

Ärzteblatt Sachsen



Inhalt 12/2004

Editorial	Arzt – ein freier Beruf?	544
Berufspolitik	Der Gesundheitskonzern – Stellungnahme der Sächsischen Landesärztekammer 31. Kammerversammlung	546 548
	Wahl des Vorstandes der Kreisärztekammer Dresden	555
	Wahl des Vorstandes der Kreisärztekammer Stadt Leipzig	556
Berufsrecht	Internet-Homepage – Kriterien der Gestaltung	557
Gesundheitspolitik	12. Klinikärzttreffen der Frauen- und Kinderkliniken in Sachsen	558
Amtliche Bekanntmachungen	Eintragungen in das Partnerschaftsregister	559
Mittelhefter	Satzungsänderungen	563 – 570
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Mitteilung der Bezirksstellen Chemnitz und Leipzig	559
	Internetecke	559
	Konzerte und Ausstellungen	559
	Impressum	559
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	560
Originalien	S. Fischer, K. Schmidt-Göhrich, M. Verlohren, J. Schulze Diagnostik und Therapie des Diabetes mellitus Typ 2	561
	G. Seidel, G. Saeltzer Ist automatische Spracherkennung jetzt praxistauglich oder nicht?	575
	Deutsches Ärzteorchester e.V.	578
Personalia	Prof. Dr. habil. Stanley Ernest Strauzenberg zum 90. Geburtstag	579
	Prof. Dr. habil. Gunter Gruber zum 65. Geburtstag	580
	Dr. habil. Konrad Müller zum 65. Geburtstag	581
	Unsere Jubilare im Januar	582
Feuilleton	Zeit – in ihrer schönsten Form	583
Beilage	Fortbildung in Sachsen – Februar 2005	

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

Arzt – ein freier Beruf? Illusion Freiberuflichkeit



Seit geraumer Zeit wird in der Ärzteschaft, noch mehr aber in Politik, Wirtschaft und Öffentlichkeit, eine Diskussion geführt um den ihr eigenen Status der Freiberuflichkeit. Es geht um eine jahrhundertealte Tradition, in Deutschland unterbrochen nur durch die Jahre der Teilung, als zu DDR-Zeiten eine im juristischen Sinne Freiberuflichkeit in der Medizin nicht oder nur in Ausnahmefällen möglich war (im ökonomischen schon gar nicht).

In berufsrechtlicher Hinsicht steht der Begriff des Freien Berufs für die persönliche eigenverantwortliche und fachlich unabhängige Erbringung von Dienstleistungen höherer Art. Der ärztliche Beruf ist kraft Gesetzes ein freier Beruf und kein Gewerbe (§1 Abs.2 BÄO). Wesentliches Kennzeichen des „freien Berufs“ ist unter anderem die „nicht multiplizierbare“ Leistungserbringung „in Person“ im Unterschied zu Gewerbe und Industrie.

Der Begriff des freien Berufs ist jedoch kein statischer Begriff. Dieser Begriff entwickelt sich vielmehr aus der Berufsrealität und aus der gesellschaftlichen Funktion des Berufes. Die einzelnen Funktionselemente der Freiberuflichkeit können sich unterschiedlich zusammenfügen und verändern.

Wesentliche Kennzeichen für einen freien Beruf sind ein gemeinsames Berufsethos, die persönliche und sachliche Unabhängigkeit der Berufsangehörigen, ein besonderes Maß an Verantwortung für die Allgemeinheit, ein spezifisches Vertrauensverhältnis sowie das

Risiko in wirtschaftlicher Betätigung, die eigene Verantwortlichkeit und die spezifische Sachkunde.

Worin besteht unser Selbstverständnis als Ärztin und Arzt?

Eine spontane Umfrage unter Dresdner Erstsemestern (nicht repräsentativ, aber tendenziell interessant) ergab, dass mit dem (juristischen) Freiberufsbegriff die wenigsten etwas anzufangen wussten, dass sie jedoch mit der Motivation das Medizinstudium beginnen, Menschen helfen zu können, in schweren Lebenskrisen zur Seite stehen zu können, etwas zu bewegen, und dass sie die dazu notwendige Freiheit für etwas Selbstverständliches halten.

Die gleiche Frage, im Ausschuss Junge Ärzte diskutiert, widerspiegelte bereits sehr deutlich die Erfahrungen der Einschränkungen in der Berufsausübung. Und ein sehr ähnliches Bild zeichneten Befragungen mehrerer „altgedienter“ Kolleginnen und Kollegen an verschiedenen Kliniken:

Den Anspruch, als Helfender, Heilender oder Linderer tätig zu sein, hatte niemand aufgegeben. Aber ausnahmslos alle sahen sich im Konflikt mit täglichen Zwängen – dem Zeitdruck, den jeweiligen roten Zahlen der Klinik, dem Dokumentationswahn und zunehmend zerrissen zwischen dem Anspruch an sich selbst (siehe oben), dem der Patienten (nicht selten als überzogen empfunden) und dem diverser anderer, in der Regel ökonomischer Instanzen.

Letzterer wird noch unmittelbarer von den niedergelassenen Kollegen empfunden. Zahlreiche, früher selbstverständliche Kassenleistungen wurden gestrichen – wird ein Arzt, der diese, nun kostenpflichtig, anbietet, zum Gewerbetreibenden? Wie grau ist der Bereich zwischen medizinischer Notwendigkeit, Betriebswirtschaftlichkeit, IgeL-Leistung und Geschäftemacherei?

Dass es durchaus Kollegen gibt, die sich eher als Gewerbetreibende verstehen, zeigt die rasant ansteigende Zahl an Schönheitsoperateuren – teilweise mit eindeutigen Verstößen gegen das Berufsrecht, die auf jeden Fall aber das Berufsethos „nicht zu schaden“ durchaus gewinnträchtig auslegen. Sonst ist es eigentlich nicht zu erklären, was einen Arzt verlassen kann, an jungen, gesunden Menschen herumzuschneiden, um sie einem gerade gängigen Schönheitsideal anzupassen. Ganz abgesehen von ihrer Nicht- oder Fehldiagnose

der bei diesen Patienten oft vorliegenden Persönlichkeitsstörung.

(Selbst-)Kritisch zu diskutieren ist unbedingt der Anspruch an Gesundheitswesen, Ärztinnen und Ärzte. Die in Deutschland in vielen Jahren des Wohlstandes und des Überflusses entstandene Behäbigkeit und Forderungshaltung, die dazu geführt hat, alle möglichen Leistungen als selbstverständlich hinzunehmen bzw. zu ermöglichen, macht das Rationalisieren nicht einfacher.

Nicht zu verwechseln ist dies mit dem Rationieren. Medizinisch notwendige Dinge zu kürzen, wie unlängst geschehen, ist familien-, frauen-, kinderfeindlich, arme benachteiligend und ökonomisch fragwürdig. Dass sich Ärzte (wie im Gemeinsamen Bundesausschuss) bereitgefunden haben, dies so durchzusetzen, ist bedrückend, zeigt aber wiederum auf, wie unfrei Ärzte tatsächlich agieren.

Über unser Selbstverständnis als Klempner

Das Leitbild einer Autowerkstatt hatte bis dato noch keiner verinnerlicht. Aber die Gefahr, dass uns dies zunehmend oktroyiert wird, ist im Verzug.

Herr Keller, der Kaufmännische Vorstand, erregte großes Aufsehen mit seiner Vorstellung, das Leipziger Universitätsklinikum wie eine Autowerkstatt führen zu wollen. Die Reaktion der Leipziger und vieler anderer Kolleginnen und Kollegen war eindeutig – neben Empörung beißender Sarkasmus.

Als einführende Ärztin mache auch ich mir zunehmend Sorgen um die psychische Gesundheit unserer „Gesundheitsmanager“ – ob sie nun Elmar Keller heißen oder Chef eines Klinik Konzerns sind... Von ökonomischer Fragwürdigkeit ganz abgesehen – was für Vorstellungen haben diese Herren von sich selbst? Unterliegen sie der optimistischen Wunsch- (oder Wahn-) Vorstellung, selbst niemals krank zu werden? Oder empfinden sie sich gar als Auto und fühlen sich deshalb in einer Autowerkstatt so gut behütet? Wie einfach es doch wäre, nur ein Ersatzteil einbauen zu müssen, und alles wäre wie neu... Dass sie selbst nicht wie die 70-jährige Großmutter auf ein Hüftgelenk sparen müssen, haben sie dabei womöglich aus den Augen verloren.

Der letzte Bundespräsident wies nochmals eindringlich darauf hin, dass das Krankenhaus ein Ort der Barmherzigkeit ist. Ärzte sind keine Anbieter, und Patienten sind keine Kunden“. So bleibt es immer problematisch,

wenn ein Betrieb, der sich um Kranke kümmern will, profitorientiert im Sinne des „shareholder value“ arbeiten muss – nicht zu verwechseln mit sparsam und kosteneffizient.

„Keine Dummheit ist so groß, als dass sie nicht durch Beharrlichkeit noch größer werden könnte.“ (Curt Goetz)

Wir sollten unsere Krankenhausverwaltungen daran erinnern, dass es auch in ihrer Verantwortung liegt, ihre Ärzte (ohne die nämlich auch keine Verwaltung mehr erforderlich wäre), in ihrer freien Berufsausübung zu fördern, nicht zu behindern.

Freiberuflichkeit – eine Illusion?

Der sächsische Ministerpräsident, Prof. Dr. Milbradt, meinte kürzlich im Interview, die Ärzteschaft habe es selbst in der Hand, ob sie am freien Berufsstand festhält oder sich mehr zu Gewerbetreibenden entwickelt. Dies scheint mir angesichts der politischen und ökonomischen Einflussnahme schon längst nicht mehr der Fall. Wir befinden uns seit langem in der Defensive. Zunehmend beschränkt sich unsere Einfluss-Möglichkeit auf das Verhindern von Schlimmerem.

Ist der Begriff der „Freiheit“ – wie sie das Wort „Freiberuflichkeit impliziert – in unserem

Berufsalltag überhaupt noch enthalten? Ist die Vorstellung, als Arzt sei man Freiberufler, angesichts der vielen Zwänge nicht längst Illusion? Voraussetzung für die Freiberuflichkeit ist eben auch die Freiheit von Zwängen, von bürokratischen und oft willkürlichen Limits, sind solide ökonomische Rahmenbedingungen und Zeit. Von daher, könnte man konstatieren, ist momentan der Arztberuf ein besonders unfreier, weil er Rationierungszwängen ausgesetzt ist wie kaum ein anderer.

Eine Einschränkung in der Berufsausübung sollte lediglich durch Vernunft, Sparsamkeit und Sorgfalt im Sinne des nachhaltigen Umganges mit unseren Ressourcen entstehen, Freiberuflichkeit ist nicht zuletzt im Denken notwendig.

Wir sind – im Gesetzessinne – Dienstleister. Diesen Begriff sollten wir endlich auch wieder im Sinne des Dienst-Leistens verstehen und leben, nämlich als **Dienst für Menschen** leistend und nicht für Krankenkassen, Behörden, Aktiengesellschaften. Dass wir dafür angemessen bezahlt werden, sollte selbstverständlich sein und nicht ständig zermürend erkämpft werden müssen. Solange das eigentliche Dienst-Leisten nicht wirklich belohnt wird – die Zuwendung, das Zuhören,

das Gespräch – solange werden wir uns aus der Ökonomisierungsfalle auch nicht befreien können.

Bei mehr als 300000 Ärztinnen und Ärzten in Deutschland existiert ein notwendigerweise differentes Meinungsbild. Ich hoffe, dass die Kollegen, die um ihre Freiheit im Beruf kämpfen, weiterhin die absolute Mehrheit darstellen.

Letztlich muss aber unsere Zivilgesellschaft darüber befinden, was sie anstrebt: Den Gesundheitsdienstleistungsanbieter oder die Ärztin/den Arzt. Sie sollte sich allerdings klar darüber sein, dass diese Entscheidung nicht Kunden, sondern kranke Menschen betrifft. Es liegt somit an uns allen, den abhanden kommenden Begriff der Solidarität zu verteidigen, im Sinne des lateinischen Ursprungs Gemeinsinn, gegenseitige Verpflichtung und Hilfsbereitschaft zum Wohle aller.

In diesem Sinne – ein frohes Weihnachtsfest. Möge Ihnen Zeit zur Besinnung auf das Wesentliche bleiben. Nehmen Sie sich die Freiheit zu genießen und sich zu verwöhnen – und bleiben Sie gesund.

Katharina Schmidt-Göhrich
Mitglied des Ausschusses „Junge Ärzte“



Marktplatz Dresden-Hellerau

Foto: Berthold

Weihnachten

Bäume leuchtend, Bäume blendend,
Überall das Süße spendend,
In dem Glanze sich bewegend,
Alt und junges Herz erregend –
Solch ein Fest ist uns bescheret,
Mancher Gaben Schmuck verehret;

Stauend schau'n wir auf und nieder,
Hin und her und immer wieder.

Aber, Fürst, wenn dir's begegnet
Und ein Abend so dich segnet,
Daß als Lichter, daß als Flammen
Vor dir glänzten allzusammen
Alles, was du ausgerichtet,
Alle, die sich dir verpflichtet:
Mit erhöhten Geistesblicken
Fühltest herrliches Entzücken.

Johann Wolfgang von Goethe

Der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer und das Redaktionskollegium „Ärzteblatt Sachsen“ wünschen Ihnen und Ihrer Familie eine frohe und besinnliche Weihnachtszeit und für das Neue Jahr 2005 alles erdenklich Gute.

Der Gesundheitskonzern

Im September 2004 hatte der kaufmännische Vorstand des Universitätsklinikums Leipzig, Herr Dr. Keller, eine Klinik mit einer Autowerkstatt verglichen. Die Stellungnahme der Sächsischen Landesärztekammer vom 4. Oktober 2004 wurde in der Tagespresse nur unzureichend wieder gegeben. Aus diesem Grund, und weil sich die 31. Kammerversammlung mit diesem Thema beschäftigt hatte, wird der Standpunkt im Ärzteblatt Sachsen vollständig veröffentlicht.

Stellungnahme der Sächsischen Landesärztekammer zum Artikel „Der Gesundheitskonzern – Leipziger UNI-Klinikum setzt streng auf Wirtschaftlichkeit – und will expandieren“ vom 22.9.2004 in der Leipziger Volkszeitung.

In diesem Artikel werden Aussagen getroffen, die seitens der sächsischen Ärzteschaft nicht unwidersprochen bleiben dürfen. Der ökonomische Vorstand des Uni-Klinikums Leipzig, Dr. Keller, wird damit zitiert, dass eine Klinik und eine Autowerkstatt zu 98,5 Prozent die gleichen Gene hätten. Ebenso wird von einem Patienten – Umschlag gesprochen. Es müssten in den Kliniken Industrialisierung, Standardisierung, Intensivierung und Qualitätskontrolle geschaffen werden. Die getroffenen Aussagen stehen für eine überzogene einseitige, ja verfla-



Dr. Stefan Windau

chende ökonomische Betrachtungsweise eines sehr vielschichtigen Prozesses. Das besondere Verhältnis von Arzt und Patient, was eben nicht nur eine Dienstleistungsbeziehung mit professioneller Marketingfreundlichkeit beinhaltet, sondern tragendes Fundament für die Heilung des erkrankten Menschen und von zentraler Bedeutung ist bleibt hier außen vor. Das Verfolgen des Konzernziels erscheint im Kontext dieses Artikels eher als Selbstzweck denn als Mittel zum Zweck – zumindest wird hier ein Mangel an Sensibilität im Umgang mit einer derart komplexen Problematik offenkundig. Viele Patienten und Ärzte haben Kernaussagen dieses Artikels als Schlag ins Gesicht empfunden. Leider aber passen die aufgegriffenen Aussagen gut in die gesellschaftliche Landschaft – Monetik contra Ethik, Dominanz des Ökonomischen auf allen Ebenen.

Die verfasste sächsische Ärzteschaft stellt hiermit klar: Ökonomie ja, Ökonomismus nein! Bei allen Zwängen – im Vordergrund unseres Denkens und Handelns steht noch immer der kranke Mensch und nicht das Konzernziel. Wir verwahren uns gegen eine derartige Deprofessionalisierung unseres Berufsstandes und Verflachung des Arzt-Patienten-Verhältnisses. Altbundespräsident Johannes Rau stellte im Mai 2004 auf dem Deutschen Ärztetag in Bremen fest: „Gesundheit ist ein hohes Gut, aber sie ist keine Ware. Ärzte sind keine Anbieter und Patienten sind keine Kunden“. Auch der ökonomische Vorstand unseres Uniklinikums sollte dies verinnerlichen und das Verständnis der eigenen Handlungen daran überprüfen.

Dr. Stefan Windau
Vizepräsident

Anmerkung der Redaktion: Herr Dr. Stefan Windau wurde am 20. November 2004 zum Vorsitzenden der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen gewählt. Herzliche Glückwünsche.

31. Kammerversammlung

Dresden
13. November 2004



Präsidium

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Prof. Dr. Jan Schulze, eröffnete und leitete die turnusmäßig einberufene 31. Kammerversammlung. Er begrüßte herzlich die anwesenden Mandatsträger der sächsischen Ärzteschaft und alle Gäste. Besonders willkommen hieß der Präsident den Ehrenpräsidenten, Herrn Prof. Dr. Heinz Diettrich, die Herren vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales, Herrn Ministerialdirigent Dipl.-Med. Albrecht Einbock, Leiter der Abteilung Gesundheitswesen, Herrn Jürgen Hommel, Leiter des Referates Recht des Gesundheitswesens; die Träger der Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille, die Geschäftsführung und die Mitarbeiter der Sächsischen Landesärztekammer. Es waren 80 der gewählten 101 ärztlichen Mandatsträgern anwesend. Die Kammerversammlung war beschlussfähig.

Ein berufspolitischer Höhepunkt der Kammerversammlung war der Vortrag des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer:

Wenn Gesundheitspolitiker streiten

Gesundheitsreform

Übergeordnetes Ziel der Gesundheitsreform war die Absenkung des Beitragssatzniveaus in der Gesetzlichen Krankenversicherung und dadurch Entlastung der Arbeitgeber und keine weitere Belastung der Arbeitnehmer. Damit sollte letztendlich die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems sichergestellt werden.

Dies sollte durch mehr Wettbewerb innerhalb der Krankenkassen und zwischen den Leistungserbringern – mit Stärkung der Rolle der Hausärzte – sowie durch mehr Eigenverantwortung der Versicherten erreicht werden.

Folgen für Patienten

Die Berufung einer Patientenbeauftragten durch die Bundesregierung sowie die Besetzung einer so genannten Dritten Bank durch Patientenvertreter im neuen „Gemeinsamen Bundesausschuss“ sind deutliche politische Signale für mehr Patientensouveränität und -autonomie. Jedoch – die Patientinnen und Patienten nehmen dies kaum wahr. Vom ersten Tag an spürbar sind aber die finanziellen Belastungen. Waren die Folgen früherer Reformen noch gleichmäßig auf den Schultern von Versicherten und Akteuren im Gesundheitssystem verteilt, so trifft es diesmal fast ausschließlich die Patienten. Auf die Steuerung der Leistungsanspruchnahme zielen auch Leistungsausgrenzungen und Leistungskürzungen. Die neuen Belastungsgrenzen haben zur Folge, dass auch gering Verdienende oder Bezieher von Sozialhilfe Zuzahlungen leisten müssen und Krankheit kaum noch bezahlen können.

Folgen für Ärzte

War die Umsetzung früherer Reformen in der Praxis von oft quälenden und konfrontativen Auseinandersetzungen mit den Patientinnen und Patienten begleitet, so ist im Verlauf des Jahres eher eine resignative Akzeptanz bis hin zu einer spürbaren Ohnmacht auszumachen. Der Unmut der Betroffenen zielt weniger auf Ärzte und Mitarbeiterinnen als auf „die Politik und die schlechte Lage“. Die wirtschaftliche Überforderung mancher Patienten wird offensichtlich. Der Verzicht auf Arztbesuche, auf notwendigen prothetischen Zahnersatz oder auf Sehhilfen, die Nachfrage nach den früher oft verpönten „Ärztemustern“ spricht eine deutliche Sprache. Ob der Rückgang der Fallzahlen von 10 Prozent im ersten, 5 Prozent im zweiten und 8 Prozent im dritten Quartal 2004 sich bei steigender Zahl von Befreiungsausweisen fortsetzen wird, bleibt abzuwarten. Den sinkenden Arzneimittelausgaben im ersten Halbjahr 2004 stehen die steigenden des zweiten Halbjahres gegenüber. Die gestiegenen Einnahmen der Gesetzlichen Krankenkassen mit einem Überschuss von 2,42 Mrd. Euro und die steigenden Erstkontakte beim Hausarzt sprechen für eine Steuerungswirkung. Dass dennoch die GKV ihre Beiträge nicht und schon gar nicht in der von der Politik geforderten Höhe senkt, spricht eher gegen eine wohl durchdachte Gesundheitspolitik. Dazu gesellt sich der Rückschlag – aus ärztlicher Sicht ein Erfolg – bei den Einnahmen aus der Tabaksteuer.



1. Reihe v.l.n.r. Prof. Dr. Fritz Beske, Dr. Peter Schwenke, Prof. Dr. Heinz Diettrich

Um die eigene Unfähigkeit für eine ordentliche Sacharbeit zu verschleiern, schiebt man die Schuld für misslungene Gesetze oder Aktionen der Selbstverwaltung in die Schuhe. Es gehört heute zur gängigen politischen Taktik der Selbstverwaltung, durch knappe Terminvorgaben die Ausführung von Aufgaben unmöglich zu machen. Bestes Beispiel ist die elektronische Gesundheitskarte.

Kriterien der Ärzteschaft

Im weiteren Verlauf der gesundheitspolitischen Diskussionen wird es für die Ärzteschaft immer wichtiger, die Kriterien der gesundheitlichen Versorgung für die Zukunft zu definieren. Allein daran haben sich die weiteren Reformmaßnahmen auszurichten. Die Kriterien der Ärzteschaft zur Finanzierung der Gesundheitsversorgung 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.

Ärzte sind keine Leistungserbringer

Die Ärzteschaft weiß um die Notwendigkeit von Reformen im Gesundheitswesen und ihr ist auch bewusst, dass aus fiskalischen Gesichtspunkten eine Neuorientierung der gesetzlichen Krankenversicherung notwendig ist. Aber es ist nicht an ihnen, die ökonomischen Stellschrauben zu justieren. Und sie werden sich nicht als „*Leistungserbringer im Gesundheitsmarkt*“ verstehen. Sie sind und bleiben verantwortungsvoll handelnde Ärzte in einem patientenorientierten Gesundheitswesen. Die Aufgabe der Ärzteschaft besteht in einer kompetenten Beratung der Regierung zu den Leistungen, welche von einer Krankenversicherung zukünftig vorzuhalten sind.

Fehlsteuerung der Chronikerprogramme

Die vordergründige Motivation der gesetzlichen Krankenkassen, die Umsetzung des Disease-Management-Programms Diabetes Typ II zu verfolgen, sind vordergründig finanzieller Art. Offensichtlich wird auch, dass Krankenkassen nur dann neue selektive Vertragsformen eingehen, wenn sie mit einer Subventionierung aus anderen „Töpfen“ rechnen können und das Kostenrisiko für sie gering bleibt. Denn wie sonst lässt sich die

Zurückhaltung bei anderen Vertragsformen im Vergleich zu DMP erklären.

Die Bundesgesundheitsministerin feiert sich in Berlin vor allem selbst, wenn sie behauptet, die Qualität der Versorgung wesentlich zu verbessern, ohne auch nur einen Nachweis dafür erbringen zu können. Es ist eine nicht nachprüfbare Aussage, weil die Programme weder wissenschaftlich evaluiert noch begleitend erforscht werden. Trotz enormer Datensammlungen werden diese bisher keiner Auswertung zugeführt. Es erfolgt de facto keine Qualitätssicherung. Nachprüfbar sind bisher nur die enorm gestiegenen Ausgaben für die Verwaltung des DMP Diabetes, wie es das bei den Diabetes Leitlinien in Sachsen nicht gab. Die Techniker Krankenkasse zum Beispiel hat für die Diabetes-Leitlinien im Jahr 2002 insgesamt 1.500 Euro für die externe Verwal-

tung aufgewendet. Im Jahr 2004 stiegen die Ausgaben auf 50.000 Euro. Der GKV-Schätzerkreis geht für dieses Jahr von 167 Millionen Euro Verwaltungskosten für 1,0 Million Diabetiker in Deutschland aus. 2005 sollen es dann 340 Millionen Euro für 2,1 Millionen Diabetiker sein. Dieses Geld wird wohlgemerkt nicht für die Behandlung von Patienten, sondern ausschließlich für die Verwaltung und Datenerfassung verbraucht. Mittelfristig werden diese Mittel in anderen Versorgungsbereichen und den Versicherten fehlen. Grundsätzlich stellt sich deshalb die Frage nach der Effizienz von Chronikerprogrammen.

Entbürokratisierung

Die Entbürokratisierung der ärztlichen Tätigkeit steht mittlerweile auch auf der Tagesordnung der Politik. Schreibarbeiten aller Art,

Statistiken, Bescheinigungen, Dokumentationen und Auswertungen nehmen inzwischen einen Großteil der gesamten ärztlichen Arbeitszeit ein. Grundsätzlich ist die Ärzteschaft nicht gegen Dokumentation und Qualitätssicherung. Sie ist lediglich dagegen, sich mit der Erfassung von Daten zu belasten, die hinterher nicht sinnvoll genutzt werden. Zu begrüßen ist deshalb die Initiative der Gesundheitsministerkonferenz, unter Federführung von Sachsen und Rheinland-Pfalz, Vorschläge zum Abbau des Dokumentationsaufwandes unter Beteiligung der Selbstverwaltung zu erarbeiten und mit dem Bundesgesundheitsministerium umzusetzen. Die Entbürokratisierung der ärztlichen Tätigkeit ist zwingend. Deshalb hat der Präsident dem Sozialministerium vorgeschlagen, eine aus Ärzten und Behördenvertretern bestehende Expertengruppe zu bilden, um Detailfragen zu klären. Eine Antwort steht noch aus.

Qualität und Wirtschaftlichkeit

Am 1. November 2004 hat das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen seine Arbeit aufgenommen. Die ersten Aufgaben des Institutes werden über den Gemeinsamen Bundesausschuss und die Bundesregierung bestimmt. Es soll unter anderem evidenzbasierte Leitlinien für die häufigsten Krankheiten sowie den Nutzen von Arzneimitteln bewerten. Leiter des Instituts ist Professor Dr. Peter Sawicki. Im Zuge der stetigen Ökonomisierung der Medizin zu Beginn etwas für das Stammbuch: Die ärztliche Tätigkeit wird von dem Dualismus aus langjähriger praktischer Erfahrung

und erlernbarem Regelwissen geprägt. Der Erfolg einer medizinischen Behandlung liegt in der Individualität des Patienten und der darauf abgestimmten angewandten Methoden begründet. Eine Ausrichtung der Medizin auf pure ökonomische Faktoren und externe Evidenz führt unmittelbar zu einem Verlust an Behandlungs- und Lebensqualität für Patienten und zur Einschränkung der Therapiefreiheit der Ärzte.

Mangel an Hausärzten

Der Mangel an Hausärzten in Sachsen ist ein weiterhin drängendes Problem. Aus 80 Prozent der Kreisärztekammern werden freie Arztpraxen und fehlender Nachwuchs gemeldet. Nun endlich hat das Problem den Bundestag erreicht. Und genau die gleichen Rot-Grünen Politiker, die vor einem Jahr noch keine Anhaltspunkte für einen drohenden Ärztemangel gesehen haben, sprechen heute von notwendigen Maßnahmen zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung. Eine Einigung zu den Vorschlägen ist trotz intensiver Gespräche zwischen Kassenärztlicher Vereinigung Sachsen und den Krankenkassen bisher nicht gelungen. Einzig die Erhöhung der Weiterbildungsstellen Allgemeinmedizin auf 150 ab 2005 wurde beschlossen. Ein weiteres Gespräch zwischen dem Sozialministerium, der KV-Sachsen und den Krankenkassen war am 3. Dezember 2004. Die Sächsische Landesärztekammer nutzt ihre Möglichkeiten, um Ärzte in Sachsen zu gewinnen. Anfang Oktober hat sie eine Veranstaltung mit Vorträgen zum Weg in die Niederlassung durchgeführt, um Ärzte in dem

Wunsch nach einer eigenen Praxis zu unterstützen und so Nachwuchs zu gewinnen. Gleichzeitig wurde zusammen mit dem Sozialministerium und der Krankenhausgesellschaft Sachsen eine Informationsveranstaltung für österreichische Ärzte im November 2004 in Wien durchgeführt.

Abschaffung Arzt im Praktikum

Die Umstellung verlief nach dem Kenntnisstand der Sächsischen Landesärztekammer weitgehend reibungslos. Es hat sich kein AiP gemeldet, der keinen Anschlussvertrag erhalten hat. Unklarheiten bei der Finanzierung und der Erteilung der Approbation konnten rechtzeitig ausgeräumt werden. Es ist den zuständigen Approbationsbehörden in Sachsen für ihre engagierte Arbeit zu danken. Damit ist diese Stufe der Änderung der Approbationsordnung sehr zum Nutzen unserer jungen Kollegen verlaufen.

Koalitionspapier CDU – SPD

Das ausgehandelte Koalitionspapier zwischen CDU und SPD trägt im Sozial- und Gesundheitsbereich deutlich die Handschrift von Frau Staatsministerin Orosz. In diesem Papier sind explizit die Prävention, die Optimierung der Behandlung von Diabetes mellitus und Brustkrebs sowie ein gesundes Aufwachsen von Kindern zu finden. Die Erarbeitung eines Programms „Gesundheitsbewusstes Leben“ in Sachsen aus Bundesmitteln wird die Sächsische Landesärztekammer unterstützen. Bedauerlich ist, dass die Freien Berufe an keiner Stelle des Koalitionspapiers eine Erwähnung finden, gerade auch wegen kritischer Bemerkungen des alten und neuen Ministerpräsidenten, Herrn Prof. Dr. Milbradt im „Ärztblatt Sachsen“, Heft 9/2004. Die verfassten Ärzteschaft muss die ärztliche Berufsfreiheit intensiver herausheben. Denn der ärztliche Beruf ist kraft Gesetzes ein freier Beruf und kein Gewerbe (§ 1 Bundesärzteordnung). Hauptkriterien für die Freiberuflichkeit fußen auf einem gemeinsamen Berufsethos, auf persönlicher und sachlicher Unabhängigkeit, auf einem besonderen Maß an Verantwortung für die Allgemeinheit, einem spezifischen Vertrauensverhältnis sowie dem Wirtschaftlichkeitsrisiko in eigener Verantwortlichkeit.

Ethik in der Medizin

Der ärztliche Berufsstand erfährt durch die Ökonomiedebatte eine schleichende ethische Erosion. Verwaltungsleitern machen Verglei-



Herr Ministerialdirigent Albrecht Einbock

che wie etwa: „Ein Krankenhaus ist wie eine Autowerkstatt“ oder „Junge Menschen sparen auf ein Moped, alte auf eine neue Hüfte“. Das sind Sumpfb Blüten, die aus einer niederen fiskalischen Betrachtungsweise des menschlichen Lebens an sich erwachsen.

Wo bitte sind die Werte „Nächstenliebe“, „Vertrauen“, „Achtung“ oder „Mitmenschlichkeit“ geblieben? Sind diese Worte noch zeitgemäß? In den Schulen will man diese „Werte“ wieder verstärkt vermitteln. Vielleicht sollte man das auch an anderer Stelle tun.

Die innerärztlichen Maßstäbe, das heißt die ärztlichen ethischen Grundwerte von Wissenschaftlichkeit, Erfahrungswissen, persönlicher Haftung und menschlicher Zuneigung bedürfen der laufenden Aktualisierung und kritischen Selbstreflexion. Jeder Arzt und jede Arztgruppe in Praxen, Kliniken oder im Öffentlichen Gesundheitsdienst ist aufgerufen, dieses noch sehr positiv in der Gesellschaft verankerte Arztbild zur Geltung zu bringen und weiter zu entwickeln.

Im Anschluss an die Rede übermittelte Herr Ministerialdirigent Albrecht Einbock die Grüße der alten und neuen Staatsministerin für Soziales, Frau Helma Orosz.

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

- Die befremdende Äußerung des ökonomischen Vorstandes des Universitätsklinikums der Universität Leipzig, dass eine Klinik und eine Autowerkstatt zu 98,5 Prozent die gleichen Gene hätte, gleich-



Frau Dr. Kristina Kramer

zeitig wurde von einem „Patienten-Umschlag“ gesprochen.

Die berufspolitische Stellungnahme der Sächsischen Landesärztekammer zu dem Artikel „Gesundheitskonzern – Leipziger Universitätsklinikum setzt streng auf Wirtschaftlichkeit – und will expandieren“ haben wir in diesem Heft auf den Seiten 546 und 547 abgedruckt, da die Leipziger Volkszeitung unsere Stellungnahme nicht publiziert hat.

- Eine Diffamierung der deutschen Ärzteschaft durch die populistische Mitteilung des Vorstandes von Transparency International (TI) während der Vorstellung der zusammen mit dem Bundesverband Verbraucherzentrale erarbeiteten Broschüre „Transparenzmängel, Korruption und Betrug im deutschen Gesundheitswesen“ am 12. November 2004 in Berlin ist empörend. Die Belege für eine hohe Schadenssumme im Gesundheitswesen durch Korruption ist armselig. Die Autoren haben geschätzte Zahlen aus den USA auf Deutschland übertragen. So erklärt sich auch die enorme Spanne: sechs bis 20 Milliarden Euro. Offensichtlich liegen TI und dem vzbv aus der Bundesrepublik Deutschland keine konkreten Zahlen vor oder sie sind so niedrig, dass sie nicht zur Schlagzeile getaugt hätten. Statt konkret zu werden, werden wieder einmal alle Ärzte und das deutsche Gesundheitswesen verunglimpft.
- Der Ärztemangel in Sachsen und in allen neuen Ländern. Der Ärztemangel hat den Bundestag erreicht. Es wurde ein Antrag zur Sicherung der flächendeckenden



Frau Dr. Maria Eberlein-Gonska

hausärztlichen Versorgung am 21. Oktober 2003 eingebracht. Viele Hausärzte, aber auch Fachärzte, finden keinen Nachfolger. Die Sächsische Landesregierung und die Bundesregierung werden von der Kammerversammlung erneut zum Handeln aufgefordert. Auch die Ärzteschaft muss hinwirken, dass bei der Feststellung von ärztlicher Unterversorgung besonders in strukturschwachen und ländlichen Gebieten auch der Morbiditätsgrad der Bevölkerung Berücksichtigung findet.

Eine ungleiche Vergütung zwischen den jüngeren und den älteren seit Jahren niedergelassenen Fachärzten ist eindeutig abzulehnen.

Gesundheits- und Sozialwesen – quo vadis

Die künftige Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme, Gesetzliche Kranken- und Rentenversicherung

Professor Dr. Fritz Beske

Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel

Leistungskatalog kürzen

Der Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung muss überarbeitet werden, gleich welche Versicherungsform in Zukunft Anwendung findet. Davon ist Prof. Dr. Fritz Beske vom gleichnamigen Institut für Gesundheitssystemforschung überzeugt. In seinem Vortrag vor der Kammerversammlung erläuterte er seinen Standpunkt. Danach belastet die Gesundheitsreform die Versicherten stärker und rationiert gleichzeitig Leistungen. Will man aber die international anerkannten Vorteile des deutschen Gesundheitswesens wie zum Beispiel kurze Wartezeiten bei Ope-

rationen sowie eine wohnortnahe Versorgung erhalten, so muss die Politik offen eine Überarbeitung des Leistungskataloges diskutieren, denn weder eine Gesundheitsprämie von CDU/CSU noch eine verfassungsrechtlich bedenkliche Bürgerversicherung der SPD sind in der Lage, die Einnahmeschwäche der Krankenkassen zu beseitigen. Die hohe Arbeitslosigkeit und die demografische Entwicklung in Deutschland werden ein Umdenken in der Frage erzwingen. Nach Auffassung von Prof. Beske sollten sich die Leistungen einer Krankenversicherung auf die Absicherung im Krankheitsfall konzentrieren. Kuren und ähnliches müssten danach aus dem Leistungskatalog gestrichen werden. Das Institut von Prof. Beske wird in den kommenden Wochen 160 Verbände, Körperschaften und die Politik um eine fachliche Mitarbeit in dieser Frage bitten.

Neue Strukturen

Die Mittelknappheit in Deutschland stellt die gesamten sozialen Sicherungssysteme zur Disposition. Eine Integration der Pflegeversicherung in die Gesetzliche Krankenversicherung ist vor diesem Hintergrund zu überlegen. Gleichzeitig sollte die gesamte Rehabilitation von der grünen Wiese an die Krankenhäuser verlagert werden, um die Qualität der Patientenbehandlung zu erhöhen. Die ständige Ökonomiedebatte ist aber für das Gesundheitswesen auf Dauer schädlich, weil die zentralen Elemente einer Patientenversorgung kaum noch eine Rolle spielen. Nur über eine Sinnstiftung (Pflege, Behandlung) durch die Gesellschaft ist ein patientenorientiertes Gesundheitswesen möglich.



Prof. Dr. Fritz Beske

DRG

Prof. Beske lieferte eine vernichtende Kritik zu den Diagnoseorientierten Fallpauschalen an Krankenhäusern. Weder dem Arzt noch den Patienten bringt dieses neue Abrechnungssystem einen zusätzlichen Nutzen. Dagegen ist ohne ein ausuferndes Kontrollsystem leicht Betrug möglich. Es wird auch damit gerechnet, dass jedes siebente Krankenhaus aus finanziellen Gründen schließen muss, wodurch die wohnortnahe Versorgung in Frage gestellt wird. Ob durch das neue Abrechnungssystem Mittel eingespart werden, wird von Prof. Beske bezweifelt.

Wahl der ehrenamtlichen Richter für das Berufsgericht und das Landesberufsgericht der Heilberufe

Die Kammerversammlung hat gemäß § 8 Abs. 3 Nr. 6 Sächsisches Heilberufekammergesetz dem Sächsischen Staatsministerium der Justiz 14 Kammermitglieder für die Besetzung des Berufsgerichts und Landesberufsgerichts der Heilberufe vorgeschlagen.

Änderung der Satzung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer

Professor Dr. Wolfgang Saueremann
Vorsitzender des Ausschusses Satzungen

Die Liberalisierung der Vorschriften in der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer soll in Abstimmung mit allen deutschen Kammern fortschreiten.

Wir müssen uns dabei bewusst bleiben, dass wir bei der Gratwanderung zwischen Interessen des Arztes

- als „Unternehmer Arzt“ als Teilnehmer am Wettbewerb am „Gesundheitsmarkt“ auf der einen Seite und
- dem „ärztlichen Berufsethos“ als individueller Diener am Patienten entscheiden.

Die zu dieser Entscheidung als Schritt in die richtige Richtung anstehenden Änderungen betreffen zum einen Neuerungen zur Ausübung der ärztlichen Praxis, den Kooperationen und der Beschäftigungsart und zum anderen Regelungen, die dem niedergelassenen Arzt im Wettbewerb mit den vom Gesetzgeber im SGB V vorgegebenen neuen Organisationsformen Chancengleichheit sichern soll. Genauere Informationen können Sie unter den §§ 17, 18, 18a, 19, 23a, 23b, 23c und 23 d der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammern erhalten.

Der kompletten Umsetzung kann auf der Grundlage des in Sachsen geltenden Sächsischen Heilberufekammergesetzes (SächsHKaG) durch die Aufsichtsbehörde gegenwärtig noch nicht genehmigend zugestimmt werden. Widersprüche tun sich zu § 19 Abs. 2, zu den §§ 23 a und b für die Aufsichtsbehörde auf.

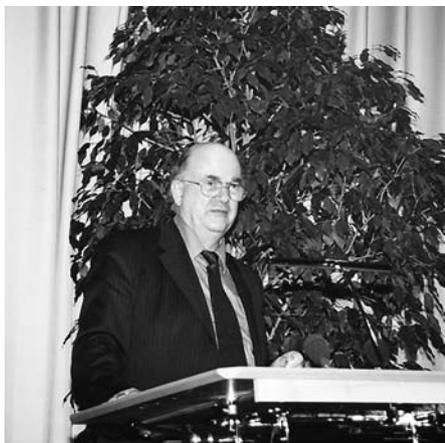
Wir werden somit eine schrittweise Umsetzung in der Berufsordnung und unsere aktive Mitgestaltungsarbeit bei der Diskussion der Änderung des Heilberufekammergesetzes vor uns haben.

Für die niedergelassenen, im letzteren aber für alle Kollegen sicher viel, aber lohnender Aufwand!

Satzung Fortbildung und Fortbildungszertifikat der Sächsischen Landesärztekammer

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

Die Fortbildung der Ärzte dient dem Erhalt und der kontinuierlichen Aktualisierung der fachlichen Kompetenz. Der § 95 d des SGB V schreibt vor, dass Vertragsärzte alle fünf Jahre gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung den Nachweis zu erbringen haben, dass sie dieser Fortbildungspflicht genügen. Aus dem § 137 SGB V leitet der Gemeinsame Bundesausschuss die Fortbildungsverpflichtungen auch für angestellte Ärzte ab. Die 31. Kammerversammlung hat am 13. November 2004 eine neue Satzung für das Fortbildungszertifikat angenommen, die sich ganz in an die Mustersatzung der Bundesärztekammer anlehnt. Das Zertifikat ist künftig die wesentliche Fortbildungsdokumentation, die der Arzt nach § 95 d SGB V 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.



Prof. Dr. Otto Bach

Geschäftsordnung der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung (Neufassung)

Professor Dr. Otto Bach

Vorsitzender der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung

Die Geschäftsordnung der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung musste, nachdem die bisherige Ordnung bis auf kleine redaktionelle Änderungen 12 Jahre gültig war, an die gegenwärtigen Verhältnisse angepasst werden.

Die wichtigste Änderung ist dabei, dass die Wahlzeiten der Akademiemitglieder an den Wahlrhythmus der Kammerversammlung angepasst werden. Diese Entscheidung führt zu einer Verlängerung der Amtszeiten der gegenwärtigen Akademiemitglieder um zwei Jahre.

Beschluss über die Wieder-Inkraftsetzung der Satzung zur Erteilung des Fachkunden-Nachweises Rettungsdienst

Professor Dr. Gunter Gruber

Vorsitzender des Ausschusses Weiterbildung

Die Fachkunde Rettungsdienst wurde auf dem 13. Sächsischen Ärztetag am 26. Juni 2004 außer Kraft gesetzt, weil sie durch die neue Zusatz-Weiterbildung Notfallmedizin der novellierten Weiterbildungsordnung ersetzt werden soll. Jetzt wurde bekannt, dass die Aufsichtsbehörde die Weiterbildungsordnung nicht in Kürze genehmigen kann. Herr Hommel, Leiter des Referates Recht des Gesundheitswesens im Sächsischen Staatsministerium für Soziales, trug die Gründe dafür aus der Sicht der Rechtsaufsicht in Sachsen vor. Deshalb bleibt die Fachkunde Rettungsdienst bis zum In-Kraft-Treten der beschlossenen



Prof. Dr. Gunter Gruber und
Vizepräsident Dr. Stefan Windau

neuen Weiterbildungsordnung weiterhin gültig. Herr Professor Gruber warnte im Rahmen der Diskussion zur Thematik Genehmigung der Weiterbildungsordnung vor einer Teilgenehmigung.

Haushaltsplan 2005

Der Vorsitzende des Finanzausschusses der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Dr. Claus Vogel, stellte den Mandatsträgern den Haushaltsplan 2005 detailliert und schlüssig dar. Der vorgelegte ausgeglichene Haushaltsplan 2005 ist durch zahlreiche Besonderheiten geprägt, die die Planung nahezu aller Haushaltstitel beeinflusst haben. Das Jahr 2005 verlangt von der Sächsischen Landesärztekammer die Übernahme neuer Aufgaben aufgrund der aktuellen Gesetzgebung.

1. Auf Grundlage des § 291a SGB V ist die Ausgabe des elektronischen Arztausweises vorzubereiten. Der Vorstand der Bundesärztekammer hat beschlossen, dass die Landesärztekammern die Verantwortung und die Prozessorganisation der Ausgabe des elektronischen Arztausweises übernehmen. Damit besteht die Möglichkeit, Einfluss auf die Gestaltung des elektronischen Arztausweises und damit auch der Gesundheitskarte im Interesse von Ärzten und Patienten auszuüben, eine kostengünstige Durchführung und die Datenhoheit über die Arztdaten zu sichern. Damit verbunden ist die Aufgabe, beginnend im Jahr 2005 an die zirka 6.000 niedergelassenen Ärzte in Sachsen einen elektronischen Arztausweis auszugeben. Nach heutigem Kenntnisstand ist es dazu not-

wendig, dass jeder Arzt persönlich an Hand seines Personalausweises identifiziert wird. In der Folge ist auch davon auszugehen, dass sukzessive alle berufstätigen Ärzte in Sachsen (zirka 13.000) einen elektronischen Arztausweis als Voraussetzung für ihre ärztliche Tätigkeit erhalten werden. Der dafür notwendige personelle und finanzielle Aufwand ist sicherzustellen.

2. Die Novellierung des Arzneimittelgesetzes definiert die Tätigkeit der Ethikkommission nicht mehr allein als beratendes Gremium, sondern als Patientenschutzbehörde mit Bewertungsverpflichtung (Verwaltungsakt). Dies erfordert eine Neugestaltung der hauptamtlichen und ehrenamtlichen Struktur der Ethikkommission, die zwangsläufig mit finanziellen Konsequenzen verbunden ist.

3. Die Umsetzung der neuen Weiterbildungsordnung wird die Zahl der durchzuführenden mündlichen Prüfungen erhöhen, dieser zusätzliche Aufwand ist auch finanziell abzubilden.

4. Die Einführung der Pflichtfortbildung für die Ärzte erhöht den Aufwand für die Zertifizierung der zunehmenden Fortbildungsveranstaltungen und für die Ausstellung der Fortbildungszertifikate an die Kammermitglieder. Gleichzeitig wurde durch Beschluss der Kammerversammlung die Gebühr für das Fortbildungszertifikat von ursprünglich 50 EUR auf 15 EUR gesenkt.

5. Die demografische Entwicklung der Ärzteschaft zeigt für das Jahr 2005 steigende Gesamtarztzahlen bei einem sinkenden Anteil berufstätiger Ärzte.

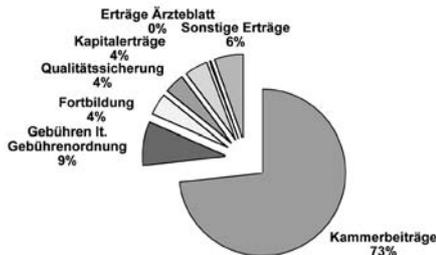
6. Aufgrund der neu übernommenen Aufgaben und der Veränderung der allgemeinen haftungsrechtlichen Bedingungen ist im Haftpflichtversicherungsbereich ein steigender Versicherungsbedarf zu planen.

Die konkrete finanzielle Umsetzung der angeführten Punkte spiegelt sich in der Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben wider. Insgesamt steigen die Aufwendungen gegenüber dem Jahr 2003, also für zwei Haushaltsjahre um 7,7 Prozent und gegenüber dem Haushaltsplan 2004 um 4,1 Prozent. Die Einnahmen sinken gegenüber dem Ist 2003 um 8,0 Prozent, während gegenüber dem Haushaltsplan 2004 eine Steigerung von 4,1 Prozent vorgesehen ist.

Aufgrund statistischer Erhebungen ist davon auszugehen, dass ab dem Jahr 2004 die Zahl der **berufstätigen** Ärzte sinken wird, während die Gesamtzahl der sächsischen Ärzte weiter

steigt. Das heißt, dass sich der Anteil der Ärzte, die in den Ruhestand gehen, stark erhöhen wird. Dieser Trend wird sich in den nächsten Jahren fortsetzen. Als direkte Auswirkung auf die Einnahmen aus Kammerbeiträgen bedeutet das den weiteren Anstieg des Anteils der Ärzte mit Beitragsbefreiung und Veranlagung zum Mindestbeitrag. Trotz der weiteren Übernahme von Aufgaben hat die Sicherung des gegenwärtigen Beitragssatzes oberste Priorität. Das bedeutet andererseits, dass ein großer Teil der neu übernommenen Aufgaben über Gebühren zu finanzieren ist. In erster Linie betrifft das die Arbeit der Ethikkommission, aber auch Gebühren für die Zertifizierung von Fortbildungsveranstaltungen, für Prüfungen und die Ausgabe des elektronischen Arztausweises.

Die nachstehende Abbildung veranschaulicht die vorgesehene Einnahmenstruktur:



Der Haushaltsplan wurde eingehend im Ausschuss Finanzen und im Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer diskutiert. Die Kammerversammlung hat den Haushaltsplan für das Jahr 2005 bestätigt.

Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer

*Dr. Claus Vogel, Vorstandsmitglied
Vorsitzender des Ausschusses Finanzen*

Die Änderungen der Beitragsordnung beinhalten keine gravierenden Neuerungen. In § 2 Absatz 2 werden die Worte „aus unselbständiger Tätigkeit“ in die Worte „aus nichtselbständiger Tätigkeit“ geändert. Damit erfolgt konsequenterweise die eindeutige Definition dieser steuerlichen Kategorie entsprechend des Einkommensteuergesetzes. Aufgrund des Wegfalls des AiP zum 1. Oktober 2004 ist dieser Tatbestand zur Entrichtung des Mindestbeitrages nicht mehr relevant. Kammermitglieder, die ihre ärztliche Tätigkeit nach dem Studium aufnehmen, werden im ersten Jahr entsprechend § 3 Absatz 1 d – neu veranlagt, also anteilig zum

Mindestbeitrag und in den Folgejahren entsprechend ihrer Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit wie alle anderen berufstätigen Kammermitglieder. Alle anderen, auch die zusätzlich eingefügten Änderungen sind redaktionell und ergeben sich aus dieser Änderung.

Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammern

Dr. Claus Vogel, Vorstandsmitglied

Vorsitzender des Ausschusses Finanzen

Auf dem 14. Sächsischen Ärztetag beschloss die Kammerversammlung Änderungen der Gebührenordnung, die sich vor allem aufgrund der Novellierung des Arzneimittelgesetzes und der sich daraus ergebenden Änderungen der Arbeit der Ethikkommission ergaben. Zu diesem Zeitpunkt wurde bereits darauf hingewiesen, dass es möglicherweise erforderlich ist, Gebührentatbestände kurzfristig den tatsächlichen Gegebenheiten anzupassen.

Die ersten Erfahrungen mit der neuen Arbeitsweise der Ethikkommission und der Gebührenerhebung haben zu der Notwendigkeit geführt, Änderungen in den Punkt 8 der Anlage der Gebührenordnung einzuarbeiten: Bei einigen Gebührentatbeständen ist eine detailliertere Aufgliederung erforderlich und die Rahmengebühr zu erweitern, um die entstehenden Kosten gebühreseitig decken zu können. Es hat sich herausgestellt, dass diese Sachverhalte aufwändiger in der Bearbeitung sind, als ursprünglich angenommen. Insbesondere wurden durch das am 1. Juli 2004 in Kraft getretene Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz die Honorare der ärztlichen Gutachter erhöht, welche durch Gebühren umzulegen sind.

Beschlüsse der 31. Kammerversammlung

Die Mandatsträger der Sächsischen Landesärztekammer fassten zur 31. Kammerversammlung am 13. November 2004 folgende Beschlüsse:

Beschlussvorlage Nr. 1:

Wahl der ehrenamtlichen Richter für das Berufsgericht und das Landesberufsgericht (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 2:

Änderung der Satzung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 3:

Satzung zur Änderung der Fortbildung und

Fortbildungszertifikat der Sächsischen Landesärztekammer (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 4:

Geschäftsordnung der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 5:

Haushaltsplan 2005 (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 6:

Kauf und Finanzierung eines Grundstückes (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 7:

Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 8:

Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 9:

Beschluss zur Änderung der Ordnung zur Zahlung von Aufwandsentschädigung für ehrenamtliche Tätigkeit sowie von Unterstützung an die Kreisärztekammern (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 10:

Satzung zur Änderung der Verfahrensordnung der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen der Sächsischen Landesärztekammer (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 11:

Bekanntgabe von Terminen (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 12:

Satzung zum Wieder-In-Kraft-Treten der Satzung zur Erteilung des Fachkundenachweises Rettungsdienst vom 8. März 1994 (in der Fassung der Änderungssatzung vom 21. 11. 2000) (bestätigt)

Beschlussantrag Nr. 13:

Förderung beruflicher Kooperation (bestätigt)

Beschlussantrag Nr. 14:

Satzung zum Wieder-In-Kraft-Treten der Richtlinie zur Erteilung des Fachkundenachweises Ultraschalldiagnostik vom 8. März 1994 (in der Fassung der Änderungssatzung vom 20. Juni 2001) (abgelehnt)

Bekanntmachung der Termine:

Der 15. Sächsische Ärztetag /32. Kammerversammlung findet am Freitag und Sonnabend, dem 24. und 25. Juni 2005, und die 33. Kammerversammlung am Sonnabend, dem 12. November 2005, im Kammergebäude der Sächsischen Landesärztekammer statt.

Prof. Dr. Winfried Klug
Knut Köhler MA

Wahlen, Swing und Bürgerengagement – Jahresversammlung der Kreisärztekammer Dresden



Am geschichtsträchtigen 9. November 2004 fand die Jahresversammlung der Kreisärztekammer Dresden statt. Für den flotten musikalischen Auftakt-Schwung sorgte die „conference of swing“, der Jazz-Chor des Heinrich-Schütz-Konservatoriums.

In seiner Eröffnungsrede ging der Vorsitzende des Kreiskammervorstandes, Dr. Norbert Grosche, zunächst auf den 9. November als das geschichtsträchtige und ambivalente deutsche Datum ein. Gemeinsam mit dem Auditorium gedachte er der Reichspogromnacht 1938 und ihrer Opfer. Danach erinnerte er an den wohl schönsten Moment der jüngeren deutschen Geschichte – den Fall der Mauer 1989. Im anschließenden Rechenschaftsbericht umriss er den gesetzlichen Aufgabenbereich einer Kreisärztekammer und beschrieb die Arbeit der Dresdner in der vergangenen Legislaturperiode.

Im Mittelpunkt stand dabei eine gemeinsam mit dem Fachschaftsrat der Medizinischen Fakultät der TU Dresden durchgeführte Fragebogenaktion zum Thema Motivation und Berufsaussichten Dresdner Medizinstudenten, im Anschlussvortrag von Dr. Michael Nitschke vorgestellt. Die Ergebnisse werden demnächst publiziert. Eines – ideell und hoffentlich anhaltend – ist der in der gemeinsamen Arbeit geknüpfte Kontakt zu den Studenten und damit den Berufsnachfolgern. Hintergrund dieser Aktion waren der Nachwuchsmangel der Ärzteschaft besonders in Sachsen und die Frage, inwiefern auch eine Kreisärztekammer mit begrenztem Einfluss dem etwas entgegensetzen kann.

Ein weiteres Thema war die Schlichtungsfunktion der Kreisärztekammer. Von den Vorstandsmitgliedern wurden während der letz-

ten vier Jahre zahlreiche Vermittlungsgespräche zwischen Patienten und Ärzten geführt; Streitigkeiten innerhalb der Kollegenschaft mussten glücklicherweise nicht geschlichtet werden.

Weitere Aufgaben der Kreisärztekammer bestehen in der Genehmigung von Zweigpraxen, Praxisschildern etc., größere Konflikte traten dabei nicht auf. Durch die neue liberale Berufsordnung sind hier erhebliche Veränderungen zu erwarten, die diese Arbeit teilweise überflüssig machen werden.

Ebenso der Kontrolle und Genehmigung bedarf die Ausbildung der Arzthelferinnen. Hier hatte sich in den vielen Jahren ihrer Mitarbeit besonders das scheidende Vorstandsmitglied Rosemarie Haas verdient gemacht. Für ihr langjähriges Engagement sei ihr an dieser Stelle nochmals ausdrücklich Dank gesagt. Aktuelle Probleme stellen das sinkende Leistungsniveau der Auszubildenden, aber auch zunehmendes Lohn-Dumping dar – unrühmliches Beispiel hier unter anderem das Dresdner Uniklinikum.

Besonders erfolgreich ist die Dresdner Kammer in ihrer Seniorenarbeit. Das Angebot für die im Ruhestand befindlichen Kollegen ist bundesweit beispielhaft und wird sehr gut angenommen. Bewährt hat sich hier die enge Zusammenarbeit zwischen „Jung und Alt“ im Seniorenausschuss, geleitet von Dr. Nitschke und Frau Katharina Schmidt-Göhrich.

Ziel der Kammer wird in Zukunft sein, ähnlich wie die Senioren auch die Junioren der Kreisärztekammer zu unterstützen.

Den jährlichen Höhepunkt des Gesellschaftslebens unserer Kammer stellt der Dresdner Ärzteball dar, organisiert von Katharina Schmidt-Göhrich und Dr. Michael Nitschke.

Nach mehreren Jahren im Schloss Albrechtsberg wurde 2004 erstmalig in der Orangerie des Schlosses Pillnitz gefeiert. Der diesjährige Ball war so erfolgreich, dass wir auch zum 12. Dresdner Ärzteball 2005 nach Pillnitz einladen. Der Finanzbericht zeigte eine ausgeglichene Bilanz der letzten vier Jahre mit bequemen Reserven. Besonders während der Augustflut 2002 konnten dadurch zahlreiche Kollegen unterstützt werden. Spielräume bleiben, Geld zum Nutzen der Kammermitglieder zu verwenden. Nach dem o.g. Referat von Dr. Nitschke folgte die Wahl zum neuen Kreiskammervorstand. Als Wahlleiterin bzw. Beisitzerin wirkten souverän und unkompliziert Dr. Gisela Unger und Dr. Wilma Aron, denen hiermit für ihren Einsatz herzlich gedankt wird.

In seine Funktion als Vorsitzender des Vorstandes wurde Dr. Norbert Grosche wiedergewählt, ebenso seine Stellvertreterin Katharina Schmidt-Göhrich. Um einen der fünf weiteren Sitze im Kreiskammervorstand hatten sich 15 Kolleginnen und Kollegen beworben. Wiedergewählt wurden die bisherigen „Vorständler“ Drs. Michael Nitschke, Gisela Trübsbach, Stefan Mager und Rainer Weidhase; neues Mitglied ist Anke Freidt, FÄ für Allgemeinmedizin. Bei dem ausgewogenen Verhältnis zwischen Niedergelassenen und Angestellten und ihren Fachrichtungen ist damit auch eine Konstanz der kollegialen Zusammenarbeit im Vorstand zu erwarten.

Einen der Höhepunkte des Abends stellte der Vortrag von Dr. Lenk, dem Vorsitzenden des Fördervereins Lingnerschloss e.V. dar. Er schilderte eindrucksvoll das wechselhafte Schicksal des klassizistischen Bauwerks und wie es letztlich einer engagierten Bürgerschaft gelang, das Gebäude zu retten und dem Lingnerschen Vermächtnis entsprechend nutzbar zu machen. Dafür bedarf es noch großer Anstrengung; wie sehr sich dieses Engagement lohnen kann, zeigen die ersten sichtbaren Veränderungen am mittleren der Elbschlösser.

Dieses Bürgerinteresse und Engagement sollte auch für die Ärzteschaft Ansporn sein. Von den mehr als 3000 Dresdner Ärzten nahmen am 9. 11. nur ca. 50 den Weg ins Kammergebäude auf sich. Unser Anspruch besteht weiter, für alle Dresdner Kolleginnen und Kollegen Interessenvertretung zu sein, gemäß dem Motto des Dresdners Erich Kästner:

Es gibt nichts Gutes, außer man tut es.

Katharina Schmidt-Göhrich

Wahl des Vorstandes der Kreisärztekammer Stadt Leipzig



Am 24. November 2004 führte die Kreisärztekammer Stadt Leipzig ihre Vorstandswahl für die 5. Legislaturperiode 2004/2009 durch und es war erfreulich, dass 163 Wahlberechtigte anwesend waren. Der amtierende Vorsitzende, Herr Prof. Dr. Eberhard Keller, eröffnete die Veranstaltung und begrüßte die anwesenden Ehrengäste sehr herzlich.

In Vertretung des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer mahnte der Vizepräsident, Herr Dr. Stefan Windau, in seinem Grußwort den Erhalt und die Durchsetzung ethischer Aspekte in der ärztlichen Tätigkeit an. Trotz ökonomischer Zwänge im ambulanten und stationären Bereich muss der kranke Mensch auch weiterhin im Mittelpunkt des ärztlichen Handelns stehen. Herr Dipl.-Med. Ralf-Rainer Schmidt, Vorsitzender der Kassennärztlichen Vereinigung Sachsens, Bezirksstelle Leipzig, ging in seinem Grußwort auf die vielfältigen Veränderungen ein, welche die niedergelassene Ärzteschaft nach Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes, wie zum Beispiel die Einführung der Praxisgebühr, die neuen Verschreibungsvorschriften für Arzneimittel und die Änderung der Struktur der Kassennärztlichen Vereinigung, bewältigen musste.

Herr Jung, Dezernent für Jugend, Soziales, Gesundheit und Schule der Stadt Leipzig, dankte dem Vorstand der Kreisärztekammer Stadt Leipzig für die geleistete Arbeit und schilderte die Situation im Gesundheitssektor aus Sicht der Stadt Leipzig. Er hob hervor, dass in der Stadt Leipzig medizinische Leistungen in hoher Qualität flächendeckend angeboten werden und äußerte die Hoffnung, dass auch in Zukunft alle Patienten gleichen Zugang zu den medizinischen Versorgungseinrichtungen haben werden.

Herr Prof. Dr. Eberhard Keller legte den Rechenschaftsbericht der Kreisärztekammer Stadt Leipzig mit Finanzbericht und Bericht über die Seniorenarbeit vor.

Schwerpunkte der Vorstandsarbeit waren:

- die eingehende Beratung von Vermittlungsangelegenheiten, die federführend von Herrn Dr. Mathias Cebulla geleitet wurde und in einer Mehrzahl der Fälle zur Klärung gebracht werden konnte,
- die Organisation und Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen, für die Herr Prof. Dr. Christoph Josten verantwortlich zeichnete,
- die Beschäftigung mit aktuellen gesundheitspolitischen Fragen, hier wurde der enge Kontakt zum Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer durch die Vorstandsmitglieder Dr. Stefan Windau und Dr. Claus Vogel gehalten,
- die Beratung über Probleme im kommunalen Bereich in Zusammenarbeit mit dem Amtsarzt der Stadt Leipzig, Herrn Dr. Bodo Gronemann, der als kooptiertes Mitglied den Vorstandssitzungen beiwohnte,
- die enge Verbindung zur Kassennärztlichen Vereinigung. In gemeinsamen Vorstandssitzungen wurden gesundheitspolitische Foren sowie die Präsentation der beiden ärztlichen Körperschaften vor Medizinstudenten des letzten Studienjahres vorbereitet.

Als besondere Aktivitäten des Vorstandes nannte Herr Prof. Dr. Eberhard Keller

- die Fotodokumentation zur Krankenhauslandschaft in Leipzig,
- die Gratulation zu runden Geburtstagen für Ärzte und Senioren,
- die Durchführung von Internetkursen für interessierte Ärzte sowie
- die Erstellung einer Chronik über die Vorstände der Kreisärztekammer Stadt Leipzig seit ihrer Gründung.

Zu den Höhepunkten in der Legislaturperiode 1999/2004 zählten die gesundheitspolitischen Foren im Jahre 2002 mit dem Thema „Perspektiven der sächsischen Ärzteschaft“ und im Jahre 2003 zum Thema „Gesundheitsreform 2003 – Folgen und Perspektiven“ unter Teil-

nahme des Präsidenten der Bundesärztekammer, Herrn Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe. Großes Augenmerk wurde der Vorbereitung zur Wahl der Mandatsträger zur Kammerversammlung im April 2003 gewidmet. Erstmals erfolgte die Vorstellung der Wahlbewerber mit Kurzbiographie und Foto. Diese wurde allen Wählern zugestellt mit dem Ziel, mehr jüngere Kollegen in die Kammerversammlung zu integrieren.

Anschließend erläuterte Herr Prof. Dr. med. Eberhard Keller den Finanzbericht 2004 der Kreisärztekammer Stadt Leipzig. Der vorgelegte Finanzbericht wurde von den anwesenden Kammermitgliedern einstimmig angenommen. Danach erfolgte die Entlastung des Vorstandes für die Legislaturperiode 1999/2004. Herr Prof. Dr. Eberhard Keller bedankte sich bei der ausscheidenden Schatzmeisterin, Frau Dr. Suse Körner, für ihre 11-jährige Tätigkeit im Vorstand der Kreisärztekammer.

Weitere Dankesworte richtete Herr Prof. Dr. Eberhard Keller an seine Mitarbeiterin, Frau Brigitte Rast, für ihre langjährige engagierte Arbeit in der Bezirksstelle Leipzig der Sächsischen Landesärztekammer sowie an die Mitglieder des Seniorenausschusses, insbesondere Herrn Dr. Peter Behn, für seine Tätigkeit als dessen Vorsitzender.

Die weitere Versammlungsleitung übergab Herr Prof. Dr. Eberhard Keller an Herrn Prof. Dr. Peter Leonhardt.

Es erfolgte die Wahl des Wahlausschusses und die Vorstellung der Kandidaten zur Wahl des Vorstandes.

Zum neuen Vorsitzenden der Kreisärztekammer Stadt Leipzig wurde Herr Prof. Dr. Eberhard Keller wiedergewählt, zu dessen Stellvertreter Herr Dr. Stefan Windau.

Als Beisitzer im Vorstand wurden gewählt: Dr. Mathias Cebulla, Dr. Jörg Hammer, Prof. Dr. Christoph Josten, Dipl.-Med. Hans-Günter Korb, Dr. Wolfram Lieschke, Dr. Susanne Schenk und Dr. Claus Vogel.

Im Anschluss erfolgte die Wahl des Ausschusses Senioren der Kreisärztekammer Stadt Leipzig per Akklamation.

Zum Abschluss der Veranstaltung dankte Herr Prof. Dr. Eberhard Keller für das entgegengebrachte Vertrauen. Dem neu gewählten Vorstand sei Elan und Ideenreichtum bei der zukünftigen Arbeit und der Lösung anstehender Probleme gewünscht.

Dr. Susanne Schenk

Internet-Homepage Kriterien der Gestaltung

Zunehmend nutzen Ärztinnen und Ärzte das Internet, um das Profil ihrer Praxis zu präsentieren. Die Internetpräsentation ist nach den gleichen Grundsätzen, wie bei jeder anderen Außendarstellung des Arztes, entsprechend § 27 der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer zu gestalten. Die Vorschriften zur beruflichen Kommunikation dienen der Gewährleistung des Patientenschutzes durch sachgerechte und angemessene Information und der Vermeidung einer dem Selbstverständnis des Arztes zu widerlaufenden Kommerzialisierung des Arztberufes. Dieser ist nach wie vor ein freier Beruf und kein Gewerbe.

Dem Arzt sind sachliche, berufsbezogene Informationen erlaubt, die zunächst einmal die auf einem Praxisschild zulässigen Angaben gemäß § 17 Abs. 4 der Berufsordnung umfassen. Ankündbar sind daher der Name, die (Fach-) Arztbezeichnung, die Sprechzeiten sowie ggf. die Zugehörigkeit zu einer Berufsausübungsgemeinschaft gemäß § 22 i.V.m. Kapitel D Nr. 8 der Berufsordnung.

Die Liberalisierung ärztlichen Berufsrechts, der Wandel des Arztbildes in der Öffentlichkeit, aber auch das gewachsene Informationsinteresse der Patienten rechtfertigen die Internetdarstellung. Der Arzt muss sich allerdings bewusst sein, dass er sich hiermit in das Spannungsfeld des Wettbewerbsrechtes begibt. Besondere Beachtung bedarf § 11 Heilmittelwerbegesetz.

Danach darf außerhalb der Fachkreise für Arzneimittelverfahren, Behandlungen, Gegenstände oder andere Mittel nicht geworben werden. Hiervon umfasst ist die bildliche Darstellung von Personen in der Berufsbeleidung oder bei der Ausübung der Tätigkeit von Angehörigen der Heilberufe, des Heilgewerbes oder des Arzneimittelhandels sowie die bildliche Darstellung

- a) von Veränderungen des menschlichen Körpers oder seiner Teile durch Krankheiten, Leiden oder Körperschäden,
- b) der Wirkung eines Arzneimittels, Verfahrens, einer Behandlung, eines Gegenstandes

des oder anderen Mittels durch vergleichende Darstellung des Körperzustandes oder des Aussehens vor und nach der Anwendung,

- c) des Wirkungsvorganges eines Arzneimittels, eines Verfahrens, einer Behandlung, eines Gegenstandes oder eines anderen Mittels am menschlichen Körper oder an seinen Teilen.

Von Abbildungen des Arztes in seiner Berufsbeleidung oder die bildliche Darstellung einer Behandlung ist daher abzuraten.

Auf der Internet-Homepage kann das praxisprofilorientierte Leistungsspektrum der Arztpraxis dargestellt werden. Notwendig ist nicht die Aufzählung aller, wenn auch nur einmal durchgeführter Verfahren, sondern eine klare Strukturierung und Beschränkung auf das „Wesentliche“.

Der Homepageinhaber kann nach der Weiterbildungsordnung einer Ärztekammer erworbene Bezeichnungen, nach sonstigen öffentlich-rechtlichen Vorschriften erworbene Qualifikationen, organisatorische Hinweise sowie Tätigkeitsschwerpunkte ankündigen. Die Angaben sind jedoch nur zulässig, wenn der Arzt die umfassten Tätigkeiten nicht nur gelegentlich ausübt. Nach Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts liegt eine „nicht nur gelegentlich ausgeübte Tätigkeit“ vor, wenn die Tätigkeit jedenfalls mehr als 20 % der Gesamtleistung ausmacht.

Bereits hieraus wird die Notwendigkeit einer Beschränkung der Tätigkeitsschwerpunkte deutlich.

Weitere Informationen zur berufsrechtlich unzulässigen anpreisenden, vergleichenden und irreführenden Werbung sind auch unter „<http://www.slaek.de/ordnung/werbausl.htm>“ abrufbar.

Dem Arzt als Homepagebetreiber obliegen gemäß dem Gesetz über rechtliche Rahmenbedingungen für den elektronischen Geschäftsverkehr Informationspflichten. Danach muss der Arzt folgende Informationen leicht erkennbar, unmittelbar erreichbar und ständig verfügbar halten:

- seinen Namen und die Anschrift, unter der er niedergelassen ist;
- Angaben, die eine schnelle elektronische Kontaktaufnahme und unmittelbare Kommunikation mit ihm ermöglichen, einschließlich der Adresse der elektronischen Post (da der Teledienst im Rahmen einer Tätigkeit angeboten wird, die der behördlichen Zulassung bedarf);
- Angaben zur zuständigen Aufsichtsbehörde (Zugehörigkeit zur zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung);
- sofern der Arzt Mitglied einer Partnerschaftsgesellschaft ist, Angabe des Partnerschaftsregisters, in das er eingetragen ist, und der entsprechenden Registriernummer;
- Angaben über die Kammer, welcher er angehört, die gesetzliche Berufsbezeichnung und den Staat, in dem die Berufsbezeichnung verliehen worden ist (da es sich um eine im Sinne von § 6 Nr. 5 Teledienststedatenschutzgesetz definierte Tätigkeit des Arztes handelt);
- Bezeichnung der berufsrechtlichen Regelungen und wie diese zugänglich sind.

Ärzte, die auf die Homepage der Sächsischen Landesärztekammer und ihre Berufsordnung verweisen möchten, verwenden bitte folgenden Link auf ihrer Seite: <http://www.slaek.de/ordnung/berufsor.htm>. Auf Grund möglicher Aktualisierungen ist eine regelmäßige Kontrolle dieses Links notwendig.

Im Einzelfall empfiehlt es sich daher stets mit den Rechtsreferenten der Rechtsabteilung der Sächsischen Landesärztekammer, Herrn Assessor Michael Kratz, Tel.: (0351) 8267-420, sowie Herrn Assessor Alexander Gruner, Tel.: (0351) 8267-443, Kontakt aufzunehmen.

Dr. med. Andreas Prokop
Vorsitzender des
Ausschusses „Berufsrecht“

Assessor Michael Kratz
Rechtsreferent

12. Klinikärztetreffen der Frauen- und Kinderkliniken in Sachsen

Im Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer fand am 26.10.04 das sehr gut besuchte Klinikärztetreffen zur gemeinsamen Besprechung und Diskussion der Ergebnisse der Sächsischen Perinatal- und Neonatalerhebung des Jahres 2003 statt.

Auf der von Frau Prof. Brigitte Viehweg/Leipzig moderierten Veranstaltung begrüßte der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Jan Schulze, die 96 Ärzte als Vertreter sächsischer Kliniken, 13 Gäste und 27 der Einladung gefolgt Hebammen. Gerade die Teilnahme von Hebammen wurde vom Präsidenten als komplettierender Faktor des „therapeutischen Teams Perinatologie“ besonders gewürdigt. Er betonte die Bedeutung der auf validen Datenerhebungen basierenden Analysen, davon ausgehenden Anregungen und Verbesserungen der Zusammenarbeit für die Optimierung der Behandlungs- und Versorgungsqualität. Als konkrete Beispiele für das Ziel der Qualitätssicherung und -verbesserung nannte er die Bemühungen um Regionalisierung der Risikogeburten im Allgemeinen und der Geburt sehr kleiner Frühgeborener im Speziellen sowie das Zwillingprojekt.

In seinem Kommentar zur perinatologischen Datenerhebung verwies Chefarzt Dr. Gunther Völker, Mittweida, auf den engen Zusammenhang von demographischer Entwicklung mit zurückgehenden Bevölkerungszahlen und zu erwartender rückläufiger Geburten tendenz und steigenden Anforderungen an die Qualität perinatologischer, aber insbesondere auch der Schwangerschaftsbetreuung. Erfreulich ist die Tatsache, dass nur 3 von 1.000 Schwangeren ohne Mutterpass zur Geburt kommen, was sich dann auch in einer niedrigen perinatalen Sterblichkeit von 4,6‰ ausdrückt und die Bedeutung einer guten Schwangerschaftsvorsorge „als Basisgröße für die Qualität in der Geburtshilfe“ unterstreicht. Verbesserungsbedürftig ist die Behandlung von durch Frühgeburt bedrohter Schwangerschaften mittels Kortikoiden.

Das von Dr. Konrad Müller, Chemnitz, bearbeitete Thema der Müttersterblichkeit stieß auf großes Interesse. Die Zahl der Müttersterbefälle hat bei Betrachtung eines Zeitraumes von 1992 bis 2003 mit 24 dokumentierten Ereignissen, entsprechend 7,1 pro 100.000 Geburten eine erfreulich niedrige Inzidenz erreicht. Bei den vaginalen Entbindungen wurden 2,1 mütterliche Sterbefälle pro 100.000 gezählt.

Von 22 detailliert analysierten mütterlichen Todesfällen erwiesen sich fünf als kausal sectioassoziiert. Nur in einem Fall trat der Tod nach primärer Sectio ein. Die Präventionsstrategien umfassen die strikte Einhaltung geburtshilflicher und anästhesiologischer Standards. Diese Zahlen sollten auch bei der allgemeinen wie individuellen Diskussion um die Wunschsectio berücksichtigt werden.

Herr Dr. Heiner Belleé, Dresden, erläuterte modifizierte Bewertungen von geburtshilflichen Qualitätsindikatoren und in bewährter Weise an Hand vorliegender Ergebnisse die Situation bei der Erreichung der angestrebten Ziele. Dabei fielen eine niedrige Rate an höhergradigen Dammrissen wie auch an revisionsbedürftigen Wundheilungsstörungen auf, aber auch, dass im Landesdurchschnitt die Lungenreifeinduktion bei drohender Frühgeburt vor der 35. Schwangerschaftswoche wie auch die Regionalisierung sehr früher Frühgeburten nicht konsequent genug realisiert werden.

In seinem Kommentar zur Neonatalerhebung verdeutlichte Chefarzt Dr. Walter Pernice, Torgau, dass die Schwerpunkte weiterhin die extrem kleinen Frühgeborenen, die neonatalen Anpassungsstörungen und die damit verbundenen Kurzzeit- sowie Langzeitfolgen darstellen. Interessant und wichtig ist die Beobachtung der deutlich gestiegenen Zahl von Frühgeborenen vor der vollendeten 26. Schwangerschaftswoche, die entscheidend zu Mortalität, Hirnblutungen und Retinopathien beitragen. Dabei ist die Sterblichkeit in diesem Bereich mit über 50% im nationalen Vergleich hoch. Die perinatale Sterblichkeit stagniert seit einigen Jahren auf einem erfreulich niedrigen Niveau, was aber angesichts des hohen Anteils von extrem kleinen Frühgeborenen als Erfolg zu sehen ist. Eine größere Rolle spielen zunehmend die Sekundäraufnahmen von Neugeborenen, was sich aus dem Zusammenhang mit den Frühentlassungen erklärt. Besondere Beachtung fand der Beitrag von Prof. Dr. rer. nat. Rainer Koch, Dresden, der eine statistische Methode zur risikoadjustierten Beurteilung von Qualitätsindikatoren in den drei Neonatalzentren Sachsens vorstellte. Er konnte modellhaft darstellen, dass es durch Berücksichtigung der sich in vielerlei Hinsicht unterscheidenden Patientenpopulationen verschiedener Einrichtungen möglich ist, einen qualitativ verlässlicheren, objektiven externen Qualitätsvergleich anzustellen.

Erfreulich war auch, dass sich Kollegen kleinerer Einrichtungen mit Beiträgen zu Wort meldeten. So berichtete Chefarzt Dr. Eber-

hard Huschke, Ebersbach, über die Arbeit eines Qualitätszirkels in Ostsachsen. Seinen Worten war zu entnehmen, dass der überzeugende praktische und wissenschaftliche Nutzen dieses Zirkels für die eigene Arbeit, die Zusammenarbeit wie auch das gegenseitige Verständnis die anfängliche Skepsis rasch in den Hintergrund treten ließ. Gerade in Zeiten rascher struktureller Veränderungen besteht ein Bedarf für einen intensivierten Austausch. Chefarzt Dr. Matthias Lange, Riesa, sprach dann über Qualitätssicherung unter den Bedingungen eines Krankenhauses der Versorgungsstufe 3. Er verwies auf die Probleme, die sich gegenwärtig mit Einführung der diagnoseorientierten Fallpauschalen ergeben und betonte, dass es trotz strengerer Vorgaben und höherer Qualitätsansprüche eine Flexibilisierung in Grenzbereichen geben muss, die sich aber allein am Patienteninteresse zu orientieren hat. Prof. Dr. Christoph Vogtmann, Leipzig, zeigte am Beispiel der Hyperbilirubinämie des Neugeborenen, die unverändert einen nicht unbedeutenden Teil neonatologisch-pädiatrischer Kapazität bindet (3,5 % aller Neugeborenen erfahren eine Behandlung), die Schwierigkeit, Kinder vor unnötigen Behandlungen zu bewahren, aber gleichzeitig nicht das Risiko einer Bilirubinenzephalopathie einzugehen. Ein Weg in diese Richtung könnte durch die generelle Bestimmung des Bilirubinspiegels im Nabelschnurblut beschränkt werden.

Unter dem Gesichtspunkt der Prävention von Spät- oder Zu-spät-Einweisungen kardiochirurgisch zu versorgender Neugeborener setzte sich Prof. Peter Schneider, Leipzig, für die Pulsoxymetrie bei Neugeborenen als Screeningmethode ein. Mit ihrer Durchführung in den ersten Lebenstagen können Fehlbildungen mit rechts-links-Shunt mit Sicherheit erkannt und Behandlungsverzögerungen vermieden werden.

Die teilweise lebhaft, aus Zeitgründen wieder einmal gekürzte Diskussion der Beiträge zeigte, dass aktuelle Probleme praxisnah vermittelt worden waren.

Nach einer geduldig ertragenen erheblichen Zeitüberziehung wurde allen Teilnehmern und Referenten gedankt, insbesondere für die gewissenhafte Datenerhebung durch die Kliniken und die ebenso akribische Datenaufarbeitung durch die Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung.

Prof. Dr. Christoph Vogtmann
Vorsitzender der Arbeitsgruppe Perinatologie/
Neonatalogie der Sächsischen Landesärztekammer

Eintragungen in das Partnerschaftsregister

Bekanntmachung der Eintragung im Partnerschaftsregister des Amtsgerichtes Chemnitz, Registergericht
PR 23 - 20.10.2004: **Partnerschaft Sven Schirbock, Facharzt für Orthopädie,**

Kristin Schirbock, Physiotherapeutin (Marchlewskistraße 1, 08056 Zwickau). Die Liquidation ist beendet. Der Name ist erloschen.

ra

Mitteilungen der Bezirksstellen Chemnitz und Leipzig

Die Bezirksstelle Chemnitz ist wegen Urlaub in der Zeit vom 22. 12. 2004 bis 3. 1. 2005 nicht besetzt und die Bezirksstelle Leipzig der Sächsischen Landesärztekammer ist aus Urlaubsgründen in der Zeit vom 29. 12. 2002 bis 30. 12. 2004 nicht besetzt.

In dringenden Angelegenheiten steht Ihnen die Hauptgeschäftsstelle in Dresden, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, Tel. 0351 8 26 74 11, zur Verfügung.

Internetecke

Die Homepage der Sächsischen Landesärztekammer wird Anfang des Jahres 2005 ein gänzlich neues Aussehen haben. Auch der Inhalt wurde im Rahmen der Einführung eines neuen elektronischen Pflegesystems verändert.

Freuen können Sie sich auf die Einführung einer Suchfunktion. Die Adresse bleibt unverändert: www.slaek.de

Dr. Günter Bartsch
Vorsitzender der AG Multimedia in der Medizin

Konzerte und Ausstellungen

Konzerte

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

Sonntag, 9. Januar 2005, 11.00 Uhr
Junge Matinee

Aus Oper und Operette
Miho Araki und Eun-Kyung Lee
Musiktheaterkorrepetition
(beide Klasse Prof. Karl Heinz Knobloch)
Hochschule für Musik
„Carl Maria von Weber“ Dresden

Sonntag, 6. Februar 2005, 11.00 Uhr
Junge Matinee

Aufbaustudenten im Konzert
Mit Studierenden der Klasse Prof. Monika Raithel (Instrumentalkorrepetition)
Hochschule für Musik „Carl Maria von Weber“ Dresden

Ausstellungen

**Foyer der
Sächsischen Landesärztekammer
und 4. Etage
Maria Adler-Krafft
Alles ist Leben – Leben ist alles
Malerei
bis 16. Januar 2005**

**Tobias Stengel
Zwischen Fläche und Körper –
unterwegs**

Objekte und Arbeiten auf Papier
19. Januar 2005 bis 13. März 2005

Vernissage
Donnerstag, 20. Januar 2005, 19.30 Uhr
Einführung: Susanne Greinke, Berlin,
Kulturwissenschaftlerin

Foyer der Sächsischen Ärzteversorgung

**Barbara Großpietsch
„Augen-Blicke“ Malerei
bis 31. 12. 2004**

Ärzteblatt Sachsen

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

Herausgeber:

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

Redaktionskollegium:

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

Redaktionsassistent: Ingrid Hüfner

Anschrift der Redaktion

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

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb

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

Verlagsleitung: Dr. Rainer Stumpe
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 Leseranalyse Medizinischer Zeitschriften e.V.

ISSN: 0938-8478



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

Freiberg

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Reg.-Nr. 04/C067

Facharzt für Chirurgie

Reg.-Nr. 04/C068

Facharzt für Augenheilkunde

Reg.-Nr. 04/C069

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Reg.-Nr. 04/C074

Stollberg

2 Fachärzte für Allgemeinmedizin*)

(in Gemeinschaftspraxis)

Reg.-Nr. 04/C070

Reg.-Nr. 04/C071

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10. 1. 2005 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789-406 oder 2789-403 zu richten.

Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Reg.-Nr. 04/C072

Annaberg

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 04/C073

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 23. 12. 2004 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789-406 oder 2789-403 zu richten.

■ Bezirksstelle Dresden

Dresden-Stadt

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Reg.-Nr. 04/D064

Facharzt für Orthopädie

Reg.-Nr. 04/D065

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 5. 1. 2005 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 8828-330 zu richten.

Dresden-Stadt

Facharzt für Augenheilkunde

Reg.-Nr. 04/D066

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Reg.-Nr. 04/D067

Meißen

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 04/D068

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 12. 1. 2005 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 8828-330 zu richten.

■ Bezirksstelle Leipzig

Leipzig-Stadt

Facharzt für Augenheilkunde

(Teil einer Gemeinschaftspraxis)

Reg.-Nr. 04/L049

Leipziger Land

Facharzt für Orthopädie

Reg.-Nr. 04/L050

Muldentalkreis

Facharzt für Augenheilkunde

Reg.-Nr. 04/L051

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 12. 1. 2005 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Telefon-Nr. 0341 2432-153 zu richten.

Abgabe von Vertragsarztsitzen

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

■ Bezirksstelle Chemnitz

Zwickau

Facharzt für Innere Medizin*)

(Hausärztlicher Versorgungsbereich)

geplante Praxisabgabe: 1. 4. 2005

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 1164, 09070 Chemnitz, Telefon-Nr. 0371 2789- 406 oder 2789-403

■ Bezirksstelle Dresden

Dresden-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

geplante Praxisabgabe: 08/2006, auch verhandelbar

Hoyerswerda-Stadt/Kamenz

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Dresdner Umland

geplante Praxisabgabe: 01/2006

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: Ende 2005

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

geplante Praxisabgabe: ab sofort

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

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Landesgeschäftsstelle

S. Fischer, K. Schmidt-Göhrich, M. Verlohren, J. Schulze

Diagnostik und Therapie des Diabetes mellitus Typ 2

TU Dresden
Medizinische Fakultät
III. Medizinische Klinik

Zusammenfassung

In den nächsten Jahren ist mit einer drastischen Zunahme des Diabetes mellitus sowohl in Deutschland als auch weltweit zu rechnen. Im Jahre 2010 werden nach aktuellen Schätzungen ca. 8 Millionen Deutsche an einem Diabetes leiden, davon sind ca. 95 Prozent Typ 2 Diabetiker. Zwischen

2000 bis 2010 ist von einem Anstieg des Diabetes weltweit um 46 Prozent und in Europa um 24 Prozent auszugehen. In Folge der damit verbundenen immensen Kosten ist eine rationale Diagnostik und Therapie dieser Erkrankung auch in Zukunft von größter Bedeutung.

Ziel der vorliegenden Publikation soll es sein, die diagnostischen Kriterien und den aktuellen Stand der Therapie des Diabetes mellitus Typ 2 darzustellen.

Schlüsselwörter: Diabetes mellitus Typ 2, diagnostische Kriterien, Therapieprinzipien

Diagnostische Kriterien des Diabetes mellitus

Die Diagnostik des Diabetes beruht auf der Messung der Plasmaglukose, der HbA1c-Wert ist kein Kriterium in der Diagnostik des Diabetes.

Nach den Empfehlungen der American Diabetes Association und der WHO von 1997 ist von einem Diabetes auszugehen, wenn der Gelegenheitsblutzucker $\geq 11,1$ mmol/l (venöses Plasma oder kapilläres Vollblut) beträgt und klassische diabetische Symptome bestehen (Polyurie, Polydipsie, Leistungsinsuffizienz, ungewollte Gewichtsabnahme). Weiterhin besteht ein Diabetes, wenn die Nüchternplasmaglukose $\geq 7,0$ mmol/l beträgt ($> 6,1$ mmol/l im kapillären Vollblut) oder wenn im 75 g oralen Glukosetoleranztest der 2-Stunden-Wert, d. h. der Wert 120 Minuten nach Aufnahme von 75 g Glukose, $\geq 11,1$ mmol/l (venöses Plasma oder kapilläres Vollblut) ist (Tabelle 1). Es ist darauf hinzuweisen, dass venöses Plasma die besten und reproduzierbarsten Werte für die Messung des Blutzuckers liefert und deshalb für die Diagnostik bevorzugt werden sollte. In Tabelle 2 sind die

Grenzwerte für venöses Vollblut, kapilläres Vollblut und Plasma aufgeschrieben. Bei Benutzung der Serumglukose können infolge der in vitro Glykolyse falsch niedrige (nicht jedoch falsch hohe) Werte gemessen werden. Serumproben zur Bestimmung klinisch-chemischer Parameter ohne Zusatz von Glykolysehemmstoffen dürfen deshalb nicht zur Glukosebestimmung verwendet werden. Blutzuckermessgeräte zur Selbstkontrolle sind selbstverständlich nicht zur Diagnostik des Diabetes einzusetzen, es sind nur qualitativ gesicherte Untersuchungsmethoden zugelassen. Auch die Diagnostik der Diabetesvorstadien gestörte Nüchternglukose (impaired fasting glucose, IFG) und gestörte Glukosetoleranz (impaired glucose tolerance, IGT) wird in Zukunft an Bedeutung gewinnen, da jährliche Konversionsraten von 2 bis 3 Prozent zum Diabetes mellitus gefunden wurden. Von einer gestörten Nüchternglukose spricht man, wenn die Nüchternplasmaglukose $\geq 6,1$ bis $< 7,0$ mmol/l beträgt (kapilläres Vollblut: $\geq 5,6$ bis $< 6,1$ mmol/l). Von einer gestörten Glukosetoleranz geht man aus, wenn der 2-h-Wert im 75 g oralen Glukosetoleranztest zwi-

schen 7,8 und 11,0 mmol/l liegt (venöses Plasma oder kapilläres Vollblut) (Tabelle 1).

Therapieziele

Der Diabetes mellitus Typ 2 ist auch heute noch durch eine herabgesetzte Lebenserwartung und eine eingeschränkte Lebensqualität infolge einer sich frühzeitig manifestierenden und im Vergleich zum Nichtdiabetiker schwerer verlaufenden Arteriosklerose gekennzeichnet. Deshalb sind Diabetiker streng euglykämisch einzustellen. Die anzustrebenden Therapieziele sind in Tabelle 3 zusammengestellt. Um eine gute Glykämie-lage zu erreichen, sind nicht nur die HbA1c-Werte interessant, sondern auch die Nüchtern- und die postprandialen Blutzuckerwerte von größter Bedeutung. Neben Hyperglykämien sind auch schwere Hypoglykämien zu vermeiden, besonders bei älteren Patienten, da diese zu cerebralen Komplikationen führen können (Glucose ist der wichtigste Energielieferant des Gehirns).

Zur exakten Beurteilung der Glykämie-lage sind neben der Messung der HbA1c-Werte Blutzuckerselbstkontrollen unter Einschluss

Stadium	Nüchtern-Plasma-Glukose	Gelegenheitsblutzucker	Oraler Glukose-Toleranz-Test (oGTT)
Normal	$< 6,1$ mmol/l (< 110 mg/dl)		2 h-Wert $< 7,8$ mmol/l (< 140 mg/dl)
Gestörte Glukose-Homöostase („impaired fasting glucose“)	$\geq 6,1 < 7,0$ mmol/l ($\geq 110 < 126$ mg/dl)		pathologische Glukose-Toleranz 2 h-Wert $\geq 7,8 < 11,1$ mmol/l ($\geq 140 < 200$ mg/dl)
Diabetes	$\geq 7,0$ mmol/l (≥ 126 mg/dl)	$\geq 11,1$ mmol/l (≥ 200 mg/dl) und Symptome	2 h-Wert $\geq 11,1$ mmol/l (≥ 200 mg/dl)

Tabelle 1: Diagnostische Kriterien des Diabetes mellitus nach den Empfehlungen der ADA/WHO (1997)

	Vollblut (venös)	Vollblut (kapillär)	Plasma
nüchtern	6,1 mmol/l (110 mg/dl)	6,1 mmol/l (110 mg/dl)	7,0 mmol/l (126 mg/dl)
2 Stunden nach Glukosebelastung	10,0 mmol/l (180 mg/dl)	11,1 mmol/l (200 mg/dl)	11,1 mmol/l (200 mg/dl)

Tabelle 2: Grenzwerte für die Diagnose des Diabetes mellitus (ADA/WHO 1997)

	venös	Vollblut (kapillär)
BZ nüchtern, präprandial (mmol/l)	5,0 - 6,7	5,0 - 6,7
BZ 1 - 2 h postprandial (mmol/l)	-	7,2 - 8,9
BZ vor dem Schlafengehen (mmol/l)	6,1 - 7,8	6,1 - 7,8
HbA1c (%)	6,5 oder niedriger	

Tabelle 3: Zielwerte in der Therapie des Diabetes mellitus Typ 2 unter Vermeidung von postprandialen Blutzuckerspitzen und Hypoglykämien (Deutsche Diabetes Gesellschaft)

von Blutzucker-Tag-Nacht-Profilen zu empfehlen. Diese sollten entsprechend der aktuellen Glykämieeinstellung und der Therapie (orale Antidiabetika oder Insulin) alle 2 Wochen, einmal im Monat, alle 2 Monate oder bei schlechter Glykämieeinstellung auch häufiger angefertigt werden. Ein Beispiel eines solchen Blutzucker-Tag-Nacht-Profiles ist in Tabelle 4 dargestellt.

Die Korrektur der Therapie (orale Antidiabetika und/oder Insulin) kann dann aufgrund der früh nüchtern und im Tagesverlauf postprandial gemessenen Werte erfolgen. Da der Typ 2 Diabetes im Gegensatz zum Typ 1 eher stabil ist, genügen meist 2 – 3 Profile, um die Glykämieeinstellung beurteilen und die Therapie modifizieren zu können. Urinzuckermessungen sind nur noch bei rein diätetischer Führung des Diabetes sinnvoll.

Wichtig sind die Blutzucker-Tag-Nacht-Profile auch deshalb, da wahrscheinlich kurze postprandiale Blutzuckerspitzen nicht in den HbA1c-Wert einfließen, aber zur Endothelschädigung führen. Der HbA1c-Wert entsteht in 2 Reaktionsschritten. Erst der 2. Reaktionsschritt ist irreversibel. Durch Verbindung der Glukose mit dem Häm-Molekül kommt es in einem 1. Reaktionsschritt zur Bildung einer

Aldiminform (Schiffsche Base). Diese Schiffssche Base kann wieder zerfallen. Erst wenn die Blutzuckerwerte wahrscheinlich über 6 – 8 Stunden erhöht sind, kommt es in einer 2. Reaktion zur Bildung der Ketoaminform (Amadori-Produkt), die dann die irreversible Verbindung darstellt. Kurze postprandiale Blutzuckerspitzen, z. B. nach einer Mahlzeit, beeinflussen deshalb den HbA1c-Wert kaum (Abb. 1).

Wegen der sich auch infolge des metabolischen Syndroms frühzeitig manifestierenden und schwerer verlaufenden Arteriosklerose ist nicht nur die Glykämieeinstellung eines Diabetikers sehr gut einzustellen, sondern sind auch die assoziierten kardiovaskulären Risikofaktoren optimal zu führen. Das gilt besonders für die Lipidparameter und den Blutdruck. Hier sind ebenfalls stringente Zielwerte anzustreben.

Das komplexe Krankheitsbild des Typ 2 Diabetes mellitus kann nur durch ein integriertes Diagnose- und Behandlungskonzept langfristig erfolgreich beherrscht werden. Hauptbestandteile eines solchen Konzeptes sind Schulung und Beratung des Patienten, Ernährungs- und Bewegungstherapie, psychologische Unterstützung und die medikamentöse Stufentherapie. Parallel zu diesen Maßnahmen müssen die vorliegenden weitere

Komponenten des metabolischen Syndroms wie Hyper- und Dyslipoproteinämie, Hypertonie sowie Adipositas behandelt und Risikofaktoren wie Nikotin- und Alkoholabusus bekämpft werden. Handlungsanleitungen für die Diagnostik und Therapie des Typ 2 Diabetes mellitus und das metabolische Syndrom bieten zum Beispiel die Euronormen oder die Sächsischen Leitlinien.

Therapie des Diabetes mellitus Typ 2

Dazu wurde von der Deutschen Diabetesgesellschaft (DDG) folgender Stufenplan erstellt (Abbildung 2).

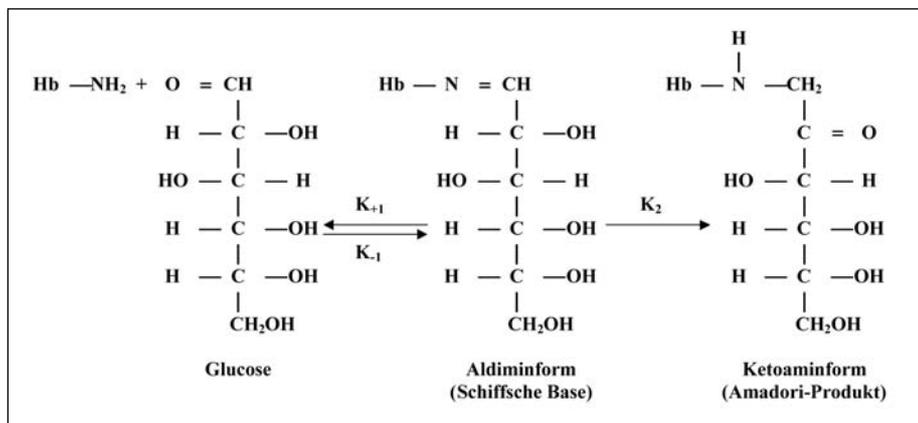


Abbildung 1: Reaktionsschema der Glykierung einer freien Aminogruppe des Hämoglobins mit Glukose und nachfolgender Amadori - Umlagerung

Am Morgen nach dem Aufstehen	2 Stunden nach dem Frühstück	vor dem Mittagessen	2 Stunden nach dem Mittagessen	vor dem Abendbrot	2 Stunden nach dem Abendbrot	In der Nacht	
7:00 Uhr	9:00 - 10:00 Uhr	12:00 Uhr	14:00 - 15:00 Uhr	18:00 Uhr	20:00 - 21:00 Uhr	24:00 Uhr	3:00 Uhr

Tabelle 4: Empfehlungen für die häusliche Blutzuckerselbstkontrolle (Tag-Nacht-Profil) bzw. für die Blutzuckerkontrolle auf Station

Stufenplan

Basistherapie: Ernährung, Gewichtsreduktion, Schulung, Bewegung
Zielwert: HbA1c ≤ 6,5 %
Intervention: HbA1c ≥ 7,0 %

Bei HbA1c > 7,0 % nach 3 Monaten:

bei Übergewicht:
 Monotherapie mit Metformin
 Andere Option: α-Glukosidasehemmer
 Bei Kontraindikation für Metformin: Sulfonylharnstoffderivate(SH), Repaglinid

bei Normalgewicht:
 Monotherapie mit Glibenclamid
 Andere Optionen: andere SH, Repaglinid

Bei HbA1c > 7,0 % nach 3 Monaten:

Zweites orales Antidiabetikum

bei Übergewicht:

- Metformin/Acarbose
- Metformin/Glinid
- Metformin/Glitazon
- Metformin/SH (kein Glibenclamid)

bei Normalgewicht:

- SH/α-Glukosidasehemmer
- SH/Glitazon (bei KI für Metformin)
- SH (kein Glibenclamid)/Metformin
- Glinide/Metformin

Bei HbA1c > 7,0 % nach 3 Monaten:

Kombinationstherapie:

Insulin + orale Antidiabetika

- Basalinsulin zur Nacht
- tags: Metformin/SH/Glinide
- andere Option: prandiale Insulintherapie

HbA1c > 7 %

Insulintherapie:

- ICT: Prandial: Analogon/Normal, Basal: Bedtime tagsüber nur bei nachgewiesenem Bedarf
- CT: Mischinsulin (bei Indikation)
- ggf. Kombination mit Metformin bei Übergewicht

Abbildung 2: Stufenplan der medikamentösen Therapie des Typ 2 Diabetes mellitus (DDG)

Amtliche Bekanntmachungen

Inhaltsverzeichnis

1. Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer
Vom 24. November 2004
2. Satzung Fortbildung und Fortbildungszertifikat der Sächsischen Landesärztekammer
Vom 24. November 2004
3. Geschäftsordnung der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung
Vom 16. November 2004
4. Satzung zum Wieder-In-Kraft-Setzen der Satzung zur Erteilung des Fachkundenachweises Rettungsdienst vom 8. März 1994 (in der Fassung der Änderungssatzung vom 21. November 2000)
Vom 16. November 2004
5. Satzung zur Änderung der Verfahrensordnung der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen der Sächsischen Landesärztekammer
Vom 16. November 2004
6. Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer
Vom 24. November 2004
7. Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer
Vom 24. November 2004

Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer

Vom 24. November 2004

Aufgrund von § 17 des Sächsischen Heilberufekammergesetzes (SächsHKaG) vom 24. Mai 1994 (SächsGVBl. S. 935), zuletzt geändert mit Artikel 17 des Gesetzes vom 28. Juni 2001 (SächsGVBl. S. 426, 428), hat die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer am 13. November 2004 folgende Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer beschlossen:

Artikel 1

Die Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (Berufsordnung – BO) vom 24. Juni 1998 (genehmigt mit Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit und Familie vom 17. Juni 1998, AZ. 52-5415.20/14, veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen, Heft 8/1998, S. 352), zuletzt geändert mit Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer vom 3. Dezember 2003 (genehmigt mit Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales vom 25. November 2003, AZ. 61-5415.21/6, veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen, Heft 12/2003, S. 534) wird wie folgt geändert:

1. § 4 Abs. 2 wird wie folgt geändert:
„(2) Auf Verlangen muss der Arzt seine Fortbildung nach Absatz 1 gegenüber der Ärztekammer durch ein Fortbildungszertifikat einer Ärztekammer nachweisen.“
2. Nach § 15 Abs. 3 wird folgender Absatz 4 angefügt:
„(4) Der Arzt beachtet bei der Forschung am Menschen die in der

Deklaration von Helsinki des Weltärztebundes niedergelegten ethischen Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen.“

3. § 17 erhält folgende Fassung:

„§ 17

Niederlassung und Ausübung der Praxis

- (1) Die Ausübung ambulanter ärztlicher Tätigkeit außerhalb von Krankenhäusern einschließlich konzessionierter Privatkliniken ist an die Niederlassung in einer Praxis (Praxissitz) gebunden, soweit nicht gesetzliche Vorschriften etwas anderes zulassen.
- (2) Dem Arzt ist es gestattet, über den Praxissitz hinaus an zwei weiteren Orten ärztlich tätig zu sein. Der Arzt hat Vorkehrungen für eine ordnungsgemäße Versorgung seiner Patienten an jedem Ort seiner Tätigkeiten zu treffen.
- (3) Die Ausübung ambulanter ärztlicher Tätigkeit im Umherziehen ist berufsrechtswidrig. Zum Zwecke der aufsuchenden medizinischen Gesundheitsversorgung kann die Ärztekammer auf Antrag des Arztes von der Verpflichtung nach Absatz 1 Ausnahmen gestatten, wenn sichergestellt ist, dass die beruflichen Belange nicht beeinträchtigt werden und die Berufsordnung beachtet wird.
- (4) Der Praxissitz ist durch ein Praxisschild kenntlich zu machen. Der Arzt hat auf seinem Praxisschild
 - die (Fach-) Arztbezeichnung,
 - den Namen,
 - die Sprechzeiten sowie

- ggf. die Zugehörigkeit zu einer Berufsausübungsgemeinschaft gem. § 18a anzugeben.

Ärzte, welche nicht unmittelbar patientenbezogen tätig werden, können von der Ankündigung ihres Praxissitzes durch ein Praxisschild absehen, wenn sie dies der Ärztekammer anzeigen.

(5) Ort und Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeiten am Praxissitz sowie die Aufnahme weiterer Tätigkeiten und jede Veränderung hat der Arzt der Ärztekammer unverzüglich mitzuteilen.“

4. Inhaltlich entfällt der bisherige § 18 und erhält nunmehr folgende Fassung:

„§ 18

Berufliche Kooperation

(1) Ärzte dürfen sich zu Berufsausübungsgemeinschaften – auch beschränkt auf einzelne Leistungen – zu Organisationsgemeinschaften, zu Medizinischen Kooperationsgemeinschaften und Praxisverbänden zusammenschließen.

(2) Ärzte dürfen ihren Beruf einzeln oder gemeinsam mit allen für den Arztberuf zulässigen Gesellschaftsformen ausüben, wenn ihre eigenverantwortliche, medizinisch unabhängige sowie nicht gewerbliche Berufsausübung gewährleistet ist. Bei beruflicher Zusammenarbeit, gleich in welcher Form, hat jeder Arzt zu gewährleisten, dass die ärztlichen Berufspflichten eingehalten werden.

(3) Die Zugehörigkeit zu mehreren Berufsausübungsgemeinschaften ist zulässig. Die Berufsausübungsgemeinschaft erfordert einen gemeinsamen Praxissitz. Eine Berufsausübungsgemeinschaft mit mehreren Praxissitzen ist zulässig, wenn an dem jeweiligen Praxissitz verantwortlich mindestens ein Mitglied der Berufsausübungsgemeinschaft hauptberuflich tätig ist.

(4) Bei allen Formen der ärztlichen Kooperation muss die freie Arztwahl gewährleistet bleiben.

(5) Soweit Vorschriften dieser Berufsordnung Regelungen des Partnerschaftsgesellschaftsgesetzes (Gesetz über Partnerschaftsgesellschaften Angehöriger freier Berufe [PartGG] vom 25.07.1994 – BGBl. I S. 1744) einschränken, sind sie vorrangig, aufgrund von § 1 Absatz 3 PartGG.

(6) Alle Zusammenschlüsse nach Absatz 1 sowie deren Änderung und Beendigung sind der zuständigen Ärztekammer anzuzeigen. Sind für die beteiligten Ärzte mehrere Ärztekammern zuständig, so ist jeder Arzt verpflichtet, die für ihn zuständige Kammer auf alle am Zusammenschluss beteiligten Ärzte hinzuweisen.“

5. Nach § 18 wird folgender § 18a eingefügt:

„§ 18a

Ankündigung von Berufsausübungsgemeinschaften und sonstigen Kooperationen

(1) Bei Berufsausübungsgemeinschaften von Ärzten sind – unbeschadet des Namens einer Partnerschaftsgesellschaft oder einer juristischen Person des Privatrechts – die Namen und Arztbezeichnungen aller in der Gemeinschaft zusammengeschlossenen Ärzte sowie die Rechtsform anzukündigen. Bei mehreren Praxissitzen ist jeder Praxissitz gesondert anzukündigen. § 19 Abs. 4 gilt entsprechend. Die Fortführung des Namens eines nicht mehr berufstätigen, eines ausgeschiedenen oder verstorbenen Partners ist unzulässig.

(2) Bei Kooperationen gemäß § 23b muss sich der Arzt in ein gemeinsames Praxisschild mit den Kooperationspartnern aufnehmen lassen. Bei Partnerschaften gemäß § 23c darf der Arzt, wenn die Angabe seiner Berufsbezeichnung vorgesehen ist, nur gestatten, dass die Bezeichnung „Arzt“ oder eine andere führbare Bezeichnung angegeben wird.

(3) Zusammenschlüsse zu Organisationsgemeinschaften dürfen angekündigt werden. Die Zugehörigkeit zu einem Praxisverbund gemäß § 23d kann durch Hinzufügung des Namens des Verbundes angekündigt werden.“

6. § 19 erhält folgende Fassung:

„§ 19

Beschäftigung angestellter Praxisärzte

(1) Der Arzt muss die Praxis persönlich ausüben. Die Beschäftigung ärztlicher Mitarbeiter in der Praxis setzt die Leitung der Praxis durch den niedergelassenen Arzt voraus. Der Arzt hat die Beschäftigung der ärztlichen Mitarbeiter der Ärztekammer anzuzeigen.

(2) In Fällen, in denen der Behandlungsauftrag des Patienten regelmäßig nur von Ärzten verschiedener Gebiete gemeinschaftlich durchgeführt werden kann, darf ein Facharzt als Praxisinhaber die für ihn gebietsfremde ärztliche Leistung auch durch einen angestellten Facharzt des anderen Gebietes erbringen.

(3) Ärzte dürfen nur zu angemessenen Bedingungen beschäftigt werden. Angemessen sind insbesondere Bedingungen, die dem beschäftigten Arzt eine angemessene Vergütung gewähren sowie angemessene Zeit zur Fortbildung einräumen und bei der Vereinbarung von Wettbewerbsverboten eine angemessene Ausgleichszahlung vorsehen.

(4) Über die in der Praxis tätigen angestellten Ärzte müssen die Patienten in geeigneter Weise informiert werden.“

7. § 22 und § 22a werden aufgehoben.

8. Nach § 23 werden folgende Vorschriften eingefügt:

„§23a

Ärztegesellschaften

(1) Ärzte können auch in der Form der juristischen Person des Privatrechts ärztlich tätig sein. Gesellschafter einer Ärztegesellschaft können nur Ärzte und Angehörige der in § 23b Absatz 1 Satz 1 genannten Berufe sein. Sie müssen in der Gesellschaft beruflich tätig sein. Gewährleistet sein muss zudem, dass

- a) die Gesellschaft verantwortlich von einem Arzt geführt wird; Geschäftsführer müssen mehrheitlich Ärzte sein,
- b) die Mehrheit der Gesellschaftsanteile und der Stimmrechte Ärzten zusteht,
- c) Dritte nicht am Gewinn der Gesellschaft beteiligt sind,
- d) eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung für jeden in der Gesellschaft tätigen Arzt besteht.

(2) Der Name der Ärztegesellschaft des Privatrechts darf nur die Namen der in der Gesellschaft tätigen ärztlichen Gesellschafter enthalten. Unbeschadet des Namens der Gesellschaft können die Namen und Arztbezeichnungen aller ärztlichen Gesellschafter und der angestellten Ärzte angezeigt werden.

§ 23b

Medizinische Kooperationsgemeinschaft zwischen Ärzten und Angehörigen anderer Fachberufe

(1) Ärzte können sich auch mit selbständig tätigen und zur eigenverantwortlichen Berufsausübung befugten Berufsangehörigen anderer akademischer Heilberufe im Gesundheitswesen oder staatlicher Ausbildungsberufe im Gesundheitswesen sowie anderen Naturwissenschaftlern und Mitarbeitern sozialpädagogischer Berufe – auch beschränkt auf einzelne Leistungen – zur kooperativen Berufsausübung zusammenschließen (Medizinische Kooperationsgemeinschaft). Die Kooperation ist in der Form einer Partnerschaftsgesellschaft nach dem PartGG oder aufgrund eines schriftlichen Vertrages über die Bildung einer Kooperationsgemeinschaft in der Rechtsform einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts oder einer juristischen Person des Privatrechts gemäß § 23a gestattet. Dem Arzt ist ein solcher Zusammenschluss im Einzelnen nur mit solchen anderen Berufsangehörigen und in der Weise erlaubt, dass diese in ihrer Verbindung mit dem Arzt einen gleichgerichteten oder integrierenden diagnostischen oder therapeutischen Zweck bei der Heilbehandlung, auch auf dem Gebiet der Prävention und Rehabilitation durch räumlich nahes und koordiniertes Zusammenwirken aller beteiligten Berufsangehörigen erfüllen können. Darüber hinaus muss der Kooperationsvertrag gewährleisten, dass

- a) die eigenverantwortliche und selbständige Berufsausübung des Arztes gewahrt ist,
- b) die Verantwortungsbereiche der Partner gegenüber dem Patienten getrennt bleiben,
- c) medizinische Entscheidungen, insbesondere über Diagnostik und Therapie, ausschließlich der Arzt trifft, sofern nicht der Arzt nach seinem Berufsrecht den in der Gemeinschaft selbständig tätigen Berufsangehörigen eines anderen Fachberufes solche Entscheidungen überlassen darf,
- d) der Grundsatz der freien Arztwahl gewahrt bleibt,
- e) der behandelnde Arzt zur Unterstützung und seinen diagnostischen Maßnahmen oder zur Therapie auch andere, als die in der Gemeinschaft kooperierenden Berufsangehörigen hinzuziehen kann,
- f) die Einhaltung der berufsrechtlichen Bestimmungen der Ärzte, insbesondere die Pflicht zur Dokumentation, das Verbot der berufswidrigen Werbung und die Regeln zur Erstellung einer Honorarforderung von den übrigen Partnern beachtet wird,
- g) sich die Medizinische Kooperationsgemeinschaft verpflichtet, im Rechtsverkehr die Namen aller Partner und ihre Berufsbezeichnungen anzugeben und – sofern es sich um eine eingetragene Partnerschaftsgesellschaft handelt – den Zusatz „Partnerschaft“ zu führen.

Die Voraussetzungen der Buchstaben a) bis f) gelten bei der Bildung einer juristischen Person des Privatrechts entsprechend. Der Name der juristischen Person muss neben dem Namen eines ärztlichen Gesellschafters die Bezeichnung „Medizinische Kooperationsgemeinschaft“ enthalten. Unbeschadet des Namens sind die Berufsbezeichnungen aller in der Gesellschaft tätigen Berufe anzukündigen.

(2) Die für die Mitwirkung des Arztes zulässige berufliche Zusammensetzung der Kooperation im Einzelnen richtet sich nach dem Gebot des Absatzes 1 Satz 3; es ist erfüllt, wenn Angehörige aus den vorgenannten Berufsgruppen kooperieren, die mit dem Arzt entsprechend seinem Fachgebiet einen gemeinschaftlich erreichbaren medizinischen Zweck nach der Art ihrer beruflichen Kompetenz zielbezogen erfüllen können.

§23c

Beteiligung von Ärzten an sonstigen Partnerschaften

Einem Arzt ist es gestattet, in Partnerschaften gemäß § 1 Absatz 1 und Absatz 2 PartGG mit Angehörigen anderer Berufe als den in § 23b beschriebenen zusammenzuarbeiten, wenn er in der Partnerschaft nicht die Heilkunde am Menschen ausübt. Der Eintritt in eine solche Partnerschaftsgesellschaft ist der Ärztekammer anzuzeigen.

§ 23d

Praxisverbund

(1) Ärzte dürfen, auch ohne sich zu einer Berufsausübungsgemeinschaft zusammenzuschließen, eine Kooperation verabreden (Praxisverbund), welche auf die Erfüllung eines durch gemeinsame oder gleichgerichtete Maßnahmen bestimmten Versorgungsauftrages oder auf eine andere Form der Zusammenarbeit zur Patientenversorgung, z. B. auf dem Felde der Qualitätssicherung oder Versorgungsbereitschaft, gerichtet ist. Die Teilnahme soll allen dazu bereiten Ärzten ermöglicht werden; soll die Möglichkeit zur Teilnahme beschränkt werden, z. B. durch räumliche oder qualitative Kriterien, müssen die dafür maßgeblichen Kriterien für den Versorgungsauftrag notwendig und nicht diskriminierend sein und der Ärztekammer gegenüber offen gelegt werden. Ärzte in einer zulässigen Kooperation dürfen die medizinisch gebotene oder vom Patienten gewünschte Überweisung an nicht dem Verbund zugehörige Ärzte nicht behindern.

(2) Die Bedingungen der Kooperation nach Absatz 1 müssen in einem schriftlichen Vertrag niedergelegt werden, der der Ärztekammer vorgelegt werden muss.

(3) In eine Kooperation nach Absatz 1 können auch Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationskliniken und Angehörige anderer Gesundheitsberufe nach § 23b einbezogen werden, wenn die Grundsätze nach § 23b gewahrt sind.“

9. Kapitel D II Nr. 7 bis 11 werden aufgehoben.

Artikel 2

In-Kraft-Treten

Die Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer tritt am 1. Januar 2005 in Kraft.

Dresden, 13. November 2004

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

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales hat mit Schreiben vom 16.11.2004, Az 21-5415.21/6 II die Genehmigung mit Ausnahme der Bestimmungen in § 19 Abs. 2 und § 23a erteilt.

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

Dresden, den 24. November 2004

Der Präsident
Prof. Dr. Jan Schulze

Satzung

Fortbildung und Fortbildungszertifikat der Sächsischen Landesärztekammer

Vom 24. November 2004

Aufgrund von § 5 Abs. 1 Nr. 4 und § 16 Abs. 2 Nr. 1 und Abs. 3 des Sächsischen Heilberufekammergesetzes vom 24. Mai 1994 (SächsGVBl. S. 935), zuletzt geändert mit Artikel 17 des Gesetzes vom 28. Juni 2001 (SächsGVBl. S. 426, 428) in Verbindung mit § 4 der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer vom 24. Juni 1998 (veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen, Heft 8/1998, S. 352), zuletzt geändert durch Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer vom 03. Dezember 2003, (veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen, Heft 12/2003, S. 534) hat die Kammerversammlung am 13. November 2004 die folgende Satzung Fortbildung und Fortbildungszertifikat der Sächsischen Landesärztekammer in Übereinstimmung mit dem Beschluss des 107. Deutschen Ärztetages beschlossen:

§ 1

Ziel der Fortbildung

(1) Fortbildung der Ärzte dient dem Erhalt und der kontinuierlichen Aktualisierung der fachlichen Kompetenz.

(2) Im Text werden die Berufsbezeichnung „Arzt“, „Ärzte“ einheitlich und neutral für Ärztinnen und Ärzte verwendet.

§ 2

Inhalt der Fortbildung

Durch die Fortbildung soll unter Berücksichtigung der wissenschaftlichen Erkenntnisse und neuer medizinischer Verfahren das zum Erhalt und zur Fortentwicklung der Kompetenz notwendige Wissen in der Medizin, der medizinischen Technologie und Gesundheitsökonomie vermittelt werden. Fortbildung soll sowohl fachspezifische als auch

interdisziplinäre und fachübergreifende Kenntnisse und die Einübung von klinisch-praktischen Fähigkeiten umfassen. Die Fortbildung soll sich dabei auf alle medizinischen Fachrichtungen in ausgewogener Weise erstrecken. Ärztliche Fortbildung umfasst auch die Verbesserung kommunikativer und sozialer Kompetenzen. Die ärztliche Fortbildung schließt außerdem Methoden der Qualitätssicherung, des Qualitätsmanagements und der evidenzbasierten Medizin ein. Bundeseinheitliche Vorgaben zum angemessenen Umfang der Fortbildung sind zu beachten.

§ 3

Fortbildungsmethoden

(1) Der Arzt ist in der Wahl der Art seiner Fortbildung frei. Art und Weise des Wissenserwerbs sind auf die individuell unterschiedlichen Formen des Lernverhaltens auszurichten.

(2) Soweit die Fortbildung insbesondere durch Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen nach Abs. 3 Nr. 2 erfolgt, soll der Arzt der Fortbildungspflicht durch die Wahrnehmung von Fortbildungsmaßnahmen entsprechen, welche die Kammer anerkennt.

(3) Geeignete Methoden der Fortbildung sind insbesondere:

1. Mediengestütztes Eigenstudium (z. B. Fachliteratur, audiovisuelle Lehr- und Lernmittel, strukturierte interaktive Fortbildung);
2. Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen (z. B. Kongresse, Seminare, Übungsgruppen, Kurse, Kolloquien, Qualitätszirkel);
3. Klinische Fortbildung (z. B. Hospitationen, Fallvorstellungen);
4. Curriculär vermittelte Inhalte, z. B. in Form von curriculärer Fortbildung, Weiterbildungskurse, die nach der Weiterbildungsordnung für eine Weiterbildungsbezeichnung vorgeschrieben sind, Zusatzstudiengänge.

§ 4

Organisation des Fortbildungsnachweises

(1) Die Ärztekammer fördert die Fortbildung der Kammermitglieder durch das Angebot eigener Fortbildungsmaßnahmen sowie die Anerkennung der geeigneten Fortbildungsmaßnahmen als Grundlage eines Nachweises der beruflichen Fortbildungspflicht.

(2) Der Förderung der Fortbildungspflicht und ihres Nachweises dient insbesondere das Fortbildungszertifikat der Kammer (§ 5), welches auf der Grundlage der nachstehenden Vorschriften jedem Arzt auf dessen Antrag nach Maßgabe der Erfüllung der geregelten Voraussetzungen erteilt wird.

§ 5

Fortbildungszertifikate der Ärztekammer

(1) Ein Fortbildungszertifikat wird erteilt, wenn der Arzt innerhalb eines der Antragstellung vorausgehenden Zeitraums von fünf Jahren Fortbildungsmaßnahmen abgeschlossen hat, welche in ihrer Summe die nach den Regeln des § 6 ermittelte Mindestbewertung von 250 Punkten erreichen.

Für den Erwerb des Fortbildungszertifikats können nur die in § 6 Abs. 2 geregelten Fortbildungsmaßnahmen wahrgenommen werden; ferner ist die vorherige Anerkennung der anzurechnenden Fortbildungsmaßnahmen nach Maßgabe des § 7 Voraussetzung. § 12 bleibt unberührt. Das Anerkennungsverfahren richtet sich nach §§ 7 bis 11.

(2) Das Fortbildungszertifikat ist entsprechend der Berufsordnung ankündigungsfähig. Mit dem Erwerb des Zertifikates wird den Ärzten eine Plakette übergeben, die auf dem Praxisschild oder an anderer Stelle des Tätigkeitsbereiches angebracht werden kann.

§ 6

Bewertung von Fortbildungsmaßnahmen

(1) Die Fortbildungsmaßnahmen werden mit Punkten bewertet. Grundeinheit ist eine 45-minütige Fortbildungseinheit. Die Kategorien und die Bewertungsskala im Einzelnen ergeben sich aus Absatz 2.

(2) Folgende Arten von Fortbildungsmaßnahmen sind für das Fortbildungszertifikat geeignet und werden wie folgt bewertet:

- Kategorie A: Vortrag und Diskussion
1 Punkt pro Fortbildungseinheit,
maximal 8 Punkte pro Tag

Kategorie B: Mehrtägige Kongresse im In- und Ausland, wenn kein Einzelnachweis entsprechend Kategorie A bzw. C erfolgt,
3 Punkte pro 1/2 Tag bzw. 6 Punkte pro Tag

Kategorie C: Fortbildung mit konzeptionell vorgesehener Beteiligung jedes einzelnen Teilnehmers (z. B. Workshop, Arbeitsgruppen, Qualitätszirkel, Balintgruppen, Kleingruppenarbeit, Supervision, Fallkonferenzen, Literaturkonferenzen, praktische Übungen)

1. 1 Punkt pro Fortbildungseinheit, 1 Zusatzpunkt pro Veranstaltung bis zu 4 Stunden
2. höchstens 2 Zusatzpunkte pro Tag

Kategorie D: Strukturierte interaktive Fortbildung über Printmedien, Online-Medien und audiovisuelle Medien mit nachgewiesener Qualifizierung und Auswertung des Lernerfolgs in Schriftform.

- 1 Punkt pro Übungseinheit
- Selbststudium durch Fachliteratur und -bücher sowie Lehrmittel

Kategorie E: Innerhalb der Kategorie E werden höchstens 50 Punkte für fünf Jahre anerkannt

Kategorie F: Wissenschaftliche Veröffentlichungen und Vorträge

1. Autoren erhalten 1 Punkt pro Beitrag
2. Referenten/Qualitätszirkelmoderatoren erhalten 1 Punkt pro Beitrag/Poster/Vortrag zusätzlich zu den Punkten der Teilnehmer

Kategorie G: Hospitationen
1 Punkt pro Stunde, höchstens 8 Punkte pro Tag

Kategorie H: Curriculär vermittelte Inhalte, z. B. in Form von curriculärer Fortbildungsmaßnahmen, Weiterbildungskurse, die nach der Weiterbildungsordnung für eine Weiterbildungsbezeichnung vorgeschrieben sind, Zusatzstudiengänge
1 Punkt pro Fortbildungseinheit

Lernerfolgskontrolle: 1 Zusatzpunkt bei den Kategorien A und C

(3) Im Einzelfall kann auf Beschluss des Vorstandes der Ärztekammer und in Abstimmung mit der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung die Punktebewertung einer Fortbildungsveranstaltung im Sinne der Teilnehmerstimulierung geändert werden.

(4) Die Ärztekammer erlässt ergänzende Richtlinien zur Bewertung der Fortbildungsmaßnahmen, bei denen sie die bundeseinheitlichen Kriterien zugrundelegt. Die Richtlinien enthalten auch die Ausnahmen, bei denen die Höchstanzahl von Bewertungspunkten in begründeten Ausnahmefällen in den einzelnen Kategorien bei ansonsten gleichwertiger Fortbildung überschritten werden darf.

§ 7

Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen

(1) Grundsätzlich können nur solche Fortbildungsmaßnahmen der Kategorien A bis D, G und H des § 6 Abs. 2 der Erteilung des Fortbildungszertifikats zugrundegelegt werden, welche vor ihrer Durchführung von einer Ärztekammer anerkannt worden sind. Über Maßnahmen der Kategorie F des § 6 Abs. 2 muss der Arzt bei Stellung des Antrags auf Erteilung des Fortbildungszertifikats einen geeigneten Nachweis führen.

(2) Fortbildungsmaßnahmen anderer Veranstalter werden nach Maßgabe der §§ 8 und 9 anerkannt.

§ 8

Voraussetzungen der Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen

(1) Die Anerkennung einer Fortbildungsmaßnahme setzt voraus, dass die zu vermittelnden Fortbildungsinhalte

1. den Zielen der Berufsordnung und dieser Fortbildungsordnung entsprechen;
2. die bundeseinheitlichen Empfehlungen der Ärztekammern für die

Qualitätssicherung der ärztlichen Fortbildung (in: „Empfehlungen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Fortbildung“) berücksichtigen;

3. frei von wirtschaftlichen Interessen sind.

Die Fortbildung soll grundsätzlich arztöffentlich sein. Veranstalter und Referenten müssen der Ärztekammer ökonomische Verbindungen zur Industrie offen legen.

(2) Für Fortbildungsmaßnahmen der Kategorien A bis D, G und H des § 6 Abs. 2 muss grundsätzlich ein Arzt als wissenschaftlich Verantwortlicher bestellt sein.

§ 9

Verfahren der Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen

(1) Die Anerkennung erfolgt auf Antrag des Veranstalters. Im Antrag ist der Verantwortliche nach § 8 Abs. 2 zu benennen.

(2) Zum Anerkennungsverfahren beschließt der Vorstand der Ärztekammer Richtlinien. Die Richtlinien bestimmen einheitlich für alle in Betracht kommenden Maßnahmen der Kategorien A bis D, G und H des § 6 Abs. 2 die Voraussetzungen zur Anerkennung unter Zugrundelegung der Kriterien der Bundesärztekammer im Hinblick auf folgende Einzelheiten:

1. Antragsfristen;
 2. Inhalt der Anträge;
 3. Methoden der Lernerfolgskontrolle;
 4. Teilnehmerlisten;
 5. Teilnehmerbescheinigungen;
 6. Besondere Regelungen für die Anerkennung einzelner Fortbildungsarten.
- (3) Der Veranstalter muss schriftlich erklären, dass die Empfehlungen der Bundesärztekammer nach § 8 Abs. 1 Nr. 2 beachtet werden.
- (4) Der Veranstalter kann durch die Ärztekammer beauftragt werden, für die teilnehmenden Ärzte mit deren Einwilligung den Nachweis der Teilnahme an der anerkannten Fortbildungsveranstaltung unmittelbar der Ärztekammer zuzuleiten.

§ 10

Anerkennung von Fortbildungsveranstaltern

Auf Antrag kann einem geeigneten Veranstalter durch die Ärztekammer für alle von ihm durchgeführten Veranstaltungen oder bestimmte Veranstaltungen die Zusage erteilt werden, dass die Fortbildungsveranstaltungen ohne Einzelprüfung anerkannt werden. Die Zusage wird an Bedingungen gebunden. Dabei ist sicherzustellen, dass der Veranstalter bei Auswahl und Bewertung der Veranstaltungen nachweislich die Bestimmungen dieser Satzung zugrunde legt.

§ 11

Gegenseitige Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen

Die Ärztekammer erkennt von einer anderen Heilberufskammer aner-

kannte Fortbildungsmaßnahmen als Grundlage der Erteilung eines Fortbildungszertifikats an.

§ 12

Fortbildung im Ausland

(1) Im Ausland durchgeführte Fortbildungsmaßnahmen werden anerkannt, wenn sie den Voraussetzungen dieser Fortbildungsordnung ihrem Wesen nach entsprechen. Die Notwendigkeit einer vorherigen Anerkennung kann entfallen.

(2) Der Arzt muss einen Nachweis über die Art der Fortbildung führen, der es gestattet, die Einhaltung der Kriterien nach § 8 zu prüfen.

§ 13

Übergangsregelungen

(1) Ab dem 01. Januar 2002 erworbene Fortbildungspunkte werden auf die Erteilung des Fortbildungszertifikates gemäß § 5 angerechnet.

(2) In Ausnahmefällen kann bis 31. Dezember 2006 unter Nachweis von 150 Fortbildungspunkten ein Antrag auf Erteilung des Fortbildungszertifikates für einen Zeitraum von drei Jahren gestellt werden.

(3) Wer 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.

§ 14

In-Kraft-Treten, Außer-Kraft-Treten

Diese Satzung tritt am 01. Januar 2005 in Kraft. Gleichzeitig tritt die Satzung der Sächsischen Landesärztekammer zur Erteilung des Fortbildungszertifikates (freiwillig zertifizierte Fortbildung) vom 3. Dezember 2003 (veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen, Heft 12/2003, S. 536) außer Kraft.

Dresden, 13. November 2004

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

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales hat mit Schreiben vom 16.11.2004, Az 21-5415.21/14 die Genehmigung erteilt.

Die vorstehende Satzung Fortbildung und Fortbildungszertifikat der Sächsischen Landesärztekammer wird hiermit ausgefertigt und wird im Ärzteblatt Sachsen bekannt gemacht.

Dresden, den 24. November 2004

Der Präsident
Prof. Dr. Jan Schulze

Geschäftsordnung der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung

Vom 16. November 2004

Die 8. Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer hat am 27. März 1993 folgende Geschäftsordnung der „Sächsischen Akademie für ärztliche Fortbildung“ beschlossen, geändert durch Beschluss der 31. Kammerversammlung am 13. November 2004.

§ 1

Aufgaben

(1) Die Sächsische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung ist ein Ausschuss der Sächsischen Landesärztekammer.

(2) Aufgabe der Akademie ist, die berufliche Fort- und Weiterbildung der Kammermitglieder in qualifizierter Weise zu fördern, Richtlinien

für den erforderlichen Umfang der Fortbildung für alle Arztgruppen zu erarbeiten, die ärztliche Fortbildung in Sachsen thematisch, zeitlich und personell abzustimmen sowie Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen, wie Kurse und Seminare, vorzubereiten und durchzuführen. Die Akademie trägt auch Sorge für eine angemessene Effizienz- und Qualitätskontrolle der Fortbildung.

(3) Die Akademie verfolgt ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige und wissenschaftliche Zwecke im Sinne der §§ 51 ff der Abgabenordnung. Sie ist selbstlos tätig und verfolgt nicht in erster Linie eigenwirtschaftliche Zwecke.

§ 2

Zusammensetzung

- (1) Die Akademie besteht aus 13 Mitgliedern, die von der Kammerversammlung gewählt werden.
- (2) Die Akademie setzt sich im Zeitpunkt der Wahl der Mitglieder aus folgenden Gruppen zusammen:
- mindestens vier niedergelassene Ärzte
 - mindestens vier angestellte Ärzte
 - mindestens zwei Ärzte von universitären Einrichtungen
 - mindestens ein Arzt, der im öffentlichen Gesundheitswesen beschäftigt ist.
- (3) Die Mitglieder der Akademie werden gruppenweise gewählt, wobei jedes Mitglied der Kammerversammlung für jede Gruppe soviel Stimmen besitzt, wie Mitglieder gewählt werden können. Die Mindestanzahl der Mitglieder sind gewählt, wenn sie im Vergleich mit den Bewerbern aller Gruppen jeweils die Stimmenmehrheit besitzen.
- (4) Ändert sich während der Amtsperiode der Status eines Mitgliedes der Akademie, so entscheidet die Kammerversammlung, ob und inwieweit eine Veränderung erforderlich ist.

§ 3

Amtsperiode

Die Mitglieder der Akademie werden für die Dauer der Wahlperiode der Kammerversammlung gewählt.

§ 4

Sitzungen

- (1) Die Akademie hält jährlich mindestens zwei Sitzungen ab.
- (2) Der Vorsitzende leitet die Sitzungen.

§ 5

Wahl des Vorsitzenden

Die Mitglieder der Akademie wählen aus ihrer Mitte den Vorsitzenden und einen Stellvertreter.

§ 6

Übergangsbestimmungen

Unter Berücksichtigung des § 5 dieser Satzung verlängert sich die Amtsperiode der im Jahr 2001 gewählten Mitglieder der Akademie einmalig um zwei Jahre.

§ 7

In-Kraft-Treten

Diese geänderte Geschäftsordnung tritt am 01.01.2005 in Kraft. Gleichzeitig tritt die Geschäftsordnung der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung vom 20. Juni 2001 außer Kraft.

Dresden, 13. November 2004

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

Die vorstehende Geschäftsordnung der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung wird hiermit ausgefertigt und wird im Ärzteblatt Sachsen bekannt gemacht.

Dresden, den 16. November 2004

Der Präsident
Prof. Dr. Jan Schulze

Satzung zum Wieder-In-Kraft-Setzen der Satzung zur Erteilung des Fachkundenachweises Rettungsdienst vom 8. März 1994 (in der Fassung der Änderungssatzung vom 21. November 2000)

Vom 16. November 2004

Die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer hat am 13. November 2004 folgende Satzung zum Wieder-In-Kraft-Setzen der Satzung zur Erteilung des Fachkundenachweises Rettungsdienst beschlossen.

Artikel 1

Diese Satzung tritt am 01. Januar 2005 in Kraft.

Artikel 2

Die Satzung zur Erteilung des Fachkundenachweises Rettungsdienst gilt über den 01. Januar 2005 hinaus fort und tritt mit In-Kraft-Treten der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer in der Fassung des Beschlusses der Kammerversammlung am 26. Juni 2004 außer Kraft.

Dresden, 13. November 2004

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

Die vorstehende Satzung zum Wieder-In-Kraft-Setzen der Satzung zur Erteilung des Fachkundenachweises Rettungsdienst wird hiermit ausgefertigt und wird im Ärzteblatt Sachsen bekannt gemacht.

Dresden, den 16. November 2004

Der Präsident
Prof. Dr. Jan Schulze

Satzung zur Änderung der Verfahrensordnung der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen der Sächsischen Landesärztekammer

Vom 16. November 2004

Aufgrund von § 8 Abs. 3 Nr. 2 in Verbindung mit § 5 Abs. 1 Nr. 6 des Sächsischen Heilberufekammergesetzes vom 24. Mai 1994 (SächsGVBl. S. 935), zuletzt geändert mit Artikel 17 des Gesetzes vom 28. Juni 2001 (SächsGVBl. S. 426, 428) hat die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer am 13. November 2004 die folgende Satzung zur Änderung der Verfahrensordnung der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen der Sächsischen Landesärztekammer beschlossen:

Artikel 1

Die Verfahrensordnung der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen der Sächsischen Landesärztekammer vom 19. Juni 2002, veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen, Heft 7/2002, S. 335, wird wie folgt geändert:

1. In § 6 Abs. 3 werden die Worte „Gesetz über die Entschädigung von Zeugen und Sachverständigen in der jeweils gültigen Fassung“ durch die Worte „Gesetz über die Vergütung von Sachverständigen, Dolmetscherinnen, Dolmetschern, Übersetzerinnen und Übersetzern sowie die Entschädigung von ehrenamtlichen Richterinnen, ehrenamtlichen Richtern, Zeuginnen, Zeugen und Dritten (Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz [JVEG]) in der jeweils gültigen Fassung“ ersetzt.

2. Aus dem bisherigen § 7 Inkrafttreten wird § 8.

3. Folgender § 7 Übergangsbestimmungen wird eingefügt:

„Das Gesetz über die Entschädigung von Zeugen und Sachverständigen in der Fassung der Bekanntmachung vom 1. Oktober 1969 (BGBl. I S. 1756), zuletzt geändert durch Artikel 1 Abs. 5 des Gesetzes vom 22. Februar 2002 (BGBl. I S. 981) sowie Verweisungen auf diese Ge-

setze sind weiter anzuwenden, wenn der Auftrag an den Sachverständigen, Dolmetscher oder Übersetzer vor dem 1. Juli 2004 erteilt oder der Berechtigte vor diesem Zeitpunkt herangezogen worden ist. Satz 1 gilt für Heranziehungen vor dem 1. Juli 2004 auch dann, wenn der Berechtigte in der selben Rechtssache auch nach dem 1. Juli 2004 herangezogen worden ist.“

Artikel 2

Die geänderte Verfahrensordnung tritt am 1. Juli 2004 in Kraft.

Dresden, 13. November 2004

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

Die vorstehende Satzung zur Änderung der Verfahrensordnung der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen der Sächsischen Landesärztekammer wird hiermit ausgefertigt und wird im Ärzteblatt Sachsen bekannt gemacht.

Dresden, den 16. November 2004

Der Präsident
Prof. Dr. Jan Schulze

Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer

Vom 24. November 2004

Aufgrund des § 14 Abs. 3 des Sächsischen Heilberufekammergesetzes (SächsHKaG) vom 24. Mai 1994 (SächsGVBl. S. 935), zuletzt geändert mit Artikel 17 des Gesetzes vom 28. Juni 2001 (SächsGVBl. S. 426, 428) hat die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer am 13. November 2004 die folgende Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer vom 26. Juni 2002 beschlossen:

Artikel 1

Die Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer vom 26. Juni 2002 (genehmigt mit Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales vom 24. Juni 2002, Az. 61-5415.21/4, veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen, Heft 7/2002, S. 337), zuletzt geändert mit Satzung vom 3. Dezember 2003 (genehmigt mit Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales vom 25.11.2003, Az. 61-5415.21/4, veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen, Heft 12/2003, S. 538 ff.) wird wie folgt geändert:

1. In § 2 Abs. 2 werden die Worte „aus unselbständiger ärztlicher Tätigkeit“ in die Worte „aus nichtselbständiger ärztlicher Tätigkeit“ geändert.

2. § 3 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

Es entfällt: „b) als Ärzte im Praktikum tätig sind.“

Aus Buchstabe c) wird b), aus Buchstabe d) wird c), aus Buchstabe e) wird d) und aus Buchstabe f) wird e).

3. § 3 Abs. 2 wird wie folgt geändert:
Aus Buchstabe d) wird Buchstabe c).

4. § 5 Abs. 3 wird wie folgt geändert:

Aus Buchstabe c) wird b), aus Buchstabe d) wird c) und aus Buchstabe e) wird d).

Artikel 2

Die Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer tritt am 01. Januar 2005 in Kraft.

Dresden, 13. November 2004

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

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales hat mit Schreiben vom 16.11.2004, Az 21-5415.21/4 III die Genehmigung erteilt.

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

Dresden, den 24. November 2004

Der Präsident
Prof. Dr. Jan Schulze

Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer

Vom 24. November 2004

Aufgrund des § 14 Abs. 3 des Sächsischen Heilberufekammergesetzes (SächsHKaG) vom 24. Mai 1994 (SächsGVBl. S. 935), zuletzt geändert mit Artikel 17 des Gesetzes vom 28. Juni 2001 (SächsGVBl. S. 426, 428) hat die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer am 13. November 2004 die folgende Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer beschlossen:

Artikel 1

Die Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer (Gebührenordnung – GebO) vom 15. März 1994 (genehmigt mit Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit und Familie vom 14.03.1994, Az.: 52/8870-1-000/10/94, veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen, Heft 4/1994, Seite 270), zuletzt geändert mit Satzung vom 9. Juli 2004 (genehmigt mit Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Az.: 61-5415.21/5, veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen, Heft 8/2004, S. 387) wird wie folgt geändert:

Nr. 8. der Anlage zu der Gebührenordnung wird wie folgt neu gefasst:

„8. Tätigkeit der Ethikkommission

- 8.1. Beratung von Ärzten vor der Durchführung klinischer Versuche am Menschen über berufsethische und berufsrechtliche Fragen (§ 15 Abs. 1 Satz 1 Berufsordnung) 250,00 EUR bis 1.500,00 EUR
- 8.2. Beratung von Ärzten vor der Durchführung epidemiologischer Forschung mit personengebundenen Daten über die mit dem Vorhaben verbundenen berufsethischen und berufsrechtlichen Fragen (§ 15 Abs. 1 Satz 1 Berufsordnung) 250,00 EUR bis 1.500,00 EUR
- 8.3. Beratung von Ärzten vor der Durchführung der Forschung mit vitalen menschlichen Gameten und lebendem embryonalen Gewebe über die mit dem Vorhaben verbundenen berufsethischen und berufsrechtlichen Fragen (§ 15 Abs. 1 Satz 2 Berufsordnung) 250,00 EUR bis 1.500,00 EUR
- 8.4. Beratung über Ergänzungen zur Tätigkeit nach Nr. 8.1., 8.2. und 8.3. 25,00 EUR bis 750,00 EUR
- 8.5. Verfahren bei der Ethikkommission für Multicenter-(MC-)Studien gemäß § 42 Abs. 1 in Verbindung mit § 40 Abs. 1 Satz 2 AMG als federführende Ethikkommission
- 8.5.1. Stellungnahme 2.500,00 EUR bis 4.000,00 EUR
- 8.5.2. Amendment
- 8.5.2.1. Formale Änderungen 100,00 EUR bis 400,00 EUR
- 8.5.2.2. Inhaltliche Änderungen 100,00 EUR bis 800,00 EUR

- 8.5.2.3. Neubewertung 500,00 EUR bis 1.500,00 EUR
- 8.5.3. Nachmeldung Prüfzentrum 100,00 EUR bis 400,00 EUR
- 8.5.4. Zwischenfallsmeldung 100,00 EUR bis 600,00 EUR
- 8.5.5. Aktualisierte Investigators Brochure 100,00 EUR bis 250,00 EUR
- 8.5.6. Jahresbericht 100,00 EUR bis 250,00 EUR
- 8.5.7. Studienabbruch 100,00 EUR bis 250,00 EUR
- 8.6. Verfahren bei der Ethikkommission für Multicenter-(MC-)Studien gemäß § 42 Abs. 1 in Verbindung mit § 40 Abs. 1 Satz 2 AMG als beteiligte Ethikkommission
- 8.6.1. Stellungnahme 250,00 EUR bis 750,00 EUR
- 8.6.2. Amendment 100,00 EUR bis 500,00 EUR
- 8.6.3. Nachmeldung Prüfzentrum 50,00 EUR bis 400,00 EUR
- 8.6.4. Zwischenfallsmeldung 100,00 EUR bis 200,00 EUR
- 8.7. Verfahren bei der Ethikkommission für Monocenter-Studien gemäß § 42 Abs. 1 in Verbindung mit § 40 Abs. 1 Satz 2 AMG
- 8.7.1. Stellungnahme 1.500,00 EUR bis 4.000,00 EUR
- 8.7.2. Amendment
- 8.7.2.1. Formale Änderungen 100,00 EUR bis 400,00 EUR
- 8.7.2.2. Inhaltliche Änderungen 100,00 EUR bis 800,00 EUR
- 8.7.2.3. Neubewertung 500,00 EUR bis 1.500,00 EUR
- 8.7.3. Nachmeldung Prüfzentrum 100,00 EUR bis 400,00 EUR
- 8.7.4. Zwischenfallsmeldung 100,00 EUR bis 600,00 EUR
- 8.7.5. Aktualisierte Investigators Brochure 100,00 EUR bis 250,00 EUR
- 8.7.6. Jahresbericht 100,00 EUR bis 250,00 EUR
- 8.7.7. Studienabbruch 100,00 EUR bis 250,00 EUR“.

Artikel 2

Die Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer tritt am 1. Januar 2005 in Kraft.

Dresden, 13. November 2004

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

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales hat mit Schreiben vom 16.11.2004, Az 21-5415.21/5 die Genehmigung erteilt.

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

Dresden, den 24. November 2004

Der Präsident
Prof. Dr. Jan Schulze

Die Kombination Metformin plus Glibenclamid ist in den Empfehlungen der Deutschen Diabetesgesellschaft nicht aufgeführt, da mehrere Studien vorliegen, die gezeigt haben, dass die Kombination Metformin + Glibenclamid mit einem erhöhten kardiovaskulären Risiko assoziiert ist. Die Deutsche Diabetesgesellschaft hat deshalb im Jahre 2003 folgende Empfehlung gegeben: „Bezüglich der Kombination Glibenclamid und Metformin kann nach der aktuellen Datenlage nicht ausgeschlossen werden, dass diese Kombination das kardiovaskuläre Risiko erhöht. Deshalb sollte diese Kombination nur dann verabreicht werden, wenn äquivalent wirksame Alternativen nicht eingesetzt werden können und wenn der Patient eingehend über das mögliche Risiko sowie alternative Therapieoptionen aufgeklärt wurde. Ob eine derartige Risikoerhöhung auch für andere Sulfonylharnstoff-derivate oder Glinide/Metformin-Kombinationstherapien befürchtet werden muss, ist in Ermangelung entsprechender Daten völlig unklar. In dieser Situation halten die Autoren der evidenz-basierten Leitlinie antihyperglykämische Therapie des Diabetes mellitus Typ 2 der Deutschen Diabetes Gesellschaft eine Umstellung aller mit diesen Kombinationen behandelten Diabetiker für nicht angezeigt, schlagen doch eine strengere Indikationsstellung, besonders bei Neueinstellung, vor“.

Basale Therapieprinzipien

Die Grundlagen der Behandlung des Typ 2 Diabetes stellen die Empfehlungen zur Umstellung der Ernährung und zur Gewichtsoptimierung dar. Jede Verminderung des Körpergewichtes führt bei übergewichtigen Typ 2 Diabetikern zu einer Reduktion der Insulinresistenz, einem entscheidenden pathogenetischen Faktor des Typ 2 Diabetes. Die Diätberatungen sollten von einer ausgebildeten Diabetesberaterin oder Diätassistentin durchgeführt werden. Dazu liegen Empfehlungen der Deutschen Diabetesgesellschaft, Arbeitsgruppe Ernährung, vor. Diabetiker sollten 60 bis 70 Prozent der Gesamtenergiezufuhr in Form von Kohlenhydraten und einfach ungesättigten Fettsäuren mit cis-Konfiguration zu sich nehmen. Die Aufnahme von Zucker ist heute auch bei Typ 2 Diabetikern möglich, sie ist aber auf maximal 10 % der Gesamtenergiezufuhr zu begrenzen. Die Gesamtfettzufuhr sollte bei 25 bis 35 Prozent der Gesamtenergiezufuhr liegen, wobei gesättigte und transungesättigte Fette ≤ 10 % der Gesamt-

energiezufuhr und mehrfach ungesättigte Fette ebenfalls < 10 Prozent der Energiezufuhr ausmachen sollen. Damit liegt die Aufnahme von Eiweiß bei 10 bis 20 Prozent der Gesamtenergieaufnahme. Die Kost des Diabetikers soll ballaststoffreich sein.

Patienten, die mit Insulin behandelt werden, müssen auf Brot- oder Kohlenhydrateinheiten eingestellt werden. Dazu ist nach langjährigen Erfahrungen eine intensive und mehrfache Schulung der Diabetiker notwendig, damit diese mit Waage und Austauschabelle sicher umgehen können. Die Benutzung der Kohlenhydrataustauschabelle erhöht die Flexibilität und Sicherheit des Diabetikers und ist unbedingt anzustreben.

Ein wichtiger Ansatzpunkt in der basalen Therapie des Diabetes ist die Erhöhung der körperlichen Aktivität. Da Typ 2 Diabetiker Hochrisikopatienten sind, sollte zumindest bei länger bestehendem Diabetes vor Beginn eines körperlichen Trainings eine gründliche kardiologische Diagnostik erfolgen, um eine koronare Herzkrankheit auszuschließen. Bei Vorliegen einer autonomen viszeralen Neuropathie ist von einer gestörten Schmerzwahrnehmung auszugehen. Bei älteren Diabetikern ist tägliches Spazierengehen durchaus ausreichend.

Ein äußerst wichtiger Bestandteil der basalen Therapie ist die strukturierte Diabetesschulung, an der jeder Diabetiker unbedingt teilnehmen sollte und die gegebenenfalls auch zu wiederholen ist.

Bei einer Therapie mit oralen Antidiabetika oder Insulin ist die Blutzuckerselbstkontrolle heute ein unverzichtbarer Bestandteil der Therapie. Neben der besseren Blutzuckereinstellung werden auch Compliance und Motivation des Diabetikers klar gefördert.

Orale Antidiabetika

Werden die Therapieziele mit den basalen Behandlungsprinzipien Ernährungsumstellung, Bewegung und Schulung nicht erreicht, ist die Indikation für eine orale antidiabetische Medikation oder für Insulin zu prüfen.

Wenn Diabetiker im Disease Management Programm (DMP) geführt werden, sind die an erster Stelle empfohlenen Medikamente Metformin bei adipösen Patienten, Glibenclamid oder Humaninsulin bzw. Schweineinsulin. Diese drei medikamentösen Optionen sind bei 50 Prozent der im DMP neu eingestellten Patienten im 1. Jahr einzusetzen. Im 2. Jahr sind 70 Prozent der im DMP neu eingestellten

Patienten mit diesen Substanzen zu behandeln. Diese Empfehlungen beruhen auf den Daten der UKPD-Studie. Hier kamen Glibenclamid, Metformin (nur bei adipösen Diabetikern) und Insulin zum Einsatz. Für diese Substanzen konnte in der UKPD-Studie eine signifikante Wirksamkeit für klinisch relevante Endpunkte nachgewiesen werden.

Bei akuten oder schweren chronischen Stoffwechsellentgleisungen sind orale Antidiabetika nicht mehr indiziert, sondern ist Insulin einzusetzen.

Im Folgenden sollen die einzelnen Substanzgruppen der oralen Antidiabetika kurz besprochen werden:

Bei Übergewicht:

Nicht insulinotrop

Metformin:

Indikation:

Besonders Patienten mit Insulinresistenz von Skelettmuskulatur, Leber und Fettgewebe

Wirkprinzip:

Senkung der endogenen Glukoseproduktion durch Reduktion der Gluconeogenese, Erhöhung der Glukoseaufnahme in Skelettmuskulatur und Fettgewebe

Dosierung:

Beginn mit 1 x 500 mg/d oder 1 x 850 mg/d, wahrscheinlich maximal effektive Dosis 2000 mg/d

Nebenwirkungen:

Übelkeit, Oberbauchbeschwerden, Durchfälle, selten Laktatazidose

Kontraindikationen:

Kreatinin $> 106 \mu\text{mol/l}$, schwere Lebererkrankungen, Pankreatitis, Alkoholismus, hypoxische Zustände mit schlechter Sauerstoffversorgung der Gewebe, respiratorische Insuffizienz, schwere Herzinsuffizienz, Kreislaufschock, konsumierende Erkrankungen, hohes Lebensalter, Reduktionskost $< 1000 \text{ kcal/d}$, Schwangerschaft, Stillzeit

Unterbrechung der Therapie 48 Stunden vor und nach Kontrastmittelgabe sowie prä- und postoperativ

Unter einer Monotherapie mit Metformin treten keine Hypoglykämien auf, es kommt

nicht zur Gewichtszunahme, da die Insulinspiegel nicht ansteigen. Die Wirksamkeit bezüglich Stoffwechseleinstellung und Reduktion klinischer Endpunkte (Letalität, Schlaganfall, tödlicher Infarkt) bei Diabetes mellitus und Adipositas ist nachgewiesen (UKPDS).

α-Glukosidasehemmer (Acarbose, Miglitol):

Indikation:

Besonders bei erhöhten postprandialen Blutzuckerwerten (Defizit der frühen Insulinsekretion oder Insulinresistenz)

Wirkprinzip:

Reversible kompetitive Hemmung der α-Glukosidasen des Dünndarms

Dosierung:

Beginn mit 1 - 2 x 50 mg/d, Steigerung auf 3 x 100 mg/d, Einnahme mit dem 1. Bissen der Hauptmahlzeit

Nebenwirkungen:

Blähungen

Kontraindikationen:

Chronische Darmerkrankungen, schwere Niereninsuffizienz, Schwangerschaft, Stillzeit

Unter α-Glukosidasehemmern (Monotherapie) kommt es nicht zu Hypoglykämien und nicht zur Gewichtszunahme, da die Insulinspiegel nicht ansteigen. Die Wirkung bleibt im Behandlungsverlauf erhalten. Die Wirksamkeit bezüglich Senkung von HbA1c und Blutzucker ist ausreichend belegt. Endpunktstudien bei Diabetes liegen nicht vor.

Glitazone (Pioglitazon, Rosiglitazon):

Indikation:

Insulinresistenz von Fettgewebe, Skelettmuskulatur und Leber.

Wirkprinzip:

Verbesserung der peripheren, besonders der muskulären Insulinsensitivität über eine Aktivierung der PPAR-γ-Rezeptoren und Erhöhung der Expression und Translokation der Glukosetransporter Glut 1 und Glut 4.

Bindung der Glitazone an den nukleären Rezeptor (Abb. 3).

Dosierung:

Pioglitazon:

Beginn mit 15 mg/d oder 30 mg/d, nach 8 Wochen eventuell Steigerung auf 45 mg/d

Rosiglitazon:

Beginn mit 4 mg/d, nach 8 Wochen eventuell Steigerung auf 8 mg/d

Beide Substanzen sind in Monotherapie zugelassen, wenn Metformin wegen Gegenanzeigen oder Unverträglichkeit ungeeignet ist, in Kombination zugelassen mit Metformin bei übergewichtigen Patienten, mit Sulfonylharnstoffen nur bei Unverträglichkeit von Metformin oder Kontraindikationen gegen Metformin.

Nebenwirkungen:

Gewichtszunahme um 4 – 6 Prozent
subcutanes Fettgewebe ↑, viscerales Fettgewebe ↓
Ödeme in 3 – 4 Prozent (infolge von Flüssigkeitsretention, deshalb kontraindiziert bei Herzinsuffizienz) selten Transaminasenerhöhungen, regelmäßige Transaminasenkontrollen sind erforderlich

Kontraindikationen:

Herzinsuffizienz NYHA I – IV, schwere Niereninsuffizienz, Leberfunktionsstörungen
Schwangerschaft, Stillzeit

Die Wirkung auf HbA1c und Blutzucker wurde durch Studien ausreichend belegt. Endpunktstudien liegen nicht vor, weitere klinische Ergebnisse sind zur endgültigen Beurteilung des Stellenwertes der Glitazone erforderlich.

Besonders bei Normalgewicht:

(DD: an Typ 1 Diabetes auch bei älteren Patienten denken)

Insulinotrop

Sulfonylharnstoffderivate (Glibenclamid, Glimperid und andere):

bei übergewichtigen Typ 2 Diabetikern als Langzeitmonotherapie ungeeignet.

Indikation:

Verminderung der Insulinfreisetzung aus den β-Zellen des Pankreas

Wirkprinzip:

Verstärkung der Insulinfreisetzung aus den β-Zellen des Pankreas

Dosierung:

Glibenclamid: Beginn mit 1 – 2 mg/d, max. 10,5 mg/d
Glimepirid: Beginn mit 1 mg/d, max. 6 mg/d
Weitere, in Deutschland nicht so häufig benutzte Derivate: Glibornurid, Gliclazid, Glitquidon, Tolbutamid.

Nebenwirkungen:

Gewichtszunahme, Hypoglykämiegefahr (besonders bei langwirksamen Präparaten)

Kontraindikationen:

Niereninsuffizienz, Leberinsuffizienz, große Operationen, Unfälle, schwere Infekte, Überempfindlichkeit gegen Sulfonamid-Chemotherapie, Sulfonamid Diuretica und Probenecid (Kreuzallergien)
Schwangerschaft, Stillzeit

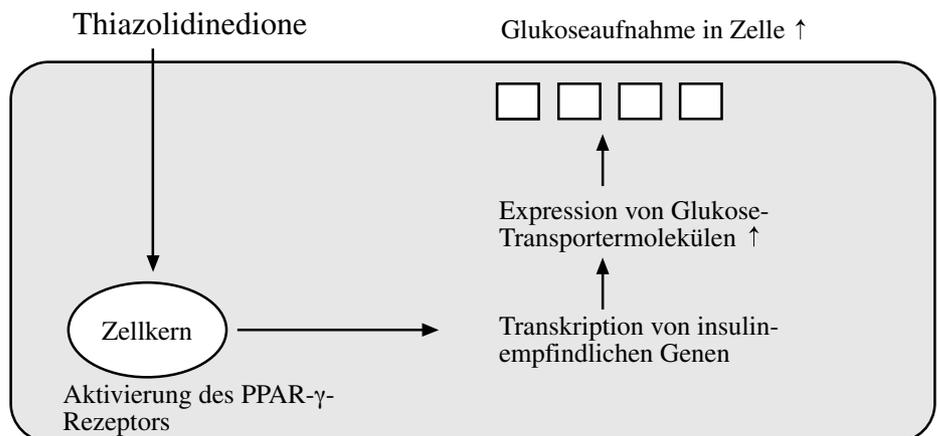


Abbildung 3: Wirkprinzip der Glitazone

Die Wirksamkeit lässt im Behandlungsverlauf nach („sekundäres Sulfonylharnstoffversagen“). Nutzen von Glibenclamid bezüglich Endpunktdaten (Mikroangiopathie, alle diabetesbezogenen Endpunkte, plötzlicher Tod) nachgewiesen (UKPDS).

Glinide (Nateglinid, Repaglinid):

Indikation:

Besonders bei erhöhten postprandialen Blutzuckerwerten (Defizit der frühen Phase der Insulinsekretion)

Wirkprinzip:

Stimulation der Insulinfreisetzung aus den β -Zellen des Pankreas, aber anderes Bindungsprofil als Sulfonylharnstoffderivate

Dosierung:

Nateglinid: Beginn mit 3 x 60 mg/d, max. Dosis 3 x 120 mg/d, nur in Kombination mit Metformin zugelassen

Repaglinid: Beginn mit 3 x 0,5 mg/d, max. Dosis 3 x 2 mg/d (lt. Roter Liste höhere Dosen möglich)

Einnahme der Substanzen nur in Verbindung mit kohlenhydrathaltigen Mahlzeiten

Nebenwirkungen:

Hypoglykämiegefahr

Kontraindikationen:

Niereninsuffizienz, Leberinsuffizienz
Schwangerschaft, Stillzeit

Die Wirkung auf HbA_{1c} und Blutzuckerwerte ist ausreichend belegt. Endpunktstudien liegen nicht vor.

Insulintherapie bei Typ 2 Diabetes

Wenn die Therapieziele (HbA_{1c}-Wert, präprandiale und postprandiale Blutzuckerwerte) nicht erreicht werden und die Möglichkeiten der oralen antidiabetischen Therapie auch in Kombination ausgeschöpft sind, sollte nicht zu spät eine Insulintherapie zum Einsatz kommen. Weitere Indikationen können auch größere Operationen zum Beispiel am Magen-Darm-Trakt, akute schwere Stoffwechsellstörungen und schwere Infektionen (zum Beispiel eine diabetische Fußkomplikation oder andere schwere diabetische Komplikationen) sein. Ein Herzinfarkt und wahrscheinlich auch ein Schlaganfall sind nach gegenwärtiger Datenlage eine klare Indikation für

die Einleitung einer Insulintherapie. Eine Schwangerschaft ist immer eine unbedingte Indikation für Insulin, die Insulintherapie muss bereits präkonzeptionell beginnen. Alle oralen Antidiabetika sind in der Schwangerschaft kontraindiziert.

Wichtig ist es, spätmanifestierte Typ-1-Diabetiker zu erkennen (früher: LADA, late autoimmune diabetes of the adult). Bei diesen ist die Insulintherapie von Beginn an einzusetzen. Charakteristika, welche Zweifel an der Diagnose „Diabetes mellitus Typ 2“ wecken sollten, könnten das Auftreten weiterer autoimmunologischer Erkrankungen (zum Beispiel Thyreoiditis), eine rasche Stoffwechsellverschlechterung nach Manifestation, insgesamt eine schlechte Glykämie Lage, ungewollte Gewichtsabnahme und natürlich das Auftreten von diabetespezifischen Antikörpern sein. Bei Typ 2-Diabetikern sind folgende Optionen der Insulintherapie prinzipiell möglich:

Besonders bei Übergewicht:

– Metformin und Insulin oder

– *tagsüber:*
orale Antidiabetika weiterführen
zur Nacht:

NPH Insulin oder Insulin Glargin oder Levemir oder

– *tagsüber:*
Normal-Insulin oder kurzwirksames Analog-Insulin vor den Mahlzeiten

zur Nacht:
Metformin oder

– (Konventionelle Insulintherapie:
2 x täglich Mischinsulin) oder

– Intensivierte Insulintherapie:
früh:

Normalinsulin oder kurzwirksames Analog-Insulin (plus langwirksames Insulin möglich)

mittags:
Normalinsulin oder kurzwirksames Analog-Insulin

abends:
Normalinsulin oder kurzwirksames Analog-Insulin

zur Nacht:
NPH-Insulin oder Semilente oder Insulin Glargin oder Levemir

Kombination der intensivierten Insulintherapie mit Metformin oder Acarbose bzw. Miglitol möglich, wenn pathophysiologisch sinnvoll.

Die Kombination Insulin und Glitazone ist zur Zeit in Deutschland nicht zugelassen.

Eine Kombination oraler Antidiabetika mit einer abendlichen („bedtime“) Insulininjektion ist pathophysiologisch bei überwiegender Insulinresistenz der Leber und damit hauptsächlich frühmorgendlich erhöhten Blutzuckerwerten sinnvoll. Dies kann eine Möglichkeit sein, die Spritzangst des Patienten zu überwinden. Es ist prinzipiell eine „konventionelle Therapie“. Eine Erläuterung der Grenzen des Therapieverfahrens erleichtert später den Umstieg auf eine intensiviertere Therapie.

Eine Kombination kurzwirkender Insuline mit oralen Antidiabetika bzw. die ausschließliche Verwendung kurzwirkender Insuline ist durch die pathophysiologische Komponente der gestörten schnellen Phase der Insulinsekretion bei noch erhaltener Abdeckung des basalen Insulinbedarfes durch die körpereigene Produktion begründet. Diese Therapiemöglichkeit kann demzufolge nur am Anfang der Erkrankung genutzt werden. Sinnvoll wäre dies bei hauptsächlich erhöhten postprandialen Blutzuckerwerten. Diese Patientengruppe wäre in einer früheren Phase der Erkrankung auch für eine Therapie mit Gliniden geeignet.

Wo immer möglich, sollte der intensivierten Insulintherapie der Vorzug gegeben werden. Sie ist für viele Patienten eine optimale Therapievariante. Einige große Studien haben die Überlegenheit einer intensivierten Insulintherapie vor einer Therapie mit Mischinsulinen gezeigt (Kumamoto-Studie). Eine gute Stoffwechselführung (siehe oben) ist mit keiner Form der konventionellen Therapie langfristig möglich. Diese Therapie sollte Patienten vorbehalten bleiben, bei denen psychomotorische Fähigkeiten und die Betreuungssituation häufigeres Spritzen nicht möglich erscheinen lassen oder kann bei Patienten zum Einsatz kommen, die aus Compliance-Gründen nicht gewillt sind, häufigere Injektionen durchzuführen.

Die Insulintherapie erfordert unbedingt die mehrfache tägliche Blutzuckerselbstkontrolle. Eine weitere wichtige Voraussetzung ist die umfassende und, wenn erforderlich, wiederholte Schulung des Patienten. Der Patient sollte möglichst die blutzuckeradaptive Abstimmung von Diät, das heißt der

Anzahl der aufgenommenen Kohlenhydrate, der körperlichen Aktivität und der zu applizierenden Insulinmenge selbst erlernen. Als hilfreich erweisen sich dabei tabellarische Insulindosis-Anpassungsschemata.

Die Möglichkeiten der Insulinanpassung beim jüngeren und beim älteren complianten Typ-2-Diabetiker entsprechen denen beim Typ-1-Diabetiker und sollten auch genutzt werden, zum Beispiel Anpassung an wechselnde körperliche Aktivität, an unterschiedliche Essenszeiten und Essensmengen oder Dosisveränderung bei Infekten. Bei einem Teil der älteren Patienten ist die Insulinanpassung nur eingeschränkt oder nicht mehr möglich. Eine intensivierete Insulintherapie „der Form nach“ kann aber auch hier oft die Einstellungsqualität verbessern und Hypoglykämien vermeiden helfen. Die gleichförmige Lebensweise des älteren Menschen gewährleistet zumeist die von Tag zu Tag ähnliche Kohlenhydratzufuhr. Unverzichtbar sind aber auch hier die Blutzuckermessungen, die beim älteren Patienten teilweise von Pflegediensten oder Angehörigen vorgenommen werden müssen. Diese sollten entsprechend geschult werden.

Der Einsatz der Insulinanaloga ist eine alternative Therapiemöglichkeit auch in der Insulintherapie bei Typ 2 Diabetes. Die Insulinanaloga können – sinnvoll angewandt – die Lebensqualität und Flexibilität des Diabetikers erhöhen. Ein weiterer Vorteil der Insulinanaloga ist die signifikante Reduktion der Hypoglykämiehäufigkeit infolge der kürzeren Wirkungszeit der kurzwirksamen Insulinanaloga und des flacheren Wirkprofils von Insulin Glargin und Levemir im Vergleich zu NPH-Insulin. Außerdem kommt es zu einem geringeren Körpergewichtsanstieg. Verschiedene Studienansätze zeigen aber sehr unterschiedliche Ausprägungen der genannten Vorteile. Der Grad der Verbesserung der metabolischen Kontrolle ist bei Einsatz der Insulinanaloga eher gering, d.h. die Unterschiede im HbA1c-Wert sind zwischen den herkömmlichen Humaninsulinen und den Insulinanaloga eher niedrig.

Wichtig ist es, den Patienten bzw. den Betreuungspersonen den Umgang mit den jeweils verwendeten Insulinen zu erläutern. Bei Anwendung von kurzwirkenden Insulinanaloga ist wegen der kürzeren Wirkungsdauer bei Einnahme von – auch kleinen – Zwischenmahlzeiten meist eine zusätzliche Insulin-

injektion notwendig. Es kann außerdem eine höhere Anzahl von Basalinsulin-Injektionen erforderlich werden. Positiv ist aber der kürzere bzw. häufig nicht erforderliche Spritz-Ess-Abstand. Besonders vor dem Frühstück kann die Einhaltung eines Spritz-Ess-Abstandes von ca. 15 min. bei Neigung zu postprandialen Spitzen günstig sein. Bei Verwendung von langwirkenden Insulinanaloga kann die nächtliche Dosis alternativ auch zu anderen Zeitpunkten verabreicht werden, was besonders bei Einsatz eines Pflegedienstes praktisch erscheint. Wenn das Basalinsulin mit dem Abendbrot injiziert wird, kann es am Abend zu einer Überlappung der Wirkung des zum Abendbrot injizierten Analog- oder Normalinsulins und des Basalinsulins kommen, deshalb sind bei diesen Patienten Hypoglykämien in den Abend- oder Nachtstunden unbedingt auszuschließen. Bezüglich der langfristigen Einschätzung der Insulinanaloga sind Langzeitergebnisse zu Endpunkten und Sicherheit erforderlich.

Die Kombination von Metformin und Insulin kann mit dem Ziel einer Verminderung der Insulinresistenz und damit der notwendigen Insulindosen sowie einer besseren Steuerbarkeit der Therapie eingesetzt werden. Damit verbunden ist die Verhinderung einer ausgeprägten Gewichtszunahme.

Eine Kombination von Insulin mit kleinen Dosen Acarbose oder Miglitol ist teilweise hilfreich zur Vermeidung postprandialer Blutzuckerspitzen besonders am Vormittag.

Mögliche Nebenwirkungen jeder insulinotropen oralen Therapie und der Insulintherapie sind Hypoglykämien. Zur Erkennung und Behandlung der Hypoglykämien sind wiederholte Schulungen der Patienten nötig. Jeder Patient, der mit Insulin, Sulfonylharnstoffen oder Gliniden, dass heißt potenziell Hypoglykämien auslösenden Antidiabetica behandelt wird, muss stets Zucker (Traubenzucker), Apfelsaft oder ähnliches sowie bei geplanter physischer Aktivität länger wirkende Kohlenhydrate (zum Beispiel Obst, Brot) bei sich tragen. Es ist wichtig, dass nach jeder aufgetretenen Hypoglykämien Patient und Arzt nach Ursachen suchen, um diese in Zukunft zu vermeiden. Nach den Daten der DCCT- Studie, die allerdings bei Typ 1 Diabetikern durchgeführt wurde, ist davon auszugehen, dass je niedriger der HbA1c-Wert eingestellt ist, desto größer die Hypoglykämie-

miegefahr ist. Eine weitere mögliche Nebenwirkung der Insulintherapie ist der Gewichtsanstieg besonders bei hohen Insulindosen infolge der Insulinresistenz bei Typ 2 Diabetes. Sehr häufig ist aber die Gewichtszunahme lediglich Ausdruck der unveränderten Ernährungsgewohnheiten bei durch die Therapie verbesserter Stoffwechsellage. Mit einer Normalisierung der Glykämielage ist ein Rückgang der Glukoseausscheidung über die Nieren und eine effektivere Kalorienverwertung verbunden.

Weitere wichtige Therapiemaßnahmen sind (Tabelle 5):

- die unbedingte Kontrolle der weiteren Risikofaktoren der Arteriosklerose (zum Beispiel Rauchen),
- die konsequente Einstellung der Lipidparameter,
- die konsequente Blutdruckeinstellung,
- **die Sensibilisierung der behandelnden Ärzte für die komplexe Stoffwechselproblematik ihrer Patienten, Geduld und Zähigkeit auch der Therapeuten im Umgang mit „Chronikern“.**

Gesamtcholesterin	< 4,7 mmol/l
LDL-Cholesterin	< 2,6 mmol/l
HDL-Cholesterin	> 1,2 mmol/l
Triglyceride	< 1,7 mmol/l
RR	< 130/85 mmHg
Nikotinverzicht	
bei Übergewicht Anstreben des Normalgewichtes	BMI < 25kg/m ²

Tabelle 5: Zielgrößen für koexistente kardiovaskuläre Risikofaktoren bei Diabetes mellitus (Empfehlungen der Deutschen Diabetesgesellschaft).

Literaturverzeichnis beim Verfasser.

Anschrift der Verfasser:

PD Dr. med. Sabine Fischer
 Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
 Medizinische Klinik und Poliklinik III
 Fetscherstraße 74
 01307 Dresden

G. Geidel, G. Saeltzer

Ist automatische Spracherkennung jetzt praxistauglich oder nicht?

Klinik am Tharandter Wald
Niederschöna

Zusammenfassung

Grundlagen, Testergebnisse, Erfahrungen und Tipps für den Einsatz:

Schlüssel jeder erfolgreichen Kooperation in der Patientenversorgung ist die leistungsfähige Kommunikation der Partner. Kosten- und Termindruck, steigende Qualitätsforderungen sowie Wettbewerb zwingen zu Neuerungen wie dem Einsatz von Spracherkennungssoftware. Diese verwandelt den bisher „taubstummen“ Personalcomputer (PC) in einen hörenden und sprechenden Schreibautomaten. Sein Gebrauch ist natürlich und einfach, aber ungewohnt

und oft überraschend: Sie diktieren in ein PC-Mikrofon und der PC schreibt sofort auf den Bildschirm, was er „verstanden“ hat. Ihre Hände bleiben frei, Sie schonen Finger und Augen und sparen vielleicht Zeit und Geld.

Ist diese Neuerung jetzt für die Arzt- und Klinikpraxis tauglich oder nicht? Ein Praxistest durch in Spracherkennung ungeübte Klinikärzte und den Geschäftsführer einer Rehabilitationsklinik sollte das beantworten. Der Beitrag erläutert für das Verständnis unerlässliche Grundlagen, stellt die inter-

essanten Ergebnisse dar, gibt einige Hinweise und Tipps für den Einsatz. Erfolgreich können Ärzte Spracherkennungssoftware nutzen, sofern sie bestimmte objektive und subjektive Voraussetzungen erfüllen und eine Art „Symbiose“ mit dem eigenwilligen Schreibautomaten eingehen.

Schlüsselwörter: Schreiben von Gutachten, Arztbriefen, Befunden, Automatische Spracherkennung, Linguatex Voice Pro 10 Medical Edition, Praxistest durch Ärzte

Was ist automatische Spracherkennung (ASE) und was leistet sie?

Die Anwendung von ASE am PC unterscheidet sich grundlegend vom Gebrauch herkömmlicher Arzt-/Kliniksoftware. ASE ist automatische, intelligente biometrische Verarbeitung der Stimme des Sprechers. Ein hochwertiges Mikrofon, meist an einem Kopfbügel getragen (Headset), erfasst die Schallwellen – ein Mix von Umgebungs-, Atemgeräuschen und Sprachlauten – und übersetzt diese in lesbaren Text (STT-Systeme, Abbildung 1). Umgekehrt kann der PC mit Computerstimme auch ausgewählten Text vorlesen. Wie mit einem Diktiergerät lässt sich außerdem ein Diktat aufnehmen und abspielen.

Die heutige Leistungsfähigkeit soll ein Gedankenversuch zeigen: Benutzt wird die auf den Nutzer angepasste ASE-Software Dragon NaturallySpeaking 7 preferred (mit dem Qualitätsurteil „gut (2,4)“ nach Stiftung Warentest 1/2004) auf einem Notebook mit USB (Universal Serial Bus)-Mikrofon, das mit einem Flachstecker am PC angeschlossen ist.

Sie setzen am PC ein Headset auf, starten ASE und möchten einen Fachtext in die Schreibsoftware MS Word diktieren (Ärzteblatt Sachsen 8/2004, Seite 368). Sie diktieren (Tabelle 1)

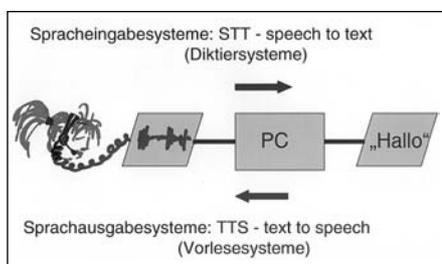


Abb. 1: Sprachein- und Sprachausgabesysteme

mit Satzzeichen (KOMMA) und Absatzangabe (NEUER ABSATZ). Das sind Sprachbefehle, die in das Textdiktat eingefügt sind. Dann holen Sie tief Luft und blicken auf den Bildschirm. Dort steht der erkannte Text (Spalte 2). Beim ersten Vergleich mit dem Diktat stellen Sie fest: alles richtige Wörter (keine ärgerlichen Tippfehler wie „sit“ statt „ist“). ASE schreibt nur richtige Wörter (im Unterschied zur menschlichen Schreibkraft). Bei genauerer Prüfung ist Ihre Frustration und Sinn für Humor gefragt: statt dem diktierten „sein Ruf“ schrieb ASE „Anruf“, statt „rehabilitativ“ steht dort „lernt Digital tief“. No body is perfect! Das gilt auch für den Schreibcomputer. Die ausgeführten Handkorrekturen zeigt Spalte 3.

Welche Schreibgeschwindigkeit und Erkennungsgenauigkeit lässt sich erreichen?

Dieses Diktat und die Niederschrift durch den PC dauerten etwa eine Minute, die Schreibgeschwindigkeit betrug damit 600 Anschläge pro Minute. Abbildung 2 zeigt Vergleichswerte. Der typische PC-Nutzer hämmert je Sekunde im „Adler-Such-System“ etwa 2 Anschläge auf die Tastatur, eine versierte Schreibkraft 4 Anschläge. Adenauer sprach mit einem Output von 800 Zeichen pro Minute, Nachrichtensprecher bringen es auf 1100. Eine ASE nach Stand der Technik erreicht Adenauers Kommunikationsgeschwindigkeit, also ein Vielfaches eines durchschnittlichen Tastenschreibers.

Die erzielte Schreibleistung von ASE muss man in ein richtiges Licht rücken. Nehmen Sie sich etwas Zeit für diesen kleinen Workflow-Versuch:

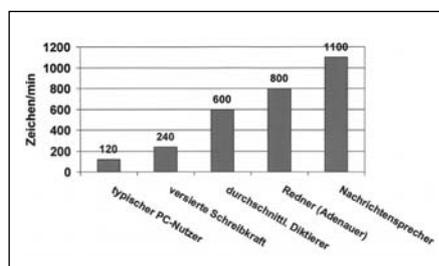


Abb. 2: Kommunikationsgeschwindigkeiten typischer Schreiber und Sprecher

1. Tippen Sie den Text (Tabelle 1) einmal selbst ab und stoppen Sie die dafür benötigte Zeit.
2. Falls Sie Zugriff auf ein Sekretariat haben: Liefern Sie den Text ab zum Schreiben/ Speichern auf einer Diskette. Stoppen Sie die Zeitdauer bis zum Eintreffen des Geschriebenen.
3. Oder stoppen Sie den Durchlauf mit Ihrem Banddiktat (Die Uhr läuft ab Diktatbeginn). Dann vergleichen Sie die gemessene Dauer mit der ASE-Minute. Denken Sie bitte daran, dass das Kostbarste – für den Patienten und Sie selbst unsere Lebenszeit ist. Vergeudete Zeit ist für immer dahin...

Die Genauigkeit des Erkannten lässt sich messen durch das Verhältnis richtiger Tastenschläge (einschließlich Leertaste) zur Gesamtlänge des Textes. Nach Tabelle 1 betrug sie 95 Prozent, die Zeichenfehlerrate 5 Prozent (auch der menschliche Schreiber vertippt sich in dieser Größenordnung). Diese Erkennungsgenauigkeit schaffte das System ohne vorheriges Training solcher Fachbegriffe wie „rehabilitativ“. Nach einem kurzen Zusatztraining erkannte das System sofort

99,5 Prozent des Diktats korrekt, es fügte nur an unpassender Stelle die vier falschen Zeichen „Das“ ein – seine „Übersetzung“ eines Atemgeräuschs des Sprechers.

Was steckt hinter dem überraschenden Verhalten von ASE?

Die ASE verhält sich immer wieder überraschend, eine Folge ihrer intelligenten biometrischen Messwertverarbeitung und der Eigenart der menschlichen Stimme. Diese ist einzigartig und identifiziert den Sprecher, ist aber abhängig von Stimmung, Gesundheitszustand unter anderen Abbildung 3 zeigt die Schallpegelmessung einer Sprechprobe. Diktieren wurden zweimal „sächsische Gerichte“, dazwischen lag eine Sprechpause. Das Diagramm der 2. Sprechprobe unterscheidet sich signifikant von der ersten: dasselbe wurde gesagt – jedoch mit etwas mehr Energie/Nachdruck (das wird gut sichtbar). Gefühle/Stress verändern unbewusst und sofort den Klang unserer Stimme – ebenso langes Sprechen, Heiserkeit oder Rauchen. Das verkompliziert den Gebrauch und beeinflusst die Erkennungsgenauigkeit. Eine klanglich

veränderte Stimme ist für die ASE eine andere Stimme; sie versteht weniger richtig und mehr falsch.

Der Erkennungsvorgang im PC basiert auf einem Vergleich der registrierten Klänge (Abbildung 3) mit einer Datenbank von Referenzmustern für Klänge/Wortteile/Wörter. ASE erkennt nur Wortklänge und entsprechende Wörter, die der Hersteller im Vokabular mitgeliefert und/oder der Benutzer der ASE in einem speziellen Training (durch Vorlesen vorgegebener Texte) beigebracht hat. ASE verarbeitet und speichert riesige Datenmengen. Wurde die Sprechprobe von 3 Sekunden Dauer mit 11 KHz digital abgetastet, so sind das 33.000 Messwerte, etwa 66 KByte. ASE verdichtet diese in 40 sinnvolle Zeichen, fast auf Zweitausendstel. ASE ist sensibel und störungsempfindlich. Ihre Beherrschung erfordert praktische Anleitung, Erfahrung und „Fingerspitzengefühl“. Ein leistungsfähiger PC ist nötig, ein Multimedia-PC, wie er seit 2000 auf dem Markt ist (Prozessor möglichst schneller als 1 GHz, Arbeitsspeicher mit 256 MB-RAM, qualifiziertes Audiosystem).

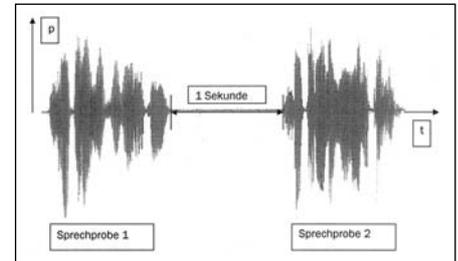


Abb. 3: Mit Mikrofon gemessenes Schallpegel(p)-Zeit (t)-Diagramm zweier Sprechproben mit einer Sprechpause

Welche Motive bewegen zum Einsatz?

Verschiedene Gründe führen zum Einsatz von ASE:

- Zeit sparen (Arbeits- und Lebenszeit)
 - Kosten senken, Geld sparen
 - Arbeitsabläufe beschleunigen
 - Hände frei bekommen, um Zusätzliches zu erledigen
 - Qualität der Arbeitsvorgänge und ihre Ergebnisse verbessern
- sowie
- schneller und natürlicher kommunizieren

1. Das wurde diktiert

Zitat aus dem Ärzteblatt Sachsen 8 SCHRÄGSTRICH 2004 KOMMA Seite 368 NEUER ABSATZ

Berufspolitik

NEUER ABSATZ

Benötigen wir einen Arzt neuen Typs FRAGEZEICHEN NEUER ABSATZ

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

2. ASE verstand und schrieb

Zitat aus dem Ärzteblatt Sachsen 8/2004, Seite 368

Berufspolitik

Benötigen wir einen Arzt neuen Typs?

Das deutsche Gesundheitswesen ist nach wie vor besser als Anruf, und viele Staaten beneiden uns um dieses System gesundheitliche Betreuung. Ohne wesentliche Wartezeiten wird die Bevölkerung Wohnorten war und flächendeckend ambulant, stationär und lernt Digital tief versorgt. Oberste Priorität Aussicht der Patienten hat – jüngsten Meinungsumfragen zufolge – der ungehinderte freie Zugang des Patienten zu seinem Arzt. Dort haben kranke Menschen Anspruch auf eine fachlich hochwertige und humane Versorgung.

3. Korrigierter Text

Zitat aus dem Ärzteblatt Sachsen 8/2004, Seite 368

Berufspolitik

Benötigen wir einen Arzt neuen Typs?

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

Tabelle 1: Demonstrations-Diktat zum Vergleich. Spalte 1: Das Wortdiktat (mit Satzzeichen und Absätzen in GROSSBUCHSTABEN) Spalte 2: Von ASE automatisch erkannt und geschriebener Text Spalte 3: Text mit den per Hand korrigierten Erkennungsfehlern (in Fettschrift)

- Gesundheit schonen, RSI (repetitive strain injury, sog. „Mausarm“) vorbeugen
- Gewinn an persönlicher Freiheit und Flexibilität
- Neue Chancen für Kranke und motorisch Behinderte.

Durch die immer intensivere und unnatürliche Tastenarbeit am PC (auch durch die Handy-Nutzung) und das „Mausjonglieren“ steigt ständig die Anzahl belastungsbedingter Erkrankungen wie RSI. Gegen diese neue Volkskrankheit gibt es nur ein Gegen- und Vorbeugungsmittel: weniger Handarbeit am PC. Also: Diktieren statt Tastentippen und Mausschieben/ Klicken. Der Einsatz von ASE ist eine Maßnahme des vorbeugenden Gesundheitsschutzes, zu dem der Arbeitgeber verpflichtet ist (§ 4 Arbeitsschutzgesetz)!

Wer sich beim Schreiben unabhängig von Schreibdiensten macht (und deren Stimmung und Einsatzbereitschaft), gewinnt dadurch persönlich Freiheit und Zeit. In kritischen Situationen kann die schnellere schriftliche Kommunikation mit ASE Verzögerungen und Missverständnisse bei der Befundübermittlung vermeiden oder wichtige Dokumentation in einem Arzthaftungsprozess liefern. ASE hat Bezug zur Qualitätssicherung und kann auch Gegenstand der Arbeit von Qualitätszirkeln sein. Betriebswirtschaftlich ist der richtige Einsatz von ASE an der richtigen Stelle attraktiv: Er ist eine Investition, die sich am schnellsten rechnet („amortisiert“), statt erst nach Jahren – schon nach Monaten.

Was waren das Ziel, die Teilnehmer und die Plattform des Praxistests?

Anstoß für den Test war ein einführender Vortrag über ASE mit praktischer Vorführung in der Rehabilitationsklinik (Obiges ist daraus entnommen). Dort lagen bisher keine praktischen Erfahrungen mit ASE vor – bis auf einen früher gescheiterten Versuch. Die Erfahrungen der Teilnehmer im Umgang mit PC, speziell MS Word, streuten von sehr gering bis viel. Testplattform war die installierte Spracherkennungssoftware Linguattec Voice Pro 10 (Testsieger nach test 1/2004), Version: Medical Edition mit USB-Mikrofon (Komplettpreis etwa 399 €). Zuerst wurde ein Notebook MaxData mit 1,6 GHz Prozessor und 256 MB Arbeitsspeicher und Betriebssystem Windows XP benutzt. Nachdem dieses Notebook bei höheren Zimmer-

temperaturen und längerem Betrieb immer abstürzte, wurde ein handelsüblicher PC neuer Bauart mit Betriebssystem MS Windows 2000 eingesetzt. Angeleitet durch einen erfahrenen ASE-Trainer stellten die 7 Ärzte und der Geschäftsführer einzeln das Audiosystem auf ihre Stimme ein, trainierten das System mit einer Textprobe und führten eine spezielle Vokabularanalyse selbst gewählter Fachtexte aus. Nach diesen Systemanpassungen hatte jeder die Gelegenheit, selbst gewählte Fachtexte wie Arztbriefe, Befunde, Berichte in MS Word zu diktieren und zu korrigieren. Diese Praxistests dauerten jeweils circa 2 Stunden. Die Teilnehmer hielten danach ihre Eindrücke in einem Fragebogen mit 4 Fragen fest:

1. Die Anwendung der Software ist leicht und erlernbar
2. Das System ist für das Schreiben von Arztbriefen geeignet
3. Das System ist für das Diktieren von Befunden geeignet
4. Das System möchte ich für meine Zwecke in der Klinik einsetzen.

Die Teilnehmer konnten folgende Antworten ankreuzen: Ich finde keine Antwort, trifft nicht zu, trifft wenig zu, trifft noch zu, trifft überwiegend zu, trifft voll zu. Die Urteile streuten. Betrachtet werden die Mittelwerte.

Wie urteilten die Teilnehmer nach dem Praxistest über die benutzte ASE?

Die Teilnehmer beurteilten die benutzte ASE im Mittel so (Abbildung 4).

1. Die höchste Zustimmung mit 81 Prozent (mit der geringsten Streuung) fand die leichte Erlern- und Anwendbarkeit der Software. Diese Aussage bezieht sich aber nur auf die individuelle Anleitung im Praxistest, belegt deren Zweckmäßigkeit. Das Handbuch sowie die Software-Help-Funktion wurden nicht

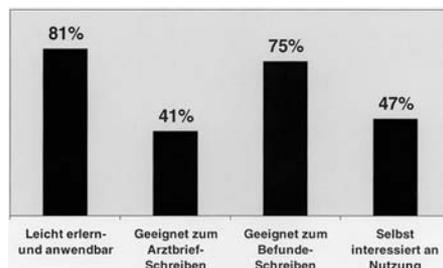


Abb. 4: Mittlere Zustimmung bei der Beurteilung der 4 Kriterien (in Prozent) durch die 8 Teilnehmer des Praxistests von Linguattec Voice Pro 10 Medical Edition

benutzt (sie enthalten leider die üblichen Unklarheiten und Fehler, die ohne Expertenhilfe einen ASE-System-Laien schnell scheitern lassen).

2. Das positive Urteil mit 75 Prozent zur Eignung für Befundeschriften, einem Kernstück der Arztdokumentation, fällt auf – zumal die Probetexte komplizierte medizinische Fachtexte waren. Dem entspräche auch eine positive Zustimmung zu ärztlichen Kurzmitteilungen (Kurzbriefen, gesicherten E-Mails) mit Befunden, aber auch zu Kurzdokumentationen (wurde nicht getestet).

3. Die geringste Zustimmung mit 41 Prozent fand die Eignung zum Schreiben von Arztbriefen. Das steht im Widerspruch zu 2. und lässt sich so interpretieren:

- Es existiert ein funktionierendes EDV-System für das Schreiben von Arztbriefen durch die Sekretariate.
- Die Ärzte möchten sich lieber ihren Patienten zuwenden, als den für Kommunikation und Dokumentation notwendigen, aber lästigen Papierkram am Computer erledigen und schon gar nicht den Job vorhandener Schreibkräfte verrichten (was für die Ärzte und ihren Durchblick spricht).

Die Software bietet Möglichkeiten, längere Standardtexte mittels selbst definierter Kurzbefehle (2 bis 3 Wörter) zu diktieren. Beispielsweise schreibt der Sprachbefehl (in Sächsisch) „Meen Priehfköppel“ den eigenen kompletten Briefkopf mit Logo und E-mail-Adresse (wurde aus Zeitgründen nicht getestet, auch nicht die Qualität der medizinischen Fachvokabulare und die Schnittstelle zu der benutzten Kliniksoftware).

4. Bemerkenswert ist die Zurückhaltung hinsichtlich einer eigenen Nutzung (größte Streuung von allen Kriterien) mit 47 Prozent. Sie wird beeinflusst durch

- sehr unterschiedliche Erfahrung im Umgang mit PC und dem Textsystem MS Word.
- Frust und Ärger über bisherige Software, die den Ärzten oft genug Mehrbelastung statt der versprochenen Entlastung brachte.

Hier kommt die richtige und wichtige Erfahrung der Ärzte zum Ausdruck, dass der professionelle Gebrauch von ASE auch eine gewisse Zeit zum Lernen und Eingewöhnen erfordert (Erfahrungswert: etwa einen Monat lang arbeitstäglich eine 3/4 Stunde Computer-Diktate üben). ASE lässt sich nicht über Nacht beherrschen, ist nicht zum „Nulltarif“

zu haben und damit keine Ausnahme unter Innovationen. Es klingt die Befürchtung an, dass den Ärzten durch die Einführung von ASE weitere Zeit für die Patienten verloren gehen könnte. Dennoch regte der Praxistest einzelne Teilnehmer an, eine private Anschaffung von ASE für ihren Briefverkehr und E-Mails zu prüfen.

Die Teilnahme an den Tests spricht auch für die Aufgeschlossenheit aller Teilnehmer für Innovationen zum Wohl der Patienten und Ärzte.

Wer nicht wie ein Weltmeister rasant in die Tasten zu greifen vermag (oder jederzeit Zugriff auf einen solchen Meister hat), sondern sich selbst langsam, mühsam und ungeschickt auf der Tastatur abplagt, empfindet ASE als Segen, den er nicht mehr im Leben vermissen will.

Wie können Sie Fehlinvestitionen und die Vergeudung von Zeit und Geld vermeiden?

Alle bisherigen ASE-Einsätze zeigten: der erfolgreiche Einsatz ist an diverse technisch-räumlich-organisatorische, aber auch persönliche Voraussetzungen des Nutzers gebunden, wie deutliche und disziplinierte Aussprache beim Diktat, PC-Fertigkeiten und Umgang mit Textsoftware, Kritik- und Frustrationstoleranz sowie Kooperationsfähigkeit u. a. (auf interessante Details kann hier aus Platzgründen

nicht eingegangen werden). Der ständige Gebrauch führt zu einem „eheähnlichem Verhältnis“ (Stiftung Warentest) zwischen dem Nutzer und ASE.

Wie kann der Arzt am einfachsten und unkompliziert prüfen, ob ASE für ihn eine echte Alternative ist oder nicht? Wie kann er Fehlinvestitionen an Zeit und Geld vermeiden? Wie kann er selbst seine Eignung für diese Symbiose, die „ASE-Ehe“, prüfen? Versuch macht klug: Machen Sie unter Anleitung eines erfahrenen persönlichen Trainers Ihren persönlichen Praxistest mit typischen Fachtexten Ihres Arbeitsgebietes – wie in dem geschilderten Test. Als Dauer sollten Sie mindestens 2 Stunden vorsehen (für Installation und Deinstallation auf Ihrem eigenen PC zusätzlich mindestens 1 Stunde). So werden Sie ASE als einen Schreibpartner hautnah erleben und können sich eine fundierte Meinung bilden – unabhängig von Hochglanzwerbung oder Schauermärchen. Sie entscheiden selbst, ob ASE zu Ihnen passt, und Sie sich künftig auf eine längere ASE-Ehe einlassen möchten oder nicht.

Fazit und Ausblick

Es hieße Eulen nach Athen tragen, zu erläutern, wie wichtig schnell funktionierende Kommunikation in Notfall- und Risikosituationen und generell beweissichernde Dokumentation ist.

ASE kann durch bessere Kommunikation und Dokumentation die Fähigkeit des Arztes steigern, Leben zu erhalten, Krankheiten zu lindern und zu verhindern oder Gesundheit zu fördern oder einfach im Arzt-Haftungsfall mehr Sicherheit geben. Die entsprechende Aus- und Fortbildung für Ärzte wird zum Muss. Der Einsatz von ASE und die nötige Aus- und Fortbildung sollten aktiv gefördert werden. Auch als wertvolle praktische Starthilfe für junge Ärzte.

Der qualifizierte Einsatz von ASE kann unser Leben – sowohl privat als auch beruflich – signifikant bereichern. Automatische Spracherkennung kann zu einer unersetzlichen Lebens- und Arbeitshilfe werden – sogar mit gesundheitsfördernden Nebenwirkungen.

Autoren:
Dipl. Ing. Ök. Günter Geidel, Geschäftsführer
Klinik am Tharandter Wald
Rehabilitationszentrum Niederschöna GmbH
Herzogswalder Straße 1
09600 Niederschöna, OT Hetzdorf

Korrespondenz/Anfragen bitte an:
Dr. Dr.-Ing. habil. Gerhard Saeltzer
Postfach 20 01 32
01191 Dresden
Telefon: 0162 3592034

Deutsches Ärzteorchester e.V.



Das Deutsche Ärzteorchester sucht zur Erweiterung seines Mitgliederstamms versierte musizierende Ärzte oder Medizinstudenten. Das Orchester besteht seit 1989 und arbeitet

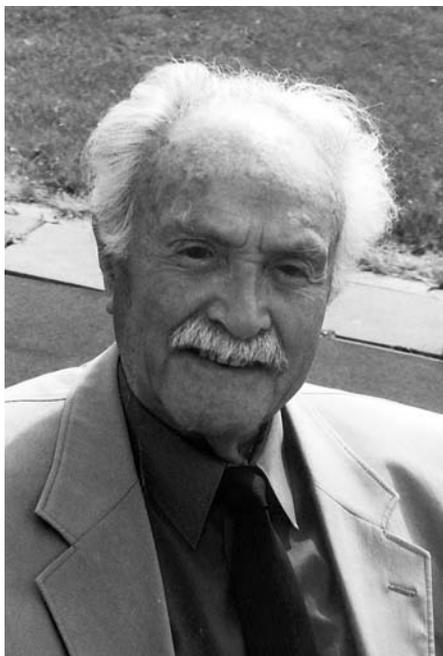
überregional. Die Qualität ist semiprofessionell. Im Jahr werden mindestens 3 Arbeitsphasen über 3 bis 7 Tage durchgeführt mit Abschlusskonzerten an verschiedenen Orten Deutschlands.

Die Proben werden von Profimusikern geleitet. Programmpunkte sind sinfonische und geistliche Werke, Bläser- und Streicherstücke in größerer Besetzung und anderes.

Falls Sie Interesse haben, über eine fundierte Ausbildung an Ihrem Instrument und Orchestererfahrung verfügen, so freuen wir uns über Ihre Kontaktaufnahme.

Sekretariat des Deutschen
Ärzteorchester:
Christa Schmolke,
Bajuwarenstraße 141,
81825 München,
Tel.: 089 426313,
Fax: 089 7697313,
E-Mail: sekretariat@aezrteorchester.de

Prof. Dr. med. habil. Stanley Ernest Strauzenberg zum 90. Geburtstag



Die Familie, viele Freunde, Mitarbeiter und Patienten, alle, die ihn kennen, oder wie ich seit Jahrzehnten in enger Freundschaft mit ihm verbunden sind, haben Prof. Strauzenberg am 25. 11. 2004 ein herzliches Gedenken gewidmet. In all seinen Tätigkeiten und Aufgaben, vom Landarzt bis zum Direktor des Sportmedizinischen Institutes, hat er seine große Fachkompetenz und hohe Einsatzbereitschaft sowohl am Krankenbett in der Praxis, an der Hochschule und in der Sportmedizin bewiesen.

In London geboren und in Dresden aufgewachsen, übte die Landesschule einen prägenden Einfluss aus, indem sportliche und musische Aktivitäten, die ihn sein Leben begleiten, schon früh gefördert wurden. Nach Abitur und Wehrpflicht begann er 1937 sein Medizinstudium in Halle. Nach kurzer Unterbrechung konnte er nach Ausbruch des Zweiten Weltkrieges das Studium auch im Rahmen einer Studentenkompanie fortsetzen und 1942 mit einer Promotion abschließen. Als

Truppenarzt bei der Luftwaffe verwundet, musste er schließlich 1945 die Leitung des Reservelazarettes in Oberbärenburg übernehmen, da alle anderen Ärzte das Lazarett verlassen hatten. Noch 1945 nahm er seine Tätigkeit als Landarzt in Oberbärenburg auf, die er nach zehnjähriger Tätigkeit beenden musste, da er fürchtete, durch quantitative Überforderung seinem selbst gesteckten Ziel – der Qualität – nicht mehr gerecht werden zu können. So reifte sein Entschluss, Facharzt für Innere Medizin zu werden.

Im Stadt Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt unter der Leitung von Prof. Rostoski, später Prof. Lickint, erwarb er die Facharztanerkennung und wechselte 1959 als Oberarzt an die Medizinische Akademie unter Leitung von Prof. Crecelius. Hier widmete er sich nach jahrelanger diabetologischer Tätigkeit zunehmend Herz-Kreislauf- und sportmedizinischen Problemen. Nach der Habilitation 1961 erfolgte 1966 seine Berufung zum Professor mit Lehrauftrag für Innere Medizin. Gleichzeitig wurde ihm als Nachfolger von E. Grube der zeitlich sehr anspruchsvolle Posten des Ärztlichen Direktors des Klinikums der Medizinischen Akademie übertragen, den er nebenamtlich ausfüllte. 1967 wurde er zum Leiter des Lehrstuhls für Sportmedizin an der Akademie für Ärztliche Fortbildung Berlin berufen. Im gleichen Jahr entschied sich Prof. Strauzenberg ganz für die Sportmedizin und übernahm als Präsident sowohl die Leitung der Gesellschaft für Sportmedizin als auch der Wissenschaftskommission der Weltföderation der Sportmedizin (FIMS).

Die Arbeitsmöglichkeiten sowohl im Sportmedizinischen Institut in Kreischa wie im dortigen Krankenhaus boten gute Möglichkeiten, die von ihm schon immer studierten Zusammenhänge zwischen körperlichen Training, Leistungsfähigkeit und Gesundheit weiter zu erforschen.

Trotz dieser hohen Beanspruchung fand er noch Zeit, weitere administrative Aufgaben zu übernehmen, wie die des Bezirkssportarztes und nach seiner Emeritierung die des

Präsidenten des Nationalen Komitees für Gesundheitserziehung und eines Mitgliedes des Ältestenrates des Rates für Medizinische Wissenschaften der DDR.

Seine wissenschaftlichen Leistungen fanden unter anderem ihren Niederschlag in mehr als 250 wissenschaftlichen Arbeiten im nationalen und internationalen Schrifttum. Mehrere Bücher und Buchbeiträge entstammen seiner Feder, sowohl auf dem Gebiete des Stoffwechsels, wie zum Beispiel zur oralen Diabetestherapie oder zum Gesundheitstraining und zu Grundlagen der sportmedizinischen Betreuung, die zum Teil Standardwerke darstellen. Auch im Rahmen der WHO war Prof. Strauzenberg unter anderem an der Herausgabe einer Monographie wesentlich beteiligt. Prof. Strauzenberg ist als Mensch, Arzt und Sportmediziner ein hochgeschätzter und national und international renommierter Lehrer, der bis in das hohe Alter produktiv tätig ist. Davon zeugt eine zurzeit noch im Verlag „in statu nascendi“ vorliegende Monographie. Mit Fug und Recht kann man wohl sagen, dass in unserem Lande in einer „Ära Strauzenberg“ in den letzten Jahrzehnten wichtige Impulse und Weichenstellungen für die Sportmedizin von ihm angestoßen wurden.

Hohe Ehrungen wurden ihm zuteil. Auszugsweise genannt seien nur: Nationalpreis, Verdienter Arzt des Volkes, Philip-Noel-Baker-Award des Weltrates für Sport und Leibeserziehung der UNESCO, Goldenes Ehrenzeichen des Deutschen Sportärztesbundes und die Peter-Beckmann-Medaille der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen. Zahlreiche in- und ausländische wissenschaftliche Gesellschaften ernannten ihn zum Ehrenmitglied.

Die Anerkennung und die Ausstrahlung, die von ihm ausgeht, wäre ohne die menschliche Qualität nicht denkbar gewesen. Wir alle, seine Freunde, Schüler und früheren Mitarbeiter überbringen ihm die herzlichsten Glückwünsche für die kommenden Jahre.

Prof. Dr. Hans Haller, Dresden

Prof. Dr. med. habil. Gunter Gruber zum 65. Geburtstag



Dr. Gunter Gruber wurde am 1. 12. 1939 in Leipzig geboren. Nach dem Schulbesuch und Abitur 1958 erlangte er den Zugang zum Studium der Humanmedizin erst nach seiner Tätigkeit als Graugussfräser. Nach dem Staatsexamen im Jahre 1965 promovierte er mit seiner Dissertation am Pathologischen Institut zum Dr. med. in Leipzig. 1967 konnte Gunter Gruber seine Tätigkeit als Arzt in Weiterbildung am Medizinisch-Poliklinischen-Institut der Universität Leipzig, der heutigen Medizinischen Klinik und Poliklinik IV aufnehmen. Er erlangte 1972 die Facharztanerkennung für Innere Medizin und 1978 die Anerkennung der Subspezialisierung Kardiologie und Angiologie in der Inneren Medizin.

Nach Abschluss des postgradualen Studiums Hochschulpädagogik an der Karl-Marx-Universität Leipzig 1984 bis 1985 und nach erfolgreicher Verteidigung seiner Promotion B (psychophysiologisches Thema) erhielt er den Dr. sc. med., der nach der Wende zum Dr. med. habil. umgewandelt wurde, und 1985 die *Facultas docendi*. Er wurde 1985 Oberarzt am Medizinisch-Poliklinischen Institut.

Am 1. Februar 1994 wurde ihm der Titel eines außerplanmäßigen Professors an der Medizinischen Fakultät verliehen. Im Jahre 1996 wurde er zum stellvertretenden Klinikdirektor (kommissarisch) der Medizinischen

Klinik und Poliklinik IV bestellt. Diese Tätigkeit nahm er bis zum 1.12.1999 wahr.

Auch die Lehrtätigkeit unterstreicht die Vielseitigkeit von Prof. Gruber. Seit 1984 hielt er die interdisziplinäre Komplexvorlesung IDK Arbeits- und Leistungsfähigkeit, ab 1991 war er Leiter dieser Ringvorlesung im 5. Studienjahr. Von 1984 bis 2003 übernahm Prof. Gruber die Vorlesung am Fachbereich Psychologie zum Thema Innere Medizin/Psychosomatik 3. und 4. Studienjahr mit den dazugehörigen Prüfungen, 1997 die Vorlesung Psychosomatik Innere Medizin im 4. Studienjahr und seit 1996 die stets sehr stark besuchte fakultative Vorlesung „Klinische Elektrokardiographie“ im 4. und 5. Studienjahr.

Stets galt sein Augenmerk auch der Betreuung von Doktoranden und Diplomanden. So konnte Prof. Gruber insgesamt 22 Diplomverfahren bis zum erfolgreichen Abschluss betreuen. Er hat insgesamt 15 Doktoranden zum Dr. med. und einen zum Dr. rer. nat. geführt.

Von 1980 bis 1990 war er Leiter der klinischen Arbeitsgruppe „Stress-Sensibilität“. Seine Studien galten insbesondere der Stressforschung. In diesem Rahmen baute er ein psychophysiologisches Labor auf.

Prof. Gruber hat stets die Innere Medizin in ihrer gesamten Breite vertreten. Als stellvertretender Klinikdirektor der Medizinischen Klinik und Poliklinik IV hat er wesentlich zur weiteren Profilierung der Einrichtung am Zentrum für Innere Medizin beigetragen und war dem Direktor der Einrichtung, der Geschäftsführender Direktor des Zentrums für Innere Medizin in dieser Zeit war, eine unentbehrliche Hilfe.

Prof. Gruber kann auf zahlreiche Publikationen verweisen. Er ist Mitherausgeber des Buches Poliklinische Blickdiagnostik von Otto und Gruber, Fischer-Verlag 1972. Er verfasste vier Buchbeiträge und ist Autor und Koautor von insgesamt 97 wissenschaftlichen Veröffentlichungen. Prof. Gruber hat insgesamt 120 wissenschaftliche Vorträge gehalten. 1999 erschien die CD-Rom Gruber/Hansch bei Urban & Fischer Interaktive Blickdiagnostik in der Inneren Medizin mit ca. 850 Abbildungen. Prof. Gruber war auch in wissenschaftlichen Gesellschaften und

Arbeitsgruppen intensiv tätig. Von 1985 bis 1991 war er Vorstandsmitglied der Arbeitsgemeinschaft Psychotherapie der Inneren Medizin. Von 1987 bis 1990 Sekretär der Regionalgesellschaft für Innere Medizin in Leipzig. Von 1990 bis 2003 war er Ordentliches Mitglied des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin und seit 1999 ist er Außerordentliches Mitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft.

Prof. Gruber gehört seit Gründung der Sächsischen Landesärztekammer 1990 der Kammerversammlung an und war 1991 bis 1995 Mitglied des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer. Er musste danach wegen beruflicher und außerberuflicher Belastungen auf eine erneute Kandidatur verzichten. Seit 1990 ist er Vorsitzender des Ausschusses Weiterbildung der Sächsischen Landesärztekammer und Mitglied der Ständigen Konferenz ärztliche Weiterbildung der Bundesärztekammer. Prof. Gruber ist seit 1992 Mitglied der Prüfungskommission Innere Medizin und seit 1999 Vorsitzender einer Prüfungskommission Innere Medizin II in Sachsen. In Anerkennung besonderer Verdienste um die sächsische Ärzteschaft wurde ihm im Juni 1999 die Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille verliehen. Alle diese ehrenamtlichen Aufgaben sind mit viel Arbeit verbunden gewesen, bedeuten aber auch deutschlandweite Anerkennung für ihn und für die Sächsische Landesärztekammer. Am 1.12.2003 hat Prof. Gruber sein Arbeitsverhältnis durch eine Arbeitsteilzeitregelung beendet. Prof. Gruber war durch seine fachliche Kompetenz und seine besondere Persönlichkeit nicht nur stetiger Ratgeber für Ärzte in Weiterbildung, Diplomanden, Promoventen, Abteilungsleiter, Klinikdirektoren und Chefärzte, sondern in den ganzen Jahren seiner Tätigkeit auch ein hochgeschätzter Arzt, Kollege und Hochschullehrer. Hochschullehrer und Ärzte des Zentrums für Innere Medizin, Vorstand des Universitätsklinikums sowie Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig übermitteln anlässlich des 65. Geburtstages von Prof. Gruber am 1. Dezember 2004 die herzlichsten Glückwünsche und wünschen ihm von Herzen alles erdenklich Gute.

Prof. Dr. habil. Holm Häntzschel

Dr. med. habil. Konrad Müller zum 65. Geburtstag



Am 25. Mai 2004 konnte Herr Dr. Konrad Müller in Chemnitz seinen 65. Geburtstag im Kreise seiner Familie, Freunde, Bekannten und ehemaligen Mitarbeiter feiern, Anlass genug, zurückliegende Ereignisse in Erinnerung zu rufen.

Nach Schulzeit in Leipzig und Medizinstudium an der dortigen Universität, Approbation und Promotion 1963 wurde Herr Müller am 1. 1. 1966 Mitarbeiter der Frauenklinik am Bezirkskrankenhaus Karl-Marx-Stadt unter der Leitung des damaligen Chefarztes, Herrn Dr. Irmischer. Seit 1970 arbeitet er als Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe und wurde bereits 1973 Oberarzt und wegen seines besonderen geburtshilflichen Engagements 1981 Leiter dieser Abteilung der Klinik, in der damals bis über 4000 Geburten im Jahr stattfanden.

Schon in dieser Zeit widmete er sich vordergründig der wissenschaftlichen Bearbeitung geburtshilflicher Themen, nahm Einfluss auf die Reorganisation der geburtshilflichen Abteilung zu einer modernen Intensivgeburtshilfe, beteiligte sich an einem Forschungsprojekt „Perinatologie“ über Schwangerschaft und frühkindliche Entwicklung, betreute im Rahmen einer Intensivschwangerenberatung zunächst besonders herzkrank, später allgemein gefährdete Schwangere. Herr Müller wirkte viele Jahre im Rahmen der theoretischen und praktischen Hebammen-, Schwestern- und Fürsorgerinnenausbildung und natürlich in der Aus- und Weiterbildung ärztlicher Mitarbeiter einschließlich der Betreuung von zahlreichen Diplom- und Promotionsarbeiten. Im Rahmen einer zusätzlichen ambulanten Tätigkeit betreute er viele Sportlerinnen des Chemnitzer Sportclubs.

1990 konnte die Habilitationsschrift als Perinatalstudie mit Untersuchungen zur Frühgeburtlichkeit, zur neonatalen Mortalität sowie zur neonatalen und späten Morbidität im Stadtkreis von Chemnitz erfolgreich abgeschlossen und verteidigt werden.

1994 wurde ihm von der Sächsischen Landesärztekammer die Befähigung zur fakultativen Weiterbildung „Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin“ bestätigt. 1996 übernahm er die Aufgaben und die Verantwortlichkeiten des 1. Oberarztes der Klinik, die er bis zum 31. 8. 2003 mit Fleiß und Gründlichkeit ausfüllte.

Neben seinen klinischen Arbeiten hat Herr Dr. Müller über zwei Jahrzehnte maßgebliche Anteile an der Organisation und wissenschaftlichen Leitung der „Geburtshilflichen Seminare“ der Frauenklinik wie der traditionsgemäß zweimal jährlich stattfindenden Hebammen-Fortbildungstagen genommen.

Auf zahlreichen Kongressen und Tagungen hat er stets auf der Grundlage wissenschaftlicher Analysen und Schlussfolgerungen insgesamt 228 Vorträge gehalten und 46 Veröffentlichungen publiziert.

In berufspolitischer Hinsicht gehörte Herr Müller 1990 zu den Mitbegründern des Sächsischen Berufsverbandes der Frauenärzte und wurde auf dessen Gründungsversammlung zum 2. Vorsitzenden gewählt. In dieser Funktion war er über zwei Wahlperioden bis 1999 erfolgreich tätig. Seit 1991 war er insgesamt zehn Jahre lang 1. Vorsitzender der Perinatalkommission in Sachsen und konnte dabei und in der Folgezeit entscheidend die Entwicklung der landesspezifischen Perinatalerhebungen mit ihren Qualitätskriterien und deren Auswirkungen in den Regierungsbezirken Sachsens und ihren Kliniken beeinflussen. Selbstverständlich war Herr Dr. Müller auch aktives Mitglied der 1990 wieder gegründeten Sächsischen Gesellschaft für Frauenheilkunde und Geburtshilfe.

Als ein in diesen Jahren unverzichtbarer und integerer Mitarbeiter der Einrichtung wurden Herrn Dr. Müller wegen seines hohen fachlichen und menschlichen Ansehens und für die erbrachten Leistungen und Arbeiten in der Klinik und von seinen Patientinnen vielfach Dank und Anerkennungen ausgesprochen. Mit Beendigung des aktiven Dienstes steht der neue Lebensabschnitt nunmehr ganz im Zeichen der Familie mit seiner lieben Frau, die ihm stets den erforderlichen Rückhalt im beruflich turbulenten Leben geboten hat. Unsere guten Wünsche für Gesundheit und viele gute Jahre sollen ihn in die Zukunft begleiten.

Prof. Dr. med. habil. Klaus Renziehausen,
Chemnitz

Unsere Jubilare im Januar

Wir gratulieren

60 Jahre					
03.01.	Dr. med. Bönisch, Karla 01157 Dresden	06.01.	Dr. med. Dunger, Wolfram 02733 Cunewalde	14.01.	Schuster, Doris 01445 Radebeul
03.01.	Dr. med. Hering, Bernd 01768 Glashütte	07.01.	Dr. med. Knobus, Krista 01705 Pesterwitz	15.01.	Pieper, Inken 02827 Görlitz
04.01.	Dr. med. Gerewitz, Annelie 04289 Leipzig	09.01.	Dipl.-Med. Gruner, Annelie 01728 Bannowitz	17.01.	Dr. med. Steuer, Erika 08112 Wilkau-Haßlau
04.01.	Teichmann, Siegrun 04277 Leipzig	10.01.	Dipl.-Med. Kerwien, Heide 09575 Großwaltersdorf	18.01.	Dr. med. Fritzsche, Christa 01099 Dresden
05.01.	Dr. med. Mehner, Gunter 01328 Dresden	11.01.	Jendryschik, Ursula 04416 Markkleeberg	18.01.	Dr. med. Keller, Ursula 09127 Chemnitz
06.01.	Abdank, Dietrich 08371 Glauchau	12.01.	Dipl.-Med. Schubert, Herbert 09573 Erdmannsdorf	21.01.	Hassenzahl, Christine 01279 Dresden
		13.01.	Dr. med. Stoermer, Dietmar 02977 Hoyerswerda	22.01.	Dr. med. Voigt, Helge 04229 Leipzig

24.01.	Dr. med. Pistol, Wilfried 08315 Bernsbach	22.01.	Dr. med. Wander, Rainer 07985 Elsterberg	31.01.	Dr. med. Tuchscheerer, Gertraude 01109 Dresden
24.01.	Zabojova, Maria 35002 Cheb	23.01.	Dr. med. Hofmann, Dietrich 09114 Chemnitz	75 Jahre	
25.01.	Dipl.-Med. Gründer, Eva 04420 Markranstädt	24.01.	Dr. med. Förster, Elfriede 01108 Dresden/Weixdorf	02.01.	Dr. med. Hettmer, Helmut 04860 Torgau
25.01.	Schlosser, Elke 08525 Kauschwitz	24.01.	Dr. med. Nowy, Eva-Maria 02827 Görlitz	13.01.	Dr. med. Schneider, Günter 08541 Theuma
25.01.	Dr. med. Zimmerer, Gudrun 08112 Wilkau-Haßlau	24.01.	Dr. med. Seifert, Hans-Ulrich 01187 Dresden	13.01.	Dr. med. Thierbach, Volker 04157 Leipzig
26.01.	Dipl.-Med. Schubert, Klaus-Wolfram 04741 Roßwein	27.01.	Dr. med. Stamm, Margarete 09557 Flöha	18.01.	Dr. med. Gläsel, Gisela 04155 Leipzig
28.01.	Dr. med. Walter, Christine 01445 Radebeul	28.01.	Dr. med. Bley, Jürgen 04157 Leipzig	80 Jahre	
29.01.	Dr. med. Andreaä, Ellen 08427 Fraureuth	28.01.	Dr. med. habil. Zwingenberger, Wolfgang 08349 Erlabrunn	01.01.	Dr. med. Bernhard, Joachim 01326 Dresden
29.01.	Dr. med. Mirschinka, Ernst-Ulrich 02708 Löbau	29.01.	Hoffmann, Günter 02797 Luftkurort Lückendorf	03.01.	Dr. med. Keller, Ruth 04838 Eilenburg
30.01.	Dr. med. Riedel, Ingeburg 08209 Rebersgrün	30.01.	Dr. med. Hoßbach, Karla 04159 Leipzig	08.01.	Dr. med. Kliemant, Günter 01612 Nünchritz
30.01.	Strehle, Heidrun 01662 Meißen	30.01.	Dr. med. Kögler, Karl 08606 Oelsnitz	22.01.	Dr. med. Bulang, Benno 02625 Bautzen
31.01.	Dipl.-Med. Reinecke, Elisabeth 01129 Dresden	30.01.	Dr. med. Töpfer, Jutta 01705 Freital	81 Jahre	
65 Jahre		31.01.	Dr. med. Gelpke, Bärbel 01307 Dresden	13.01.	Prof. Dr. med. habil. Dürwald, Wolfgang 04299 Leipzig
01.01.	Brümmer, Hermann 09114 Chemnitz	31.01.	Dr. med. Gräbner, Helga 08060 Zwickau	82 Jahre	
02.01.	Dr. med. Hölling, Ursula 04416 Gaschwitz	31.01.	Dr. med. Schmidt, Gertraude 09509 Pockau	31.01.	Dr. med. Kliemant, Hans-Jürgen 01662 Meißen
03.01.	Dr. med. Fromm, Gisela 04416 Markkleeberg	70 Jahre		83 Jahre	
03.01.	Dr. med. Henßge, Gesine 01239 Dresden	01.01.	Dr. med. Mälzer, Georg 04157 Leipzig	07.01.	Dr. med. Rocholl, Albrecht 01309 Dresden
03.01.	Dr. med. Marx, Rudolf 09648 Mittweida	02.01.	Dr. med. Hilpert, Lothar 04860 Torgau	84 Jahre	
04.01.	Dr. med. Hausmann, Ursula 01259 Dresden	03.01.	Dr. med. Seidel, Gerda 04157 Leipzig	13.01.	Dr. med. Purrucker, Fritz 09114 Chemnitz
07.01.	Dr. med. Jannasch, Johannes 02625 Bautzen	03.01.	Trobisch, Klaus 01445 Radebeul	18.01.	Dr. med. Herzog, Eleonore 01217 Dresden
07.01.	Dr. med. Werler, Günther 08412 Werdau	07.01.	Dr. med. Bauermeister, Rolf 04288 Leipzig	26.01.	Dr. med. Möbius, Werner 01723 Wilsdruff
08.01.	Dr. med. Anstock, Christoph 08209 Auerbach	10.01.	Meißner, Hannelore 04317 Leipzig	85 Jahre	
08.01.	Schurig, Karl 04720 Döbeln	11.01.	Dr. med. habil. Hammer, Hans-Joachim 04435 Schkeuditz	22.01.	Dr. med. Burkhardt, Hans 04357 Leipzig
09.01.	Dr. med. Dietze, Günter 09125 Chemnitz	13.01.	Dr. med. Baldauf-Rümmeler, Klaus 04567 Kitzscher	28.01.	Dr. med. Lorenz, Irene 01067 Dresden
09.01.	Dr. med. Schmieder, Christine 09131 Chemnitz	15.01.	Doz. Dr. sc. med. Gautsch, Helga 01900 Brettnig-Hauswalde	29.01.	Dr. med. Leibiger, Wolfgang 01896 Pulsnitz
10.01.	Dr. med. Huster, Karl 04329 Leipzig	15.01.	Prof. Dr. med. habil. Dr. med. dent. Hochstein, Hans-Jürgen 04808 Nischwitz	86 Jahre	
11.01.	Gramling, Hanna 08237 Steinberg/ OT Wernesgrün	16.01.	Dr. med. List, Achim 08112 Wilkau-Haßlau	02.01.	Dr. med. Patzelt, Oskar 04808 Wurzen
13.01.	Dr. med. Fritzsche, Helga 08064 Rottmannsdorf	17.01.	Dr. med. Müller, Klaus 04435 Schkeuditz	08.01.	Dr. med. von Zimmermann, Blandine 01217 Dresden
13.01.	Dr. med. Uhlig, Waltraud 01189 Dresden	17.01.	Neubert, Ursula 09244 Oberlichtenau	09.01.	Dr. med. Gawantka, Joachim 09468 Geyer
13.01.	Dr. med. Vater, Heinz 04683 Naunhof	18.01.	Grießbach, Christine 02785 Olbersdorf	22.01.	Dr. med. Nickol, Renatus 01219 Dresden
14.01.	Dr. med. Haym, Johannes 09496 Marienberg	20.01.	Dr. med. Scheibner, Brigitte 02797 Lückendorf	88 Jahre	
14.01.	Dr. med. Jänisch, Gerd 01877 Bischofswerda	21.01.	Dr. med. Frach, Renate 01324 Dresden	23.01.	Dr. med. Illing, Heinrich 09496 Marienberg
15.01.	Dr. med. With, Adolf 02736 Beiersdorf	24.01.	Dr. med. Baumann, Eva 01662 Meißen	90 Jahre	
16.01.	Fritzsche, Rosemarie 01239 Dresden	24.01.	Reinhardt, Dieter 06712 Zeitz	17.01.	Dr. med. Sieg, Heinz 09599 Freiberg
16.01.	Prof. Dr. med. habil. Schneider, Peter 04275 Leipzig	26.01.	Dr. med. Bartsch, Ingrid 04289 Leipzig	91 Jahre	
17.01.	Dr. med. Degenhardt, Tilo 08058 Zwickau	26.01.	Dr. med. Raschick, Christine 04279 Leipzig	09.01.	Prof. em. Dr. med. habil. Edel, Herbert 01465 Langebrück
19.01.	Prof. Dr. med. Morgenstern, Rainer 09337 Hohenstein-Ernstthal	27.01.	Dr. med. Thiele, Ingeborg 04157 Leipzig	92 Jahre	
21.01.	Dr. med. Lantsch, Hubertus 01307 Dresden	28.01.	Prof. Dr. med. habil. Müller, Fritz 04277 Leipzig	02.01.	Dr. med. Runge, Anneliese 04157 Leipzig
21.01.	Dr. med. Petzold, Regina 01326 Dresden	29.01.	Dr. med. Sauer, Ilse 09599 Freiberg	04.01.	Dr. med. Langer, Horst 01689 Weinböhla
22.01.	Dr. med. Döllmann, Mathilde 01324 Dresden	29.01.	Dr. med. Tützer, Frank 08451 Crimmitschau	10.01.	Dr. med. Schubert, Walter 02999 Lohsa
22.01.	Dr. med. Kupetz, Gerd-Wolfgang 08280 Aue	30.01.	Dr. med. Gebert, Peter 01277 Dresden		
22.01.	Prof. Dr. med. habil. Remke, Harald 04157 Leipzig				

Zeit – in ihrer schönsten Form

Not macht erfinderisch – und manchmal auch weltberühmt.

Die kleine erzgebirgische Stadt Glashütte erlangte Weltruf durch einen Mann, den handwerkliches Können, Umsicht und Fleiß auszeichneten und der dies mit dem Mitgefühl für seine arbeitslosen Mitbürger der damals bitterarmen Erzgebirgsgemeinde, zupackender Eigeninitiative und unternehmerischem Wagemut verband: den Uhrmacher Adolph Lange.

Der vom königlichen Hofuhrmacher Gutkaes (Schöpfer der Fünf-Minuten-Uhr über der Bühne der Semperoper) ausgebildete junge Mann konnte nach seinen Wanderjahren als Uhrmachergeselle in Frankreich, England und der Schweiz eine königlich-sächsische Kommission von seinen Plänen überzeugen, eine Feinuhrenfabrikation aufzubauen. Sie stellte ihm einen damals ungeheuer großzügigen Kredit zur Verfügung und wies ihm Glashütte als Wirkungsstätte zu.

Lange gründete dort 1845 eine Uhrmacherschule, bildete 15 junge, aus groben Berufen

kommende Burschen aus und begann mit der Uhrenfabrikation.

Die Marke A. Lange & Söhne/Glashütte in Sachsen wurde wenig später durch die hervorragende Qualität ihrer Uhren weltberühmt. Dazu musste Adolph Lange aber neue Werkzeuge und Fertigungsabläufe sowie vereinfachte metrische Meßmethoden erfinden und einführen. Spezialisierungen zu Schleifern, Graveuren, Uhrsteineherstellern, Gehäusebauern, Zifferblattherstellern, Räder-, Schrauben- und Zeigerfertigern, Emaillierern und so fort ließen neue, hochqualifizierte Gewerke entstehen und diese Familienbetriebe zu bescheidenem Wohlstand kommen. Außerdem machten sich nach und nach Mitarbeiter selbständig und begannen mit einer eigenen Uhrenherstellung in Glashütte. So wurden auch Namen wie Assmann, Grossmann, Schneider, Gläser und Kasiske sehr bekannt und unter Uhrensammlern sehr gefragt. Der Uhrenhersteller und Uhrenhändler Dürrstein etablierte seine Marke Union auch in Glashütte als Union Glashütte mit dem eigenen Logo eines

Tempels. Sehr bekannt ist ebenfalls die Deutsche Präzisionsuhrenfabrik GmbH beziehungsweise AG geworden, die spätere Glashütter Uhrenfabrik GmbH.

Was war nun eigentlich das Besondere an den damals vor allem hergestellten Taschenuhren aus Glashütte? Was lässt uns auch heute noch die Luft anhalten, wenn man eine A. Lange & Söhne-Uhr in den Händen hält?

Vor allem fasziniert die in allen Details spürbare Liebe zum Beruf, die letztendlich zu höchster Qualität der Uhren führte und dem Käufer signalisierte, dass sein Interesse an einem wunderschönen sowie äußerst zuverlässigen Zeitmesser und nicht kleinliche Gewinnsucht die Herstellung begleitete. So waren die Edelmetallgehäuse formvollendet und dickwandig, die Unruh kompensierend bimetallisch, die Gewichte daran sowie Anker und Ankerrad aus Gold ebenso wie die kleinen verschraubten Lager für die Rubine (Chatons), um der Korrosion keine Chance zu lassen. Der Unruhkloben (-halterung) wurde fein graviert und mit einer Feinregulierung (Schwanenhals) versehen, die Aufzugsräder mit einem Zierschliff aufwändig bearbeitet, obwohl all dies nicht zu sehen ist (Abbildung 1, isoliertes Uhrwerk links).

Typisch für eine Glashütter Uhr wurde die sogenannte Dreiviertelplatine, die alle Gangräder stabil und spannungsfrei aufnehmen konnte. Zahlreiche Lange-Patente, Erfindungen oder Bauteile wurden wegen des an sie gerichteten hohen Anspruchs der Firma Lange auch von anderen Glashütter Herstellern übernommen.

Das Register der Lange-Uhren hat alle Wirren der Zeiten überstanden und wird wieder in Glashütte verwahrt. So zeigt der Auszug für eine jede Uhr den Bearbeiter eines bestimmten Arbeitsgangs mit Unterschrift, die Gehäuseform, das Goldgewicht vor und nach Politur den Verkaufspreis (der auch damals sehr hoch war) und die Auslieferungsadresse. Die Auslieferung erfolgte mit Garantieschein mit der Nummer der entsprechenden Uhr in einem speziellen Kästchen aus Holz und Leder mit Fächern für ein Ersatzglas und einer Ersatzaufzugsfeder. Davon existieren auch jetzt noch vollständige Exemplare, wie dies auf der Abbildung 1 zu sehen ist. Die Uhren sind immer noch von höchster Ganggenauigkeit (nach über 100 Jahren!) und schwingen meist sofort bei beginnendem Aufziehen an. Sie erzielen heutzutage auf Auktionen Höchstpreise.



Abbildung 1

Foto: Knut Köhler

Dennoch war die Zeit der schönen Taschenuhren, der Stolz eines jeden Trägers, etwa 1915 bis 1920 vorbei. Sie wurden durch die handlicheren Armbanduhren verdrängt, aber auch hier stellte Glashütte wie bei Spezialuhren (Schiffschronometer, Beobachtungsuhr, Fliegeruhren) Spitzenprodukte her.

Ist es nicht beeindruckend, was unsere Vorfahren uns vormachten und vorlebten?

Und es stimmt hoffnungsvoll, wenn Glashütter Firmen nach dem Niedergang in sozialistischen Zeiten, der im Aufgehen der Glashütter Restproduktion im Uhrenkombinat Ruhla kulminierte, einen Neuanfang wagten. Allen voran Walter Lange, ein U(h)renkel Adolph Langes. So leitete die Firma A. Lange & Söhne Glashütte i./Sa. eine glänzende Wiedergeburt der deutschen Feinuhrenproduktion ein mit den noch vorhandenen hochqualifizierten und leistungsbereiten Fachleuten, zum Teil Nachkommen der früheren



Abbildung 2 Foto: A. Lange & Söhne

Uhrmacherfamilien. Die Firma gibt wieder über 200 Mitarbeitern (Familien) „Lohn und Brot“ und erringt für ihre Uhren wieder höchste internationale Preise.

Auch der Uhrenhersteller von „Glashütte Original“, der Glashütter Uhrenbetrieb GmbH,

ist wieder eine erstklassige Adresse für hochwertige mechanische Armbanduhren, zum Teil auch wieder unter dem Namen „Union Glashütte“. Mühle Nautische Instrumente und Nomos folgten.

Es ist dies eine Geschichte von Geburt und Wiedergeburt. Der christliche Glaube von Auferstehung zu neuem Leben ist im Erzgebirge noch tief verwurzelt und macht die Menschen vielleicht deshalb eher für einen Neuanfang bereit.

Sie glauben es nicht? Dann fahren Sie doch einfach einmal nach Glashütte, das vom Jahrhunderthochwasser 2002 schwer beschädigt war. Sie können das interessante Uhrenmuseum besuchen und sich in der schönen Landschaft wohlfühlen, vor allem aber unter den Menschen dort. Oder suchen Sie noch ein Weihnachtsgeschenk?

Ihr Günter Bartsch