entwickelte er das neue Röntgeninstitut im Laufe der Jahre und Jahrzehnte zu einer modernen Röntgeneinrichtung in Dresden mit allen modernen Untersuchungsmethoden. So wurden 1973 die Angiographie, 1974 die Lymphographie und die Mammographie, 1976 die Arthrographie, 1985 die Sonographie, 1990 die Computertomographie, 1995 die Magnetresonanztomographie und 2001 ein PACS am Städtischen Krankenhaus Dresden-Neustadt etabliert. Auf Grund seines Organisationstalentes war diese Entwicklung der Abteilung vor 1989 auch ohne Parteibuch des Chefs möglich.

Das Institut für Diagnostische Radiologie des Städtischen Krankenhauses Dresden-Neustadt ist eine Abteilung mit voller Berechtigung für die Weiterbildung zum Facharzt für Diagnostische Radiologie.

Bei der Ausbildung erweist sich Herr Chefarzt Dr. med. Wihsgott als ein Mentor mit viel Verständnis für seine jungen Kollegen und als Förderer individueller Fähigkeiten.

Er war langjährig Prüfungsvorsitzender für MTA (Erwachsenenqualifizierung) in Dresden und Mitglied der Arbeitsgruppe Lymphographie in der DDR.

Seine fachlichen Spezialgebiete waren in den ersten Jahren neben der Lymphographie die diagnostische und interventionelle Angiographie. Später beschäftigte er sich intensiv mit Begutachtungen thorakaler Berufserkrankungen.

In Zusammenarbeit mit dem damaligen VEB TUR Dresden wurden in den achtziger Jahren moderne Fernseh-Bildverstärker am Institut für Röntgendiagnostik Dresden-Neustadt erprobt und eingesetzt.

Für die Organisation der ambulanten radiologischen Versorgung in Dresden wurde Herrn Chefarzt Dr. med. Wihsgott 1977 der Fetscherpreis der Stadt Dresden verliehen.

1980 wurde er zum Medizinalrat ernannt.

Im Jahre 1998 war er an der wissenschaftlichen Leitung der Jahrestagung der Sächsischen und Thüringischen Radiologischen Gesellschaften in Radebeul beteiligt.

In der Nachwendezeit war Herr Chefarzt Dr. med. Wihsgott, neben seiner radiologischen Tätigkeit, von 1992 bis 2000 Ärztlicher Direktor des Städtischen Krankenhauses Dresden-Neustadt.

In dieser Zeit konnte das Klinikum umfangreich saniert werden und so Patienten und Ärzten verbesserte Behandlungsbedingungen bieten. Sein besonderer Verdienst war es, dass im Rahmen der Umstrukturierung des Klinikums nach der Wende die Arbeitsplätze der Mitarbeiter gesichert wurden. In seiner Amtszeit wurde die Neurologische Klinik und die Abteilung Akutgeriatrie am Städtischen Krankenhaus Dresden-Neustadt neu eröffnet.

Sowohl bei der jahrzehntelangen Leitung der Radiologie am Krankenhaus Dresden-Neustadt als auch als Ärztlicher Direktor bewährte sich sein Gespür für den richtigen Zeitpunkt und seine unkonventionelle Art, anstehende Probleme zu lösen, so dass er heute auf beruflich erfolgreiche Jahre zurückblicken kann.

Seine Mitarbeiter wünschen Herrn CA Dr. med. Eberhardt Wihsgott zum Geburtstag vor allem Gesundheit und viele glückliche Jahre nach seiner verdienten Pensionierung im Dezember 2004.

OA Dr. med. Thomas Haufe  
Institut für Diagnostische Radiologie des  
Städtischen Krankenhauses Dresden-Neustadt



# Unsere Jubilare im November

Wir gratulieren

- 60 Jahre**
02. 11. Dr. med. Spranger, Erhard  
08258 Markneukirchen
02. 11. Dr. med. Sturm, Jochen  
09112 Chemnitz
03. 11. Lorenz, Karin  
01109 Dresden
03. 11. Windisch, Brigitte  
08058 Zwickau
05. 11. Dr. med. Heinke, Volker  
01324 Dresden
05. 11. Dr. med. Lürmann, Knut  
03058 Gallinchen
06. 11. Dr. med. Hennersdorf, Elisabeth  
01896 Ohorn
06. 11. Priv.-Doz. Dr. med. habil. Kätzel, Ralph  
04155 Leipzig
07. 11. Dr. med. Wiemers, Ulrike  
04288 Leipzig
08. 11. Glaß, Gudrun  
02826 Görlitz
10. 11. Dr. med. Mory, Manfred  
09116 Chemnitz
13. 11. Dr. med. Herrmann, Gerhard  
02699 Königswartha
14. 11. Dipl.-Med. Hoffmeier, Kurt-Rüdiger  
04509 Schönwölkau
17. 11. Dipl.-Med. Anders, Marlies  
02791 Niederoderwitz
17. 11. Dr. med. Truhm, Brigitte  
08523 Plauen
19. 11. Dr. med. Frenkel, Ina  
04849 Bad Düben
19. 11. Dipl.-Med. Uhlemann, Wolfgang  
01219 Dresden
21. 11. Dr. med. Liebold, Wolfgang  
09465 Cranzahl
22. 11. Dr. med. Hahn, Monika  
04159 Leipzig
22. 11. Dr. med. Klinger, Johannes  
01809 Kötterwitz
23. 11. Dr. med. Fritzsche, Roland  
01594 Boritz
23. 11. Dipl.-Med. Glaß, Michael  
02826 Görlitz
24. 11. Dr. med. Herrmann, Kathrin  
01326 Dresden
27. 11. Dr. med. Verbeek, Tilmann  
02747 Herrnhut
28. 11. Dipl.-Med. Gottlöber, Barbara  
01844 Neustadt
- 65 Jahre**
01. 11. Pfeiffer, Sigrun  
02977 Hoyerswerda
01. 11. Dr. med. Reuther, Bernd  
08058 Zwickau
03. 11. Dr. med. Tier, Adolf  
09337 Hohenstein-Ernstthal
05. 11. Dr. sc. med. Stöber, Günter  
04736 Waldheim
06. 11. Prof. Dr. med. habil. Wehnert, Jörg  
01279 Dresden
07. 11. Littmann, Barbara  
09366 Stollberg
07. 11. Dr. med. Theß, Galina  
01159 Dresden
09. 11. Dr. med. Halamoda, Wolfgang  
01067 Dresden
09. 11. Dr. med. Schöne, Annelies  
01259 Dresden
10. 11. Dr. med. Ziegler, Almut  
04159 Leipzig
11. 11. Dr. med. Lau, Thomas  
04654 Frohburg
13. 11. Dr. med. Zobel, Stefanie  
04157 Leipzig
14. 11. Dr. med. Pohle, Barbara  
04275 Leipzig
14. 11. Dr. med. Zinkl, Marianne  
08056 Zwickau
16. 11. Dr. med. Schauer, Johann  
08523 Plauen
18. 11. Dr. med. Schwieger, Klaus  
04277 Leipzig
20. 11. Dr. med. Rosenkranz, Erika  
04288 Leipzig
24. 11. Dr. med. Jähnichen, Eckhard  
01454 Radeberg
24. 11. Dr. med. Müller, Heike  
01827 Pirna-Pratzschwitz
25. 11. Dr. med. Müller, Rolf  
04277 Leipzig
26. 11. Dr. med. Kraska, Klaus  
09322 Penig
26. 11. Dr. med. List, Antje  
04157 Leipzig
27. 11. Dr. med. Stegner, Ines  
09376 Oelsnitz
28. 11. Dr. med. Herrmann, Rosemarie  
01623 Ketzerbachtal
28. 11. Dr. med. Lammel, Wilfried  
02785 Olbersdorf
28. 11. Dr. med. Schliwa, Adolf  
08228 Rodewisch
29. 11. Kühne, Roland  
09390 Gornsdorf
29. 11. Dr. med. Richter, Rudolf  
08349 Johannegeorgenstadt
- 70 Jahre**
01. 11. Prof. Dr. med. habil. Behrendt, Wolfram  
04299 Leipzig
02. 11. Dr. med. Schalling, Siegfried  
09518 Großrückerswalde
04. 11. Dr. med. Dörre, Christa  
08294 Löbnitz
05. 11. Dr. med. Ackermann, Bernhard  
08058 Zwickau
06. 11. Dr. med. Aderhold, Margret  
09405 Zschopau
09. 11. Dr. med. Künzel, Gunther  
01877 Bischofswerda
09. 11. Schnabel, Irene  
09405 Zschopau
11. 11. Prof. Dr. med. habil. Müller, Martin  
01324 Dresden
12. 11. Dr. med. Pfeffer, Klaus  
01129 Dresden
13. 11. Prof. Dr. med. habil. Müller, Jutta  
01705 Freital-Wurgwitz
14. 11. Dr. med. Streidt, Irmgard  
01279 Dresden
16. 11. Dr. med. Bulang, Eva  
02625 Bautzen
17. 11. Dr. med. Conrad, Renate  
01277 Dresden
19. 11. Dr. med. Böhme, Klaus  
02625 Bautzen
22. 11. Dr. med. Hessel, Anni  
04155 Leipzig
23. 11. Dr. med. Döll, Günther  
02943 Weißwasser
25. 11. Dr. med. Fröhler, Marie-Luise  
04288 Leipzig
26. 11. Dr. med. Schubert, Maria  
08538 Mißlareuth
27. 11. Dr. med. Reinhold, Ursula  
01217 Dresden
28. 11. Prof. Dr. med. habil. Staib, Horst  
01237 Dresden
29. 11. Dr. med. Zimmermann, Betty  
04736 Waldheim
- 75 Jahre**
01. 11. Dr. med. Johné, Dieter  
04720 Döbeln
07. 11. Dr. med. Holm, Udo  
04229 Leipzig
07. 11. Dr. med. Mahmoud, Ali Abdul  
09111 Chemnitz
11. 11. Dr. med. Eder, Gerhard  
04808 Kühren
27. 11. Dr. med. Berndau, Wolfgang  
04319 Leipzig
29. 11. Dr. med. Dippmann, Ruth  
01309 Dresden
- 80 Jahre**
01. 11. Klose, Horst  
09114 Chemnitz
01. 11. Dr. med. Krause, Karl-Dieter  
01445 Radebeul
01. 11. Petri, Gertraud  
04668 Grimma
02. 11. Dr. med. Bernhardt, Johannes  
01326 Dresden
25. 11. Dr. med. Kleinschmidt, Gotthard  
09212 Limbach-Oberfrohna
- 81 Jahre**
03. 11. Dr. med. Banse, Christine  
09380 Thalheim
15. 11. Dr. med. Kahleyss, Wolf-Dietrich  
01662 Meißen
26. 11. Dr. med. Nowke, Kurt  
02827 Görlitz
- 82 Jahre**
11. 11. Doz. Dr. med. habil. Dr. med. dent. Schmidt, Hans  
04683 Naunhof
- 83 Jahre**
04. 11. Dr. med. Lehnert, Herbert  
09116 Chemnitz
08. 11. Dr. med. Großer, Rudolf  
02826 Görlitz
- 84 Jahre**
13. 11. Dr. med. Dluhosch, Winfried  
04683 Naunhof
21. 11. Dr. med. Berlet, Wolfgang  
01277 Dresden
- 85 Jahre**
12. 11. Dr. med. Roghan, Ursula  
08645 Bad Elster
17. 11. Bleischwitz, Günther  
01454 Radeberg
- 86 Jahre**
30. 11. Dr. med. Haupt, Rudolf  
02763 Zittau
- 89 Jahre**
24. 11. Dr. med. Leonhardt, Victoria-Alice  
09599 Freiberg
- 90 Jahre**
25. 11. Prof. Dr. med. habil. Strauzenberg, Ernest  
01731 Saida

## Robert Schumann in seiner Leipziger Zeit

### Ärztliche Begutachtungen der Augen des Musikers Robert Schumann (1810 bis 1856) in Leipzig für den Einsatz in der Kommunalgarde

Aus den Arbeitsberichten zur Geschichte der Stadt Leipzig wurden bei Ordnungsarbeiten am Bestand „Kommunalgarde Leipzig“ Dokumente zur Person Robert Schumanns entdeckt.

Am 15. Mai 1828 war Robert Schumann im Alter von 18 Jahren zur Aufnahme des Jura-Studiums in Leipzig eingetroffen.

In Leipzig gründete Schumann 1834 die „Neue Zeitschrift für Musik“ und es verband ihn die Liebe zur bereits damals berühmten Leipziger Pianistin Clara Wieck. 1840 erkämpfte er gegen den Willen ihres Vaters gerichtlich die Eheschließung. Von 1840 bis 1844 wohnte das glücklich verheiratete Ehepaar Schumann in der Inselstraße (18) 1. Etage in Leipzig. Prominente Persönlichkeiten aus aller Welt waren im Hause Schumann zu Gast: Franz Liszt, Felix Mendelssohn Bartholdy, Hector Berlioz, Richard Wagner, der Märchendichter Hans-Christian Andersen, Goethes Enkel Walter von Goethe und viele andere.

Schumann bekam aber nie das Bürgerrecht der Stadt, weil er weder ein Grundstück erwerben, noch ein Gewerbeunternehmen begründen wollte, auch war es für ihn als Privatgelehrten und Künstler nicht erforderlich. Vor der Eheschließung und Gründung eines Hausstandes musste er sich bemühen, als Schutzverwandter der Stadt anerkannt zu werden. Dabei blieb er ohne Wahlrecht der Stadtgemeindevertreter, es war nur Bürgern der Stadt vorbehalten.

Als Schutzverwandter Leipzigs erhielt aber der Komponist und Redakteur Robert Schumann die Aufforderung am Dienst der Kommunalgarde teilzunehmen. Die Kommunalgarde war 1830 begründet worden, um Ruhe und Ordnung in der Stadt wieder herzustellen. Anlass zu diesen Unruhen war die wachsende Unzufriedenheit der Kleinbürger über ihre politische Rechtlosigkeit und das herrschende Polizeiregime. Es stellten sich Lohnarbeiter und Handwerksgelegen in revolutionärer Absicht gegen Polizei und vorhandenes Militär. Überfälle und Plünderungen wurden in der Stadt zahlreicher, so dass auf Initiative des Besitzbürgertums eine Bürger-



*Robert-Schumann, geb. 8. 6. 1810, gestorben 29. 7. 1856. Obelisk in den Parkanlagen der Moritzbastei in Leipzig.*

garde entstand. Diese wurde vom Rat der Stadt kontrolliert und übte Polizeifunktion aus. Auch in anderen sächsischen Städten wurden militärische Vereinigungen von den Bürgern gegründet. Um diese Organisationen in die Hand zu bekommen, erließ die sächsische Landesregierung am 29. September 1830



*Schumann-Haus, Spätklassizistische Architektur, Inselstraße 18 in Leipzig.*

ein Mandat über die Errichtung von Kommunalgarden mit dem Zweck „die öffentliche Ruhe und gesetzliche Ordnung zu erhalten sowie das öffentliche und das private Eigentum zu sichern“. Dienstverpflichtet waren alle waffenfähigen Bürger und selbständigen Einwohner vom 21. bis 50. Lebensjahr, ausgenommen waren die im aktiven Militärdienst stehenden sowie Dienstboten und Almosenempfänger. Arbeitern, Handwerksgelegen und Studenten war der Eintritt freigestellt. Sie bedurften aber der Einwilligung ihrer „Brotgeber“ bzw. Institutsdirektoren.

Der Kommunalgardendienst bestand vorwiegend aus Exerzierübungen, Umgang mit der Waffe und Wachdienst.

Robert Schumanns Schreiben und vier medizinische Gutachten wegen Befreiung vom Kommunalgardendienst ergaben klare Aussagen über Schumanns damaligen Gesundheitszustand.

Das erste Gesuch stammt vom 1. Februar 1841. Es war das Jahr der Komposition seiner ersten Sinfonie, „Der Frühlingssinfonie“, (von Felix Mendelssohn Bartholdy 1841 im Gewandhaus zu Leipzig uraufgeführt).

Das erste medizinische Gutachten von seinem Hausarzt und Freund Dr. Reuter weist einerseits auf die in der Funktion stark eingeschränkten Zeige- und Mittelfinger der rechten Hand hin, wodurch er auch seine virtuose Laufbahn aufgeben musste, andererseits auf die seit seinem Knabenalter nach und nach immer stärker werdende „Kurzsichtigkeit“, so dass Robert Schumann nach Aussagen von Dr. Reuter „Gegenstände nur ganz nahe an die Augen gestellt erkennt“. Die „Kurzsichtigkeit“ Schumanns wird in der Literatur kaum erwähnt und auf den zahlreichen Bildern des Komponisten wird er nie mit Brille dargestellt.

Dass sich Schumanns Augenleiden, ebenso wie sein Handleiden, nicht besserte, wird belegt durch einen Brief vom 18. Februar 1842 an den Vorstand der Philharmonischen Konzerte in Hamburg, Theodor Avé Lallemand, Schumann sollte seine B-Dur Sinfonie dirigieren.

Schumann schreibt: „Ich bin so kurzsichtig, dass ich keine Note, keinen Musiker sehen kann. Muss mich erst in eine Brille finden, ehe ich es wagen darf“.

Schumann hatte bisher keine Brille getragen. Es ist lediglich der Gebrauch einer Lorgnette bekannt. Interessant sind die Worte des Arztes Dr. Reuter, „dass der Gebrauch einer Brille nach mehrmaligen Versuchen als das Augenleiden verschlimmernd bei ihm für unräthlich befunden wurde“. Diese Tatsache lässt vermuten, dass auch ein höherer Astigmatismus oder ein Keratokonus vorhanden war.

Die Freistellungsgutachten wurden aber schon damals nicht nur vom Hausarzt erstellt, die Reklamanten wurden vor den Stadtbezirksarzt Dr. Günz geladen. Dr. Günz erklärte Schumann für den Dienst in der Kommunalgarde als untauglich, stellt aber die Behinderungen nicht so klar heraus, so dass nach einem Jahr der Kommunalgardenausschuss Schumann einstellen will. Schumann reichte nun ein Gesuch zur Befreiung vom Dienst in der Kommunalgarde ein. Es heißt darin: „In dem Falle einer abermaligen abfälligen Entscheidung ergreife ich Recurs an das hohe Generalkommando der sächsischen Kommunalgarden und bitte ergebenst, dass an Hochdasselbe von den Wohlwöblichen Leipziger Kommunalgardenausschuss hierüber Bericht erstattet werde“. Das beiliegende Gutachten des Arztes Dr. Reuter weist unter anderem

nochmals auf den bedeutenden Grad der Kurzsichtigkeit hin und der Unmöglichkeit des Gebrauchs einer Brille. Damit wird auf die Untauglichkeit Schumanns an der Teilnahme des Waffendienstes an der Kommunalgarde hingewiesen. Wieder musste eine amtsärztliche Begutachtung durchgeführt werden, diesmal von Dr. Brachmann. Nach eingehender Untersuchung wird die Lähmungserscheinung seiner Finger als nicht so stark hinderlich dargestellt, aber die Kurzsichtigkeit und ein Blutandrang nach dem Kopf wird als Untauglichkeit für Exerzierübungen beurteilt.

Auf Beschluss des Kommunalgardenausschusses wurde Robert Schumann in die Reserve eingewiesen und blieb damit vom Kommunalgardenausschuss unbehelligt.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:  
Dr. med. Gottfried Vesper, Augenarzt,  
Harnackstraße 9, 04317 Leipzig

Abbildungen:  
Christine Barnahazi, Fotografenmeisterin,  
04288 Leipzig, Muldentälstraße 47

#### Ärztblatt Sachsen

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

#### Herausgeber:

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

#### Redaktionskollegium:

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

Redaktionsassistentz: Ingrid Hüfner

#### Anschrift der Redaktion

Schützenhöhe 16, 01099 Dresden  
Telefon 0351 8267-351  
Telefax 0351 8267-352

#### Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb

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

Verlagsleitung: Dr. Rainer Stumpe  
Anzeigendisposition: Silke El Gendy, Melanie Bölsdorff  
*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