

Ärzteblatt Sachsen



Inhalt 2/2005

Gesundheitspolitik	Die Zukunft der sozialen Sicherungssysteme	44
	Impressum	50
Berufspolitik	Ärzte aus Österreich kommen nach Sachsen	51
	Sächsischer Verdienstorden überreicht	52
Amtliche Bekanntmachungen	Notärztliche Versorgung ab 1. 1. 2005	53
	Versicherung von Haftungs- und Schadensrisiken der notärztlichen Tätigkeit	
	Eintragungen in das Partnerschaftsregister	53
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Abschlussprüfung »Arzthelfer/Arzthelferin«	54
	Fortbildung »Reisemedizinische Gesundheitsberatung«	55
	Stellenausschreibung: Ärztlicher Geschäftsführer	55
	Konzerte und Ausstellungen	55
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	56
Kreisärztekammer Dresden	Seniorentreffen 1. 3. 2005	57
Tagungsbericht	29. Interdisziplinäres Forum der Bundesärztekammer	57
Gesundheitspolitik	Hygiene aktuell	58
Einhefter	Hygieneanforderungen für invasive Maßnahmen	I – IV
Mittelhefter	Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer	59 – 70
Originalie	A. Teubner, U. Stölzel Funktionelle Dyspepsie und Reizdarmsyndrom	71
Leserbrief	Pech gehabt, junger Kollege...	74
Buchbesprechung	Bild-Lexikon der Anatomie	74
Personalia	Prof. Dr. med. habil. Peter Schneider zum 65. Geburtstag	75
	Unsere Jubilare im März	76
Medizingeschichte	100 Jahre Phoniatrie in Deutschland	77
Feuilleton	Insekt des Jahres 2004	80
Beilage	Fortbildung in Sachsen – April 2005	

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

Die Zukunft der sozialen Sicherungssysteme in Deutschland

Institut für
Gesundheits-System-Forschung
Kiel



Diesen Vortrag hielt Herr Professor Dr. med. Fritz Beske während der 31. Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer am 13. November 2004.

Herr Präsident, meine sehr verehrten Damen, meine Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, zunächst einmal herzlichen Dank für die Einladung. Ich bin gern gekommen aus zwei Gründen. Der eine Grund, ein Vortrag dieser Art ist immer wieder Anlass, die eigene Position zu überdenken und zu prüfen, ob man in dem, was man analytisch tut und was man prognostisch denkt, auch tatsächlich mit der Realität übereinstimmt und Sie wissen, dass meine derzeitige Tätigkeit primär die Tätigkeit der Politikberatung ist. Und das Zweite, wer wie ich mehr am Schreibtisch sitzt, mehr schreibt und mehr spricht, verliert natürlich sehr schnell den Kontakt zu der Basis, zur Realität. Und von daher freue ich mich auf die Diskussion, denn ich gehe aus jeder Diskussion bereichert nach Hause und nehme von jeder Diskussion etwas mit, was für mich Wert hat.

Erlauben Sie mir, mit zwei Berichten von zwei Fernsehsendungen zu beginnen. Die eine Fernsehsendung „heute journal“ am 21. August 2004, Marietta Slomka berichtete über die Situation in Hausarztpraxen in England und darüber, dass deutsche Ärzte mit einem guten Honorar und der Bezahlung von allem, was dazugehört, zum Wochenende nach England fahren, um in diesen Praxen zu helfen, die Wartezeiten abzubauen. Das wurde ausgeschmückt, wie das so üblich ist und was mir bei Marietta Slomka doch sehr eindrucksvoll erschien, es ist beinahe so nicht ihre Art, zum Schluss sagte sie nachdenklich: „Offenbar ist unser Gesundheitswesen doch nicht so schlecht.“ Und das Zweite war Berlin

am 31. Oktober 2004 mit Peter Frey, „Berlin direkt“ unter der Überschrift „Die Schuldenfalle“. Dieses war für mich eine der eindrucksvollsten Sendungen, die ich seit langem gesehen habe. Er begann mit der Darstellung einer Klasse in Berlin von Vier-, Fünf-, Sechsjährigen eines Kindergartens, es wurde nur gezeigt, wie sie spielten und wieder ausgeblendet. Dann war sein Aufhänger die Diskussion CDU/CSU über die Gesundheitspolitik. Er führte aus und belegte es, dass die öffentliche Hand in Deutschland Schulden in der Größenordnung von 1,4 Billionen € aufgebaut hat. Das sind 1.400 Milliarden € mit ständig steigender Tendenz. Er sagte, dass ja die Rentenversicherung auch Schulden sind, denn Renten sind Ansprüche und ein Drittel des Bundeshaushaltes geht in die Renten, die heute bei 79 Milliarden und 2010 bei 82 Milliarden jährlich liegen. Er berichtete von anderen Verpflichtungen, die wir eingegangen sind und resümierte und schaute dann wieder zurück in diese Klasse, die er am Anfang gezeigt hat mit der Bemerkung: „Diese und ihre Kinder werden in Deutschland ihr gesamtes Einkommen dafür einzusetzen haben, um die Schulden zu bezahlen, die ihre Eltern und Großeltern gemacht haben.“ Und dies ist Realität. Mit einem Satz, wir haben uns übernommen, wir leben über unsere Verhältnisse.

Und nun zum Gesundheitswesen. Ich darf den Auftrag so verstehen, dass ich natürlich primär über das Gesundheitswesen berichte, denn das steht ja im Mittelpunkt der Diskussion. Es gibt kaum noch jemand, der versteht, was in der gesundheitspolitischen Diskussion läuft. Ich habe längst aufgegeben, die vielen Vorschläge, Varianten, Veränderungen, was auch immer, für die Finanzierung des Gesundheitswesens zu registrieren, zu sortieren oder in ihrer Konsequenz zu bedenken. Es ist unmöglich geworden und im Grunde genommen geht diese Diskussion auch an der Bevölkerung vorbei. Die orientiert sich an der Praxisgebühr, an Dingen, die sie ganz persönlich betreffen und berühren, aber sicher nicht an der Zukunftsperspektive des deutschen Gesundheitswesens. Versuchen wir zu sortieren. Es gibt zwei Denkrichtungen in der gesundheitspolitischen Diskussion. Die erste Denkrichtung ist die gesundheitsökonomische Denkrichtung, die zweite ist die versorgungspolitische Denkrichtung. Die gesundheitsökonomische Denkrichtung beschäftigt sich ausschließlich mit der Frage, wie finanziere ich unser Gesundheitswesen und dies langfristig,

heute sagt man ja nachhaltig, und alles, was vorgeschlagen wird in der Versorgung wird umgerechnet auf die ökonomische Auswirkung. Diese Diskussion wird von Ökonomen geführt, wie überhaupt, meine Damen und Herren, die gesundheitspolitische Diskussion fast ausschließlich von Ökonomen bestritten wird. Es gibt kaum Ärzte, die in der Politikberatung tätig sind, ich bin praktisch der Einzige, bis auf Herrn Lauterbach, alles andere sind Ökonomen. Sie sind Ökonomen und sie denken ökonomisch, das heißt, sie denken in dem, was sie als Ökonomen gelernt haben und das ist primär der Markt und alles, was mit dem Markt in Verbindung steht. Die versorgungspolitische Seite, die ich vertrete, versucht unverändert, die Versorgung des Patienten in den Mittelpunkt zu stellen. Ich würde sagen, die Leistungsträger, natürlich sehr stark auch die Ärzte, denn ohne die Leistungsträger und deren Funktionstüchtigkeit ist eine Gesundheitsversorgung nicht möglich. Es geht aus meiner Sicht darum, das zweite Argument zu betonen und immer wieder zu sagen, was bedeutet das für die Versorgung des Patienten und nicht die Dominanz der Ökonomie überlassen. Ich würde sogar so weit gehen zu sagen, im Grunde genommen ist das Primäre die Versorgung der Bevölkerung mit den beiden Bereichen Patient sowie Planungs- und Leistungserbringer. Die Finanzierung ist eine Dienstleistung im Gesundheitswesen. Nun, Ausgangspunkt ist naturgemäß die Kostensituation im Gesundheitswesen, ist der Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung. Ich muss Ihnen nicht sagen, dass das eine Diskussion ist, die so alt ist, wie wir denken können. Immer wieder gab es Steigerungen, immer wieder gab es Kostendämpfungsgesetze, immer wieder gab es neue Aufgaben im Gesundheitswesen, die finanziert werden mussten. Sie waren teuer. Immer wieder gab es Kostendämpfungsgesetze und von daher hat natürlich diese Problematik eine ganz besondere Bedeutung.

Ich muss jedoch zum Beitragssatz zwei Dinge sagen. Das eine, es wird mit einer gewissen Berechtigung gesagt, dass Gesundheitskosten Lohnkosten sind. Aber wir sollten einmal diese Diskussion in ihrer Bedeutung richtig bewerten. Wenn man sagt, dass die Arbeitskosten 100 % sind und die Lohnnebenkosten 80 %, dann sind das 180. Setzt man sie einmal mit Euro gleich: 180 €. Der Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung würde um 10 % gesenkt, ergeben rund 150 Milliarden,

auch um es einfach zu machen, 15 Milliarden, 1,5 Beitragssatzpunkte. Damit, und ich bitte, dies genau zu beachten, meine Damen und Herren, würden sich die Lohnkosten von 180 auf 179,40 reduzieren. Das ist die Dimension, über die wir tatsächlich reden. Die Ausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung sind 6 % der Lohnnebenkosten, d. h. also, im Grunde genommen wird diese Frage in der öffentlichen Diskussion überbewertet, überdimensioniert, aus welchem Grunde auch immer, was nicht bedeutet, dass auch ich der Meinung bin, man sollte die Gesundheitskosten von den Arbeitskosten trennen. Und das Zweite, die Gesundheitskosten sind nicht primär durch das Gesundheitswesen begründet. Wir haben kürzlich eine Arbeit vorgelegt, die nachgewiesen hat, dass allein durch die letzten Renten- und Arbeitsgesetze die gesetzliche Krankenversicherung mit 0,86 Beitragssatzpunkten belastet wird. Politische Entscheidungen, Sie kennen die Schlagworte Verschiebebahnhof, und versicherungsfremde Leistungen, haben die GKV mit gut zwei Beitragssatzpunkten belastet. Ohne diese politischen Entscheidungen läge der Beitragssatz nicht bei 14,2, sondern bei 12,2 % und wenn man dann noch der Meinung ist und der Meinung kann man sein, dass die Versorgung von Kindern nicht eine Aufgabe allein der Versicherten, sondern eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, dann würde dieser Beitragssatz noch einmal um fast anderthalb Punkte sinken, das heißt, wir lägen ohne politische Entscheidungen und ohne die beitragsfreie Finanzierung von Kindern bei um die 10 % und das ist die Realität.

Vieles von dem, über das wir heute diskutieren, ist von der Politik hausgemacht. Die Politik ist natürlich niemals bereit, es einzugestehen. Wenn ich sage, dass der Ausgangspunkt der Beitragssatz ist, dann ist natürlich auch die primäre Diskussion eine Finanzierungsdiskussion und damit sind wir bei der Bürgerversicherung und bei der Kopfpauschale/Gesundheitsprämie. Ich brauche diese im Einzelnen nicht zu erläutern, zumal es zu jeder eine Fülle von Variationen gibt, nicht durchgerechnet in ihren Konsequenzen, nicht zu Ende gedacht und in meinen ganzen wissenschaftlichen Arbeiten orientiere ich mich immer sehr gern an Wilhelm Busch in seinem Vorwort zu Max und Moritz: „Aber wehe, wehe, wehe, wenn ich auf das Ende sehe.“ Bürgerversicherung heißt im Grunde genommen: einer für alle. Auch die Reichen, die

Wohlhabenden, müssen zahlen und jetzt kommt eine interessante Entwicklung. Es gibt ja eine Kommission in der SPD, die die Bürgerversicherung im Einzelnen ausarbeiten soll. Sie hat ein unvollständiges Manuskript an den Vorstand gegeben und eine Vorstandsdiskussion hat gezeigt, dass die Probleme mit der Umsetzung der Bürgerversicherung so gewaltig sind, dass man sich davor hüten sollte, vor der Wahl Einzelheiten der Bürgerversicherung in die Bevölkerung hineinzutragen und zu erörtern. Die politische These lautet: Wir fordern die Bürgerversicherung. Das kommt an, einer für alle, auch die Wohlhabenden müssen zahlen, das kommt an, aber bitte keine Einzelheiten. Wir werden also, vermute ich, die Diskussion über die Bürgerversicherung als ein Element der Diskussion über die Bundestagswahl im Herbst 2006

weiterhin zu ertragen haben. Nun hatte sich die Diskussion etwas zurückgenommen, bis die CDU der SPD die Steilvorlage gab, nämlich die Auseinandersetzung über die Kopfprämie im Gesundheitswesen, d. h. die Kopfpauschale und ich brauche Ihnen auch nicht die Auseinandersetzung zwischen CDU und CSU zu erläutern. Das Letzte, was ich gehört habe ist, dass man im Prinzip bei der Kopfpauschale bleibt, dass man aber die Kopfpauschale reduziert von 180 ursprünglich auf jetzt 109 € im Monat und dass man die Differenz zur Kostendeckung decken will. Wie man sie decken will, ist noch offen. Es gibt da die beiden grundsätzlichen Wege, dass man entweder über Steuern finanziert oder im Sozialversicherungssystem bleibt und hier wieder über irgendeine Kombination von Arbeitgeber – Arbeitnehmer oder nur Arbeit-

nehmer den Differenzbetrag aufbringt. Nun werden wir, meine Damen und Herren, davon auszugehen haben, dass die Kosten weiter steigen und damit auch die Beitragssätze weiter steigen. Die Diskussion über diese Finanzierung im Gesundheitswesen geht weiter. Und nun verlasse ich den Bereich der Wissenschaft und wage eine Prognose. Und bei Prognosen vergesse ich niemals dieses schöne Wort: Prognosen von heute sind der Irrtum von morgen. Aber trotzdem, man muss natürlich auch ehrlich sein. Ich wage die Behauptung, dass es vor der Bundestagswahl 2006 weder eine Gesetzesvorlage für eine Bürgerversicherung, noch für eine Kopfpause geben wird und dies aus zwei Gründen. Der eine Grund, keine Partei wird in der Lage sein, bis zur Bundestagswahl einen Gesetzentwurf zu erarbeiten. Die organisatorischen, die verfassungsrechtlichen, die rechtlichen, die anspruchsbegründeten Probleme sind so groß, dass in einem gewachsenen System, wie wir es haben, eine Umstellung fast unmöglich ist.

Dies ist der eine Punkt. Und wenn man nach der Bundestagswahl beginnt, mit neuen Leuten, mit zum Teil unerfahrenen Leuten, bei dieser Komplexität einen Gesetzentwurf zu erarbeiten, dann wage ich, ich bin zehn Jahre Staatssekretär gewesen, die Prognose, darüber vergeht eine Legislaturperiode. Der zweite Grund, ein Wahlprogramm ist das eine, aber die Umsetzung des Wahlprogramms nach der Wahl ist das andere. Und hier wirken ganz andere Faktoren, als sie bei der Abfassung eines Wahlprogramms von Bedeutung sind. Man weiß nicht, wer im Bundestag ist, man weiß nicht, welche Partei die Mehrheit hat, man weiß nicht, welche Koalition mit welchen unterschiedlichen Auffassungen es gibt, man weiß nicht, wer im Bundestagsausschuss für Gesundheit sein wird und dort führend argumentieren kann, man weiß nicht, wer Gesundheitsminister wird, man weiß nicht, wie die Länderebene sich entwickelt, d. h. es gibt eine Fülle von Imponderabilien und aus diesen Gründen bin ich der Meinung, wir werden eine Weiterentwicklung des Systems erleben, gewiss eine Auffassung, die ich für richtig halte. Ich halte einen Wechsel von einem System auf das andere nicht für möglich, auch nicht für gut und wenn man an Zeiträume denkt, Herr Seehofer hat gesagt: Mein System wird in 50 Jahren verwirklicht sein können und die SPD sagt, na ja, wir brauchen 30 Jahre, bis denn

die Bürgerversicherung tatsächlich eingeführt ist. Das heißt also, stellen wir uns darauf ein, dass wir im System weiter entwickeln. Und ich kann nur hoffen, dass es genügend Politiker und genügend Institute und genügend Politikberater gibt, die sich auf diese Situation einstellen und für die Zeit 2006, Herbst 2006 einen Vorschlag vorlegen können, wie es denn im System weiter gehen kann und dies in allen Bereichen, nicht nur in der Finanzierung, sondern auch in der Struktur und auch in der Leistungsebene.

Und damit bin ich bei der Leistungsseite. Jede Medaille hat zwei Seiten und das Gesundheitswesen hat die Finanzierung und hat die Leistung. Ich möchte von der Leistung einmal nur den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung aufgreifen und diskutieren, allerdings mit einer Vorbemerkung. Wer über den Leistungskatalog diskutiert, beides, Erweiterung, Kürzung, muss, wissen, was er mit seinem Gesundheitswesen will, d. h., er muss Gesundheitsziele definieren. Er muss sagen, was soll unser Gesundheitswesen für die Bevölkerung leisten. Und er muss die Aufgabe der Gesetzlichen Krankenversicherung umschreiben. Wir haben Gesundheitsziele definiert, sie sind, glaube ich, so einfach und einprägsam, dass sich der Notwendigkeit dieser Ziele niemand entziehen kann und ich würde auch sagen, sie werden in jeder Festtagsrede angeführt und in keiner Podiumsdiskussion würde ein Politiker wagen, sich von diesen Grundsatzzielen zu distanzieren. Das erste Gesundheitsziel lautet: Krankheit darf nicht zur Armut führen. Ich habe ein Jahr in Amerika studiert als Arzt, meinen Master of Public Health gemacht und konnte schon damals erleben, was es heißt, krank zu werden. Die USA haben 42 Millionen ohne Versicherungsschutz, die Ausgaben steigen pro Jahr um 10 %. Die Arbeitgeber, die gerade bei den großen Firmen zu 75 % die Beiträge für die Krankenversicherung ihrer Beschäftigten übernommen haben, haben auf 65 %, auf 60 % reduziert. Es ist also eine Krise und immer mehr geraten durch Krankheit in Armut. Dies kann ein sozialer Rechtsstaat wie Deutschland nicht tolerieren. Das Zweite, der medizinische Fortschritt muss allen zugute kommen. Wir finanzieren mit unseren Steuern den medizinischen Fortschritt mit. Der medizinische Fortschritt ist ja im Grunde genommen mit die Wurzel für ärztliches Handeln, er ist mit die Grundlage für die Verlängerung der Lebenserwar-

tung, der Lebensqualität und es ist völlig unmöglich, strukturiert und organisatorisch und damit legislativ irgendeine Gruppe aus der Teilnahme, aus der Teilhabe an dem medizinischen Fortschritt auszuklammern. Von daher eine These, die, glaube ich, unumstritten ist. Ich bitte nur, schon an dieser Stelle die Konsequenzen zu beachten.

Meine Damen und Herren, ein Arzneimittel gegen eine große Volkskrankheit, importiert vom Ausland, unsere pharmazeutische Forschung geht ja nahezu auf null zu. Das heißt, die gesamte Finanzierung wird nicht nur die GKV, sondern auch den Bundestag beschäftigen, gegen Demenz, Alzheimer, gegen Herzinfarkt. Wir können solche Entwicklungen erwarten, d. h. also, es ist leicht gesagt, medizinischer Fortschritt für alle. Vielleicht schaffen wir es noch, aber es kommt der Zeitpunkt, wo diese Problematik die Bevölkerung insgesamt tangieren wird. Das Dritte, Alter darf kein Leistungsausschluss sein. Auch hier würde ich sagen, niemand darf sich und wird sich dieser These widersetzen. Das europäische Bild sieht ganz anders aus. Wir haben Länder, in denen von einem bestimmten Alter an Haemodialyse nicht mehr gewährt wird, eine neue Hüfte nicht mehr möglich ist und das alles steht nicht explizit in einem Gesetz, in keiner Vorschrift, sondern implizit. Es ist tägliches Handeln derjenigen, die mit ihrem Geld nicht alles leisten können und wenn ein Krankenhaus keine neuen Prothesen kaufen kann, kann es keine Prothesen einsetzen. Das ist die stille Rationierung, und trotzdem meine ich, auch hier gilt, Deutschland ist eine Kulturnation und niemand kann der Forderung widersprechen, Alter darf kein Leistungsausschluss sein. Das sind die drei wesentlichen Thesen. Ich möchte zwei weitere hinzufügen. Das eine ist die wohnortnahe Versorgung und hierüber allein könnten wir uns heute unterhalten. Ich sehe mit großer Sorge, wie durch eine Reihe von Gesetzen, ich habe mit Interesse einiges von dem verfolgt, was hier heute gesagt worden ist, wir dabei sind, einen unserer großen Vorteile, eines der wesentlichen Elemente unseres Gesundheitswesens zu zerstören, nämlich wohnortnahe Versorgung. Ein Thema für sich. Und das Zweite, Versorgungssicherheit für den Patienten und Planungssicherheit für den Leistungserbringer. Der Patient ist heute schon verunsichert. Er wird es mit Sicherheit noch mehr, wenn am 1. Juli 2005 er plötzlich spürt, dass er auf einmal über Nacht für Zahnersatz und

Krankengeld selbst bezahlen muss, dass er einen Abzug hat oder mehr bezahlen muss. Ich bitte Sie mal, die Bevölkerung zu fragen, wer von denen, die Sie fragen, es tatsächlich weiß. Sie werden von der tatsächlichen Situation, von der Wirklichkeit überrascht. Das heißt also, wir stellen beides in Frage, die Versorgungssicherheit und die Planungssicherheit und hier wurde auch die Planungssicherheit angesprochen.

Und da bin ich schon etwas bei dem, was ich noch gleich kurz abhandeln will, das GMG. Meine Damen und Herren, das GMG ist natürlich ein technisches Gesetz, es ist aber auch Ideologie und wer wirklich wissen will, was man beabsichtigt, muss den Entwurf zum GMG lesen und darin stand der Einzelvertrag und der Einzelvertrag von Fachärzten bedeutet, dass jemand einen Vertrag von irgendeiner Kasse, wir haben 280 Kassen, jede Kasse mit jedem Leistungserbringer einen Vertrag abschließt, zum Teil begrenzt, mit Kündigungsklauseln, was auch immer und ich frage Sie, wer unter diesen Voraussetzungen noch in seine Praxis investiert. Wir haben Gesundheitssysteme, die anders strukturiert sind, Mangel an Geld haben sie alle, aber wenn ich die fachärztliche Versorgung am Krankenhaus konzentriert habe, habe ich automatisch das Prinzip der Wartezeiten implementiert. Wir haben also mit unserer Versorgung noch eine Versorgung, die die von mir genannten Voraussetzungen erfüllt. Wir stellen beide in Frage und damit nur wenige Worte zum GMG. Ich glaube, es ist zu früh zu sagen, was das GMG wirklich bringt, was ich bedaure. Ich habe noch nirgends gelesen, dass man versucht, das GMG zu evaluieren. Wer ein solches Gesetz verabschiedet, wer so viel Strukturneuerungen und Strukturänderungen impliziert, müsste eigentlich den Wunsch haben, nach einer Reihe von Jahren zu wissen, was ist denn daraus eigentlich geworden? Das heißt, ich darf es einmal personifizieren, ich würde als Gesundheitsminister sagen, hier haben wir das Gesetz und wo ist die Begleitforschung zum Gesetz? Um in einigen Jahren sagen zu können, dies hat sich bewährt, jenes hat sich nicht bewährt. Ich möchte das GMG im Augenblick nicht bewerten, ich darf nur so viel sagen, Sie wissen es, die primäre Zielsetzung des GMG, nämlich die Senkung des Beitragssatzes auf 13,6 % Punkte Ende dieses Jahres ist verfehlt. Die Diskussion läuft in eine ganz andere Richtung. Man spricht eher wieder von Beitragssatzsteigerungen, das

heißt, dieses wird zwar das Thema sein, aber keine Erfolgsstory für die Bundesgesundheitsministerin. Und für die anderen Bereiche erhoffe ich mir, dass man irgendwann weiß, was daraus geworden ist. Wir machen den Versuch. Wir haben in unserem Institut 42 Veränderungspunkte definiert. Wir sammeln Material zu diesen 42 Punkten und wenn wir es schaffen, dann werden wir im Frühjahr 2005 für das Jahr 2004 und im Jahr 2006 eine Evaluation für 2005 mit einer Bewertung für die Zeit nach der Bundestagswahl 2006 vorlegen. Ich darf schon sagen, ich halte es für unverantwortlich, so Strukturen zu verändern, ohne sich gleichzeitig die Frage zu stellen, was wird aus den Veränderungen in der Versorgung der Bevölkerung?

Und damit noch einmal zurück zum Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung. Wir haben einige Ordner von Forderungen nach einer Veränderung des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung, auch von einer Methodik, wie man an so etwas herangehen kann, wir haben nur keine Vorschläge. Naturgemäß scheut sich jeder, einen Vorschlag für eine Veränderung und im Wesentlichen ja auch Reduzierung des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung zu machen und dabei bin ich bei den beiden Punkten, die ich angeführt habe, Peter Frey mit der Schuldenfalle, wir haben uns übernommen, und auch die Entwicklung des Beitragssatzes in der GKV, der Beitragssatz wird steigen, wir kommen also um eine Neubestimmung des Leistungskatalogs der GKV nicht herum. Diese Diskussion wird nur anhand eines konkreten Vorschlags geführt werden können. Alles andere ist im Grunde genommen, verzeihen Sie diese Formulierung, eine Luftblase, die platzt, wenn man eine Nadel hineinsticht. Allgemeine Formulierungen haben wir genug. Auch hier haben wir die Absicht, einen Vorschlag vorzulegen, aber einen Vorschlag vorzulegen, der substantiiert ist und der sich zunächst auf eine sehr breite Basis, auf ein sehr breites Erfahrungsbild stützt. Dazu eine Reihe von Bausteinen. Wir haben in Heft 39 des Deutschen Ärzteblattes eine Umfrage an alle Ärzte, unterstützt von Herrn Hoppe und von Herrn Richter-Reichhelm, über den Leistungskatalog der GKV mit der Bitte an die Ärzte, uns ihre Meinung, ihre Erfahrung zu schicken. Erweiterung des Leistungskatalogs, Reduktion des Leistungskatalogs, weil wir wollen, dass endlich das

geschieht, was man fordert und was man nicht tut, man soll die Ärzte insgesamt in die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens einbinden. Die Reaktion ist eher mäßig, wir haben an die 1000 Rückmeldungen, wir haben noch mal im Deutschen Ärzteblatt erneut darauf hingewiesen, wir haben mit Fachärzterverbänden gesprochen, die bringen uns ins Internet, die Chefarzte wollen es machen, der Hausarztverband will es machen. Wir fassen noch einmal nach in der Hoffnung, dass es mehr werden. Wir haben ein Zweites gemacht oder machen ein Zweites. Einige von Ihnen mögen gelesen haben, dass wir eine Arbeit veröffentlicht haben unter dem Titel: das Gesundheitswesen in Deutschland im internationalen Vergleich – eine Antwort auf die Kritik. Mich hat dieses Schlechtmachen des deutschen Gesundheitswesens auch in Kenntnis der Situation in anderen Ländern so nachhaltig gestört, dass wir die Aussagen der WHO und die Aussagen der OECD einmal anvisiert haben mit dem Ergebnis, nichts, aber auch gar nichts ist dran. Die WHO hat ihr Ranking-Verfahren zurück gezogen, indirekt im Ausdruck des Bedauerns, weil die wissenschaftliche Welt der ganzen Welt dieses Verfahren wirklich bis zum letzten Punkt verdammt hat und die Statistiken der OECD weisen aus, mal sind wir besser, mal sind wir schlechter. Meine Damen und Herren, in hoch industrialisierten Ländern sind die Unterschiede im Leistungsgeschehen relativ gering. Die Unterschiede in der Lebenserwartung sind relativ gering, was ist ein Jahr bei 80, in der Sterblichkeit sind sie bedingt, in der Qualitätssicherung sind sie bedingt, es gibt Stärken, es gibt Schwächen, Deutschland hat seine Vor- und seine Nachteile. Aber einen Vorteil hat Deutschland und dies haben eine Reihe von Untersuchungen bestätigt, auch die Weltgesundheitsorganisation, wir sind noch das Land mit den geringsten, mit den im Abstand geringsten Wartezeiten auf medizinische Leistungen. Nicht die Stunden in der Praxis, sondern um überhaupt einen Arzttermin, einen Facharzttermin, einen Krankenhaustermin zu bekommen und Sie wissen, in anderen Ländern wartet man bis zu einem Jahr auf eine Operation und auch das stellen wir im Augenblick in Frage. Wir tun ein Weiteres, wir haben Vorwürfe bekommen, dass die gesagt haben, also gut, die Qualität mag ja vergleichbar sein, aber wir sind viel zu teuer. Im Augenblick werten wir den Leistungskatalog in Deutschland im internationa-

len Vergleich aus und wir haben schon jetzt den Eindruck, dass in der Leistungsbreite und Leistungstiefe und in der Gewährung von Geldleistungen Deutschland im Vergleich mit 14 vergleichbaren Ländern ebenfalls weit über den anderen Ländern liegt. Das heißt, in Deutschland wird sehr viel im Gesundheitswesen geleistet und auch diese Erfahrungen gehen in eine Neubestimmung des Leistungskatalogs der GKV ein. Und wir tun ein Letztes und Drittes oder Viertes, auch Sie, Herr Präsident, werden einen Brief in den nächsten Tagen bekommen. Wir bitten 160 Verbände im deutschen Gesundheitswesen, uns ihre Erfahrungen über eine Neugestaltung des Leistungskatalogs einzubringen. Verschiedene Kammern, verschiedene freie Verbände haben sich mit dieser Problematik befasst, wir wollen diese Erfahrungen haben und wir wollen sie einbringen in eine Neubestimmung des Leistungskatalogs der GKV. Eines sage ich im Voraus, die Diskussion über die Finanzierung des Gesundheitswesens geht an der Bevölkerung vorbei. Eine Diskussion über den Leistungskatalog führt zu einem Aufstand in Deutschland, einem Aufstand der Sozialverbände, einem Aufstand von wem auch immer. Und die Schlagworte höre ich schon heute, sozialer Kahlschlag, Zweiklassenmedizin, Ungleichheit der Behandlung, was auch immer und von daher, ich glaube, Sie können etwa mein Alter abschätzen, kann ich es mit erlauben, so etwas zu machen, weil ich keine Zukunft habe und keine Zukunft suche. Ich kann morgen aufhören. Aber ich möchte noch diesen Vorschlag in die öffentliche Diskussion einbringen, einfach aus der festen Überzeugung heraus, dass wir diese Diskussion in der breiten Öffentlichkeit führen müssen und damit eine Diskussion über die Prioritätensetzung im Gesundheitswesen, auch um zu vermeiden, dass es eine implizite Rationierung gibt, die es ja zum Teil heute auch schon gibt, wenn wir ehrlich sind und wenn ich höre, was ich hier gehört habe, dass man für einen Arzttermin schon beinahe Monate braucht, das ist nicht die Regel, aber es nimmt zu, dann kann das nicht etwas sein, was wir uns für die Zukunft wünschen. Ich darf noch ein paar Punkte anschnitten, dann nur dieses eine Wort zum internationalen Vergleich, von Ihnen ist es angesprochen. Die Diskussion, die heute in Deutschland geführt wird über die Finanzierung des Gesundheitswesens wird in allen vergleichbaren Industrienationen genauso geführt. In jedem

Land fehlt das Geld, um die Medizin so an jedem zu verwirklichen, wie es die Medizin erlaubt und die Ansprüche, auch die berechtigten Ansprüche, die Erwartungen der Bevölkerung zu befriedigen. Und jedes Land versucht, in seinem System mit dieser Problematik fertig zu werden und keinem ist es bisher gelungen. Das eine und andere kann man von anderen Ländern lernen, aber übernehmen kann man nichts. Die Niederlande erwägen ein neues Gesundheitssystem, die Schweizer, von denen wir die Kopfprämien übernommen haben, wissen eigentlich nicht so recht, was sie machen sollen, denn sie haben Kostensteigerungen von 5 bis 6 % pro Jahr und 50 % der Bevölkerung können die Kopfpauschale nicht zahlen und sind in ein sehr intensives Verfahren, individuelles Verfahren eingebunden, um abzuschätzen, was der Staat, der Kanton, wer auch immer, für diese Personen oder diese Familien zur Erfüllung der Kopfprämie leisten muss. Das heißt also, wir stehen nicht allein und ein Wort zur Qualität habe ich schon gesagt. Dann erlauben Sie mir noch ein paar Bemerkungen zu zwei, drei Punkten, die sicher für die Weiterentwicklung unseres Gesundheitswesens auch ihre Bedeutung haben. Ich habe Ihnen gesagt, dass ich Versorgungspolitiker bin und dass ich versuche, zu beurteilen, was bedeutet irgendeine Veränderung für den Patienten und für den Leistungsträger? Ich habe übrigens neulich nachgedacht, Herr Präsident, mir gefiel der Leistungserbringer nicht, mir gefiel schon gar nicht, was jetzt ist, der Patient ist ein Kunde, da muss der Arzt ein Verkäufer sein. Ich bin immer noch ein Anhänger von dem Arzt-Patienten-Verhältnis und da fiel mir das Wort von dem Leistungsträger ein. Finde ich eigentlich ganz gut. Also Leistungsträger, an die denke ich, wenn ich die Diskussion im Gesundheitswesen verfolge und wenn ich mir jetzt vorstelle, was im Krankenhaus mit dem DRG-System passiert, dann frage ich mich wirklich, was hat der Patient davon und was hat der Arzt davon, was haben die Mitarbeiter im Krankenhaus davon und ich muss Ihnen ehrlich sagen, positive Seiten habe ich dieser Entwicklung noch nicht abgewinnen können. Als ich in den USA studierte, begann das DRG-System. Nach einer Vorbereitungszeit von 15 Jahren in einer Reihe von Krankenhäusern. Und ich habe gesehen, wie speziell ausgebildete Krankenschwestern in die Krankenhäuser gegangen sind, sich die Krankengeschichten vorgenommen haben und geprüft

haben, ob die Eingruppierung in die Fallpauschale richtig ist, ob die Nebendiagnosen richtig waren, ob der Aufenthalt richtig war, ob damit der Anspruch des Krankenhauses an die Bezahlung begründet war oder nicht. Das ist die eine Seite. Es wird ein unvorstellbares Kontrollsystem aufgebaut, weil man, um es so offen zu sagen, mit DRG fantastisch betrügen kann, wenn man es nur richtig macht. Das muss also verhindert werden, von daher ein Kontrollsystem. Zweitens, wir haben eine ungeheure Leistungsverdichtung im Krankenhaus, naturgemäß, denn die Verweildauer sinkt, die Leistung muss erbracht werden. Drittens, wir werden auf eine Reihe von Krankenhäusern verzichten müssen und jetzt gibt es gerade wieder eine Prognose, dass jedes siebente Krankenhaus zur Disposition steht, entweder verkauft oder schließen, insbesondere kommunale Krankenhäuser bis 200 Betten und auf der anderen Seite fordert man, dass Ambulanz immer mehr ins Krankenhaus verlagert wird. Damit ist die wohnortnahe Versorgung um ein weiteres Element in Frage gestellt. Und wir haben uns angemaßt, dieses komplexe und komplizierte System in wenigen Jahren in Deutschland flächendeckend einzuführen mit Ausnahme, glaube ich, der Psychiatrie. Ich weiß nicht, ob das funktioniert und ich hoffe, dass man sich die Frage stellt, cui bono? Was hat der Patient davon, was hat das Gesundheitswesen davon, was hat der Leistungserbringer, was haben Arzt und Patient im Krankenhaus davon? Ich habe noch keine eindeutige Antwort auf diese Frage bekommen, und ich glaube auch, die Illusion, dass es billiger wird, ist eben eine Illusion.

Das Zweite ist die Pflege. Ich habe von den Ökonomen gelernt, Aufwand kostet Geld, Verwaltungsaufwand kostet Geld, Pflegeaufwand kostet Geld. Wir sind eine alternde Bevölkerung und naturgemäß wird die Zahl derjenigen, die im Alter betreut werden müssen, zunehmen, ambulant und stationär, und derjenigen, die sie betreuen, wird abnehmen in diesem Bereich und Pflege, ambulante Pflege, Pflegeheime, so ein Pflegeheim ist primär eine pflegerische Maßnahme. Wir haben gerade in Schleswig-Holstein eine Diskussion hinter uns, Krankenkassen gegen Pflegeheime im DRK, über eine mangelnde Pflege und ich überspitze jetzt einmal und lasse Marginalien beiseite. Auf der einen Seite wurde gefordert, jeder Patient muss eine höchst individuelle Betreuung haben und die

Pflegeperson muss für ihn da sein, wann immer er die Pflegeperson braucht. Die Patientin, die pflegebedürftige Person braucht Zuwendung. Auf der anderen Seite aber Geld Aufstockung von Mitteln, die steht natürlich überhaupt nicht zur Diskussion, denn wir Kassen haben kein Geld und ich weiß nicht, wie dieses Problem gelöst werden soll. Wir alle fordern, die Gesellschaft fordert Zuwendung, Zuwendung im ärztlichen Bereich, Zuwendung durch die Krankenschwester, Zuwendung im Pflegeheim, aber Zuwendung ist Aufwand und Aufwand kostet Geld und die Gesellschaft ist weder in der Lage noch bereit, dieses zu bezahlen und von daher habe ich meine Probleme mit der Zukunft der Pflegeversicherung, steht ja auch täglich in den Zeitungen. Ich hätte die Pflegeversicherung nie eingeführt. Ich hätte Elemente der

Pflegeversicherung in die Gesetzliche Krankenversicherung integriert, aber ich hätte keinen isolierten Bereich Pflegeversicherung geschaffen, auch um die ganze Schnittstellenproblematik, die es ja gibt, gar nicht erst in die Diskussion zu bringen und sie füllt ja Aktenordner, die Auseinandersetzung zwischen dem, wer was zahlen soll, die Pflege oder die gesetzliche Krankenversicherung. Auch die Pflegeversicherung geht dem Zustand der Insolvenz zu. Auch in der Pflegeversicherung weigert man sich, die Beitragsätze zu erhöhen. Es soll bei 1,7 % bleiben. Auch in der Pflege fordert man Zuwendung, erhöhte Zuwendung, individuelle Zuwendung, mehr Personal und ich weiß nicht, wie dieses aufgelöst werden soll. Es ist die Quadratur des Kreises. Und zwei weitere Punkte, der erste Punkt steht eigentlich unter dem

Motto: In einer Zeit, wo die Mittel knapp sind, muss alles zur Disposition gestellt werden und damit auch die Rehabilitation und dabei primär die stationäre Rehabilitation. Auch dies darf ich nur sagen, weil ich, wie gesagt, keine Zukunft habe. Ich hatte mal einen Aufsatz geschrieben, wo ich etwa gesagt habe, wir haben eine Entwicklung, wo in den Akut-Krankenhäusern Betten, Stationen, Räumlichkeiten frei werden und technische Einrichtungen vorhanden sind und wir haben eine große Zahl von stationären Reha-Einrichtungen irgendwo auf der grünen Wiese und ich frage mich, ob es nicht sinnvoll ist, zusätzlich zu der Anschlussheilbehandlung auch einen relativ großen Teil der stationären Pflege aus den entfernt liegenden stationären Reha-Einrichtungen an das Krankenhaus zu verlagern, in einem Prozess, der Jahrzehnte

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

Redaktionsassistentz: Ingrid Hüfner

Anschrift der Redaktion

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

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Paul-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

dauern kann von mir aus, aber der eingeleitet werden muss. Ich habe die bitterbösesten Briefe bekommen, die ich je bekommen habe von der BFA und von den Landesversicherungsanstalten und warum, meine Damen und Herren? Hier formuliere ich so, weil ich kein Manuskript habe und es so genau auch nicht stimmt, aber die Reha-Einrichtungen sind für die Selbstverwaltung eine Spielwiese. Die Selbstverwaltung in der Rentenversicherung kann im Grunde genommen nicht nachvollziehen, was passiert. Da sitzt ein Arbeitgeber und Gewerkschafter, auch ein Arbeitgeber und Arbeitnehmer.

Die Rentenversicherung ist im Gegensatz zur Gesundheitsversorgung im Grunde genommen einfach. Es ist ein mathematisches Exempel, wie viele Leute werden alt, wie viele Ansprüche haben sie auf Rente, wann muss die Rente gezahlt werden, wer zahlt sie, wie viel fehlt, wie viel muss der Bundeshaushalt zahlen und dieses wird mit einem Riesen-zahlenberg der Vertreterversammlung vorgelegt. Ich könnte auch nur nicken. Aber Reha-Einrichtungen, das verstehe ich, da wird geplant, da wird eingeweiht, da wird gebaut, da wird besichtigt und es ist eine wunderbare Sache für die Patienten. Aber auch hier die Bemerkung, es gibt kein Land der Welt, kein Land der Welt, das eine so ausgebaute stationäre Rehabilitation hat wie Deutschland. In den USA werden Sie nach einer Rückenoperation entlassen und da wird gesagt, nun sieh mal zu, wie du gesund wirst. Eine Rehabilitation gibt es nicht. Ich bin ein großer Anhänger der ambulanten, ein großer Anhänger der teilstationären Rehabilitation. Ich bin ein großer Anhänger der Rehabilitation überhaupt, aber ich frage mich, ob die Struktur, die wir heute haben, in Zukunft so bleiben muss, kann, wie sie heute ist und ich meine, auch dies muss auf den Prüfstand.

Und die letzte Bemerkung ist die Prävention. Auch hier habe ich mir die Finger verbrannt, weil ich gesagt habe, und ich rede hin und wieder zur Prävention, Prävention ist ein völlig benachteiligter Zweig unseres Gesundheitswesens. Wir müssen erheblich in die Prävention investieren, nur, Prävention spart kein Geld. Ich habe zwölf Punkte definiert, wo man Prävention betreiben muss. Verbesserung der Lebensqualität und Schutzimpfung, der ja sofortige Erfolg, damit auch Kostenersparnis im Einzelfall, Reduktion von Arbeitsunfähigkeit, damit auch Kostenersparnis, Lebensverlängerung und damit bin ich

bei dem Punkt. Es gibt eine einzige, wissenschaftlich begründete, kritische Diskussion, die sich mit den Kosten der Prävention beschäftigt und das ist eine niederländische Arbeit mit den Angaben aller niederländischen Gesundheitsbereiche von 1989 mit dem Ergebnis, Prävention ist eine fantastische Sache. Die Leute werden älter. Aber weil sie älter werden, kosten sie mehr Geld im System. Also Prävention ist etwas Wunderbares, aber wir sollen uns davor hüten zu glauben, dass mit Prävention auch nur eine einzige Mark gespart wird. Natürlich, in bestimmten Dingen sofort, wenn jemand keine Masern bekommt, weil er geimpft ist. Aber ansonsten ist es ein langfristig angelegter Prozess und damit bin ich bei dem Kernpunkt, er kostet Geld. Im Übrigen wird ja bei der Prävention oft vergessen, dass Prävention sehr, sehr viel mit Disziplin und mit Selbstdisziplin zu tun hat. Ich erinnere an das Wort von Mark Twain: „Mit Rauchen aufhören, ganz einfach, habe ich hundert Mal getan.“ Ich selbst habe, ich weiß es nicht, wie oft, aufgehört zu rauchen, bis ich es mit 35 Jahren geschafft habe und wenn die Weihnachtszeit vorbei ist, habe ich meine Mühe, meine Pfunde wieder abzuspecken, also diese Prävention macht Spaß, Prävention kann viel Spaß machen, wenn man Dinge tut, die ohnehin Spaß machen und auch einen präventiven Charakter haben, man muss aber auch hier wissen, wovon man spricht und dabei bin ich bei meinem Kritikpunkt in dem, was im Augenblick über die Prävention läuft. Prävention ist so alt, wie es medizinisches Denken gibt. Ich kann mir kein Arztgespräch vorstellen, das nicht auch einen präventiven Charakter hat. Jede Krankenschwester, jeder Physiotherapeut, jeder Zahnarzt, sie alle treiben irgendwie Prävention und so ist es über die Jahrtausende gewesen. Der öffentliche Gesundheitsdienst hat um die Jahrhundertwende die Prävention aufgebaut mit der Säuglingsfürsorge, mit der Mütterfürsorge, mit der Tuberkulosebekämpfung, mit der Schutzimpfung, was auch immer und dann ist sie ein bisschen in Vergessenheit geraten und ich bin sehr froh, dass über den Entwurf, wenn er denn kommt, eines Gesetzes und auch über eine Stiftung, die Prävention den Stellenwert bekommt, den sie braucht. Aber, meine Damen und Herren, wir haben von der Finanzenge der Rentenversicherung, wir haben von der Finanzenge der gesetzlichen Krankenversicherung gesprochen. Und

was macht der Gesetzgeber? Er investiert nicht einen müden Euro in die Prävention, sondern zwingt die Sozialversicherungsträger, die Gesetzliche Krankenversicherung, die Rentenversicherung, die Unfallversicherung in den Topf Prävention, in diesen 250 Millionen einzuzahlen, um Prävention betreiben zu können, um sich gleichzeitig hinzustellen, Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Nicht eine Mark gibt die öffentliche Hand. Und ich halte es für nicht vertretbar, mit einem Gesetz aus der Gesetzlichen Krankenversicherung 180 Millionen herauszuziehen, nur um den Glorienschein zu haben, wir fördern die Prävention. Prävention kostet Geld und ich höre nicht auf zu fordern, dass über eine Erhöhung der Alkohol- und Tabaksteuer mit einer Milliarde pro Jahr die Prävention finanziert wird. Wir haben eine Fülle von Ideen in Deutschland, eine Fülle von Einrich-

tungen, die Prävention betreiben. Jeder Sportbund macht Prävention, sie alle brauchen Geld, wer raucht, wer übermäßig trinkt, Tabakgebrauch, Alkoholmissbrauch, sollte mit dem, was er mehr für das zahlt, was ihm Freude macht, auf der einen Seite die GKV entlasten, ein Teil des Geldes soll in die GKV, aber mit dem anderen Geld muss die Prävention wirklich so ausgebaut werden, wie sie es verdient und das heißt, ich brauche Geld. Und damit komme ich zu einer abschließenden Bemerkung. Was wünsche ich mir für die Zukunft? Wir haben gesagt, Versorgungspolitik heißt, den Patienten und den Leistungsträger in den Mittelpunkt zu stellen und zu prüfen, welche Auswirkungen hat denn das, was getan wird, auf den Patienten, auf den Leistungserbringer, auf den Arzt und auf die Beziehung zwischen Arzt und Patient. Irgendetwas an Gesetzgebung wird auch nach

dem September 2006 kommen. Ich kann nur hoffen und ich kann mir nur wünschen, dass man nicht mehr ökonomisch denkt, dass man nicht nur populistisch denkt, dass man sich nicht in Allgemeinheiten erschöpft und dass man prüft und nachweist, dass das, was man tut, wirklich dem Patienten und wirklich dem Leistungserbringer zugute kommt im Sinne einer guten und einer weiterhin guten Versorgung unserer Bevölkerung.

(Hinweis: Es handelt sich um eine unredigierte Bandabschrift eines freien, ohne Manuskript gehaltenen Vortrags. Veröffentlichung mit freundlicher Genehmigung des Autors.)

Prof. Fritz Beske
Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel
Weimarer Straße 8
24106 Kiel

Ärzte aus Österreich kommen nach Sachsen

Nach einer Informationsveranstaltung für junge Ärzte in Österreich haben sich über 50 Mediziner für eine konkrete Tätigkeit in Sachsen beworben. Damit ist aus Sicht der Sächsischen Landesärztekammer eine Informationsveranstaltung vom 19. und 20. November 2004 in Wien sehr erfolgreich verlaufen. „Die große Resonanz auf die Veranstaltung macht in Bezug auf den Ärztemangel in Sachsen zuversichtlich, freie Klinikstellen besetzen zu können“, so kommentierte der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, dieses erste Ergebnis.

Bis März 2005 werden allein im Klinikum Stollberg und im Klinikum Bautzen-Bischofswerda rund zehn österreichische (Fach-)Ärzte eingestellt werden können, wenn die notwendigen Unterlagen vorhanden sind. Auch in der Uniklinik Dresden konnte eine Ärztin aus dem Alpenland gewonnen werden. Inzwischen haben auch andere sächsische Kliniken die Bewerberliste erhalten und werden mit den Interessenten Vorgespräche für eine Stellenbesetzung führen. Die Aussichten sind dabei auf beiden Seiten gut, denn rund 200 Klinikstellen in Sachsen sind unbesetzt,

und die Qualifikation der österreichischen Mediziner ist mit denen ihrer deutschen Kollegen vergleichbar.

Prof. Schulze: „Im März werden wir uns mit den beteiligten Partnern zusammensetzen und eine abschließende Auswertung vornehmen. Dann wird sich zeigen, wie viele Ärzte gewonnen werden konnten“. Inzwischen besteht

auch Interesse in Österreich an einer weiteren Veranstaltung für den niedergelassenen Bereich. Vielleicht gelingt es in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen ein paar der freien Praxen mit österreichischen Ärzten zu besetzen.

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

Sächsischer Verdienstorden überreicht



Dr. Hans Geisler, Prof. Dr. Milbradt (v.l.)



Frau Regina Jacobs

In einer Feierstunde überreichte der sächsische Ministerpräsident, Prof. Dr. Georg Milbradt, am 10. Januar 2005 den Sächsischen Verdienstorden an Persönlichkeiten, die sich in herausragendem Maße in oder für Sachsen engagiert haben. Der Sächsische Verdienstorden ist die höchste Auszeichnung der sächsischen Staatsregierung.

Staatsminister a. D. Dr. Hans Geisler, Radeberg

Kein anderer ostdeutscher Landessozialminister hat die deutsche Sozial-, Gesundheits- und Familienpolitik so positiv geprägt wie Staatsminister a. D. Dr. Geisler. Im November 1990 übernahm er das Ministeramt und übte es bis einschließlich April 2002 aus. Binnen kurzer Zeit wurde unter seiner Verantwortung ein funktionstüchtiges und zukunftsfähiges Sozial- und Gesundheitswesen in Sachsen etabliert. Um alle in dieses Jahrhundertwerk eingebundenen Menschen zu motivieren, bedurfte es neben großer Sachkenntnis auch der Überzeugungskraft, die sich nicht nur aus Wissen, sondern auch aus Glaubwürdigkeit speist. Für seine aufrechte Haltung in

der DDR und seine Verdienste um Reformen in der Nachwende-DDR sowie um die Herstellung der Deutschen Einheit hat ihm Bundespräsident Roman Herzog im Jahr 1997 das Verdienstkreuz 1. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland verliehen. Kurz nach seinem Ausscheiden aus dem Ministeramt wurde Sachsen im August 2002 vom Hochwasser heimgesucht. Ohne Zögern erklärte Dr. Geisler sich bereit, den Vorsitz des zunächst als „Kuratorium“ bezeichneten Gremiums zur Koordinierung der Spendenvergabe und danach den „Lenkungsreis Spenden“ zu leiten. Aufgabe war es, eine gut koordinierte, zügige, gerechte und transparente Vergabe aller in Sachsen eingehenden Spenden zu gewährleisten. Dies ist in vorbildlicher Weise erreicht worden.

Regina Jacobs, Heidenau (Sa.)

Regina Jacobs hat sich beruflich über 30 Jahre hinweg als Ärztin stets weit über das normale Maß engagiert. Für sich selbst hat Frau Jacobs einen sehr hohen ethischen Anspruch an ihre Arbeit formuliert. Diesem ist sie insbesondere unter den schwierigen

materiellen Bedingungen des DDR-Gesundheitswesens immer gerecht geworden. Dies wird besonders daraus ersichtlich, dass sie sich außerhalb von Dienstplänen Patienten sowohl bei Tag wie bei Nacht widmete. Ebenso kümmerte sie sich in außergewöhnlicher Weise um die Belange des medizinischen Personals. In der Zeit der Hochwasserkatastrophe im August 2002 hat Frau Jacobs zusätzlich bemerkenswerte Leistungen für die Allgemeinheit erbracht. Über Wochen war sie im Dauereinsatz als Ärztin im Johanniter-Krankenhaus Dohna-Heidenau tätig. Sie kümmerte sich mit hohem ärztlichen Anspruch um die aus anderen Krankenhäusern evakuierten Patienten und fand in jedem einzelnen Fall Worte der persönlichen Zuwendung. In den wenigen dienstfreien Stunden war sie – auch nachts – bei der Evakuierung von Bettlägerigen in das Evakuierungszentrum Gymnasium Heidenau im Einsatz. Durch ihren engagierten Einsatz konnte sie das Leid der besonders betroffenen Bevölkerung aus Heidenau und dem Umland mildern.

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

Notärztliche Versorgung ab 1. Januar 2005 Versicherung von Haftungs- und Schadensrisiken der notärztlichen Tätigkeit

Das Sächsische Staatsministerium des Innern teilt mit Schreiben vom 27. Dezember 2004 mit:

„An das Sächsische Staatsministerium des Innern ist die Frage herangetragen worden, wer für die Versicherung von Haftungs- und Schadensrisiken der Notärzte vor dem Hintergrund der Rechtslage nach dem SächsBRKG ab 1. Januar 2005 zuständig ist. Ab dem 1. Januar 2005 stellen die Krankenkassen und ihre Verbände sowie die Verbände der Ersatzkassen einheitlich und gemeinsam die notärztliche Versorgung im Rettungsdienst sicher (Artikel 1 § 28 Abs. 2, Art. 6 Abs. 1 Gesetz zur Neuregelung des Brandschutzes, Rettungsdienstes und Katastrophenschutzes im Freistaat Sachsen).

Die Übernahme des Sicherstellungsauftrags durch die Gesetzliche Krankenversicherung lässt Fragen der Haftung für ärztliche Behandlungsfehler durch die Notärzte unberührt. Der Rettungsdienst ist gemäß § 2 Abs. 2 Satz 1 Sächsisches Gesetz über den

Brandschutz, Rettungsdienst und Katastrophenschutz (SächsBRKG) eine öffentliche Aufgabe. Die Wahrnehmung rettungsdienstlicher Aufgaben ist der hoheitlichen Betätigung zuzurechnen. Die notärztliche Tätigkeit im Freistaat Sachsen ist als Ausübung eines öffentlichen Amtes zu beurteilen, unabhängig davon, wem der Sicherstellungsauftrag übertragen ist. Der Notarzt und die sonstigen am Rettungsdiensteinsatz beteiligten Personen bilden eine Funktionseinheit und sind einem einheitlichen Haftungsregime unterworfen (vgl. Urteile des BGH vom 9. Januar 2003 [Az.: III ZR 217/01] und 16. September 2004 [Az.: III ZR 346/03]). Der Träger des Rettungsdienstes haftet mithin für ärztliche Behandlungsfehler und andere Schadensersatz auslösende Handlungen des Notarztes. Im Hinblick auf den Unfallversicherungsschutz ist bislang zu unterscheiden, ob es sich bei dem verunfallten Notarzt um einen angestellten Krankenhausarzt oder um einen frei praktizierenden Arzt handelt. Der angestellte Krankenhausarzt im rettungsdienstlichen Notfalleinsatz handelt innerhalb seiner

arbeitsvertraglichen Verpflichtungen und ist gemäß § 2 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII gesetzlich unfallversichert. Dies gilt unabhängig davon, ob er während oder außerhalb seiner Dienstzeit im Krankenhaus tätig wird und ob er ein eigenes Liquidationsrecht hat (vgl. Urteil des Sächsischen LSG vom 22. Mai 2002 [Az.: S 7 U 60/99]).

Bisher galt, dass niedergelassene Ärzte im Notarzteinsatz selbständig im Gesundheitswesen gemäß § 2 Abs. 1 Nr. 9 SGB VII tätig sind und sich zur Begründung eines Unfallversicherungsschutzes gemäß § 4 Abs. 3 i. V. m. § 6 Abs. 1 SGB VII freiwillig bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) versichern müssen. Ob die oben genannte höchst richterliche Rechtsprechung eine neue rechtliche Bewertung des gesetzlichen Unfallversicherungsschutzes der nicht im Krankenhaus angestellten Notärzte erfordert, wird zur Zeit noch geprüft.“

Braun-Dettmer
Stellvertretende Abteilungsleiterin
Sächsisches Staatsministerium des Innern

Eintragungen in das Partnerschaftsregister

Bekanntmachung der Eintragung im Partnerschaftsregister des Amtsgerichtes Leipzig, Registergericht

PR 82 - 30.11.2004 Labor Dr. Reising-Ackermann und Partner Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektions-epidemiologie, Transfusionsmedizin, Fachbiologie der Medizin, Leipzig (Strümpellstraße 40, 04289 Leipzig). **Der Name der Partnerschaft ist geändert in: Labor Dr.**

Reising-Ackermann und Partner Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, Humangenetik, Fachbiologie der Medizin. Eingetreten: Partner: Dr. Meiner, Annechristin, Fachärztin für Humangenetik, Leipzig, *06.01.1967, vertretungsberechtigt gemeinsam mit einem der Partner Dr. Gisela Reising-Ackermann, Dr. Lutz Baumann, Dr. Wolfgang Voerkel oder Dr. Ines Hoffmann.

Bekanntmachung der Eintragung im Partnerschaftsregister des Amtsgerichtes Chemnitz, Registergericht

PR 65 - 01.12.2004: **Dr. rer. Nat. U. Grimmer, Dr. med. Hummel, Dr. rer. Nat. Stephan Scholz (Weststraße 27, 09221 Neukirchen).**

Eingetreten: Partner: Schmieder, Jürgen, Fachchemiker der Medizin, Dresden, 29.03.1940

ra

Abschlussprüfung im Ausbildungsberuf »Arzthelfer/Arzthelferin«

Die Sächsische Landesärztekammer führt die nächste schriftliche Abschlussprüfung im Ausbildungsberuf „Arzthelfer/Arzthelferin“ an folgendem Termin durch:

**Dienstag, den 17. Mai 2005,
8.00 – 14.15 Uhr**

Folgende **Prüfungsorte** für die Abschlussprüfung wurden festgelegt:

Regierungsbezirk Chemnitz

Berufliches Schulzentrum für Gesundheit und Sozialwesen
An der Markthalle 10, 09111 Chemnitz

Berufliches Schulzentrum Wirtschaft und Gesundheit
Wielandstraße 51, 08525 Plauen

Regierungsbezirk Dresden

Sächsische Landesärztekammer
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

Berufliches Schulzentrum für Wirtschaft und Soziales
Carl-v.-Ossietzky-Straße 13 – 16,
02826 Görlitz

Regierungsbezirk Leipzig

Berufliches Schulzentrum 9 Gesundheit und Sozialwesen
Schönauer Straße 160, 04207 Leipzig

Die praktischen Prüfungen werden im Juni 2005 durchgeführt. Dazu ergehen gesonderte Einladungen.

I. Zulassung zur Abschlussprüfung

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

1. Auszubildende und Umschüler/innen, deren Ausbildungs- oder Umschulungsverhältnis nicht später als am 31. August 2005 endet.
2. Bewerberinnen/Bewerber, die den Antrag auf eine Wiederholungsprüfung gestellt haben (§ 34 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz).

II. Zulassung in besonderen Fällen

1. Auszubildende und Umschülerinnen (bei Umschulungszeit von 30 – 36 Monaten),

deren Ausbildungs-/Umschulungszeit nach dem 31. August 2005 endet, können den Antrag auf vorzeitige Zulassung zur Abschlussprüfung stellen.

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

Als Maßstäbe für die Einzelfallentscheidung sind festgelegt:

- mindestens gute Lern- und Ausbildungsergebnisse in der Arztpraxis,
- gute Lernmotivation und Lernergebnisse mit Notendurchschnitt bis 2,0 in der Berufsschule,
- mindestens befriedigende Note in der Zwischenprüfung.
- Die Inhalte des Ausbildungsrahmenplanes und des im Berufsschulunterricht vermittelten Lernstoffes – soweit er für die Berufsausbildung wesentlich ist – müssen dabei vollständig anwendungsbereit sein.

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

III. Verkürzung der Ausbildungszeit

Gemäß § 29 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz hat die Sächsische Landesärztekammer auf Antrag die Ausbildungszeit zu kürzen, wenn zu erwarten ist, dass der/die Auszubildende das Ausbildungsziel in der gekürzten Zeit erreicht. Als Maßstäbe für die Einzelfallentscheidung sind festgelegt:

- Ausbildungsende bis spätestens 30. November 2005,
- Nachweis befriedigender Leistungen in der Praxis,
- Lernergebnisse bis 3,0 in der Berufsschule.

Das Vorliegen von Abitur, Berufsgrundbildungsjahr sowie der Abschluss einer fachfremden privaten Berufsfachschule rechtfertigen

grundsätzlich keine Verkürzung von vornherein.

IV. Anmeldung und Zulassungsverfahren

Die Anmeldung zur Abschlussprüfung hat mit vollständigen Unterlagen gemäß § 10 der „Prüfungsordnung für die Durchführung der Prüfungen im Ausbildungsberuf der Arzthelferinnen“ der Sächsischen Landesärztekammer (veröffentlicht im Internet unter www.slaek.de) – **bis spätestens zum 11. März 2005 zu erfolgen.**

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

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

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

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

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

Marina Hartmann
Leitende Sachbearbeiterin
Referat Arzthelferinnenwesen

Fortbildung

»Reisemedizinische Gesundheitsberatung«

Die Sächsische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung erwägt, eine curriculäre Fortbildung zum Thema „Reisemedizinische Gesundheitsberatung“ anzubieten.

Die Inhalte richten sich nach einem von der Bundesärztekammer ausgearbeiteten Themenplan.

Dauer: 32 Stunden (gegebenenfalls an zwei Wochenenden)

Beginn: Frühjahr 2006

Interessenten werden gebeten, sich zunächst unverbindlich zu melden (Sächsische Landesärztekammer, Frau Treuter, Telefon 0351 82 67-324), um einen Überblick über eine zu erwartende Teilnehmerzahl zu erhalten.

Das Themenspektrum des Curriculums umfasst unter anderem:

- Grundlagen von Geomedizin
- Impfungen
- Infektionskrankheiten

- Tropenmedizinische Aspekte, insbesondere parasitäre Erkrankungen
- Aspekte der Flugmedizin
- Beratungen vor einer Reise.

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

In eigener Sache

Stellenausschreibung

Die altershalber frei werdende Stelle

Ärztlicher Geschäftsführer

wird hiermit zur Neubesetzung spätestens ab 1. November 2005 ausgeschrieben.

Die vielfältige und verantwortungsvolle Tätigkeit als Ärztlicher Geschäftsführer der Sächsischen Landesärztekammer umfasst konzeptionelle Aufgaben zur Gesundheits- und ärztlichen Berufspolitik und deren Umsetzung, insbesondere in den Gebieten ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung, ambulante Versorgung, Krankenhaus, öffentlicher Gesundheitsdienst, Prävention, Rehabilitation, Umwelt, Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung. Die Tätigkeit umfasst die Betreuung und Geschäftsführung zahlreicher Ausschüsse und Kommissionen sowie die Anleitung der zugeordneten Referate.

Die Bewerberin/der Bewerber sollte Fachärztin/Facharzt und promoviert/habilitiert sein und über mehrjährige Leitungserfahrungen verfügen.

Wir erwarten die Fähigkeit zur kreativen, selbstständigen und teamorientierten Arbeitsweise, Belastbarkeit, Flexibilität und Organisationstalent.

Die Aufgaben und Arbeitsbedingungen möchten wir gern mit Ihnen persönlich besprechen. Die Vergütung erfolgt nach BAT-O. Bitte richten Sie Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen bis 18. März 2005 an

Sächsische Landesärztekammer
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

Konzerte und Ausstellungen

Konzerte

Sonntag, 6. März 2005, 11.00 Uhr

Junge Matinee

Kammermusik

Es musizieren Schülerinnen und Schüler des Sächsischen Landesgymnasiums für Musik Carl Maria von Weber Dresden

Ausstellungen

Foyer der
Sächsischen Landesärztekammer
und 4. Etage

Tobias Stengel
Zwischen Fläche und Körper
– unterwegs
Objekte und Arbeiten auf Papier

19. Januar 2005 bis 13. März 2005

INFORMATIONEN IM INTERNET

Neue Domain: www.gesundheitsinfo-sachsen.de
Gesundheitsinformationen für Ärzte und Patienten



Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

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

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

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

Bitte geben Sie bei der Bewerbung die betreffende Registrier-Nummer (Reg.-Nr.) an. Wir weisen außerdem darauf hin, dass sich auch die in den Wartelisten eingetragenen Ärzte bei Interesse um den betreffenden Vertragsarztsitz bewerben müssen.

■ Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Innere Medizin/Kardiologie
Reg.-Nr. 05/C002

Stollberg

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 05/C003
Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 05/C004

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 24. 2. 2005 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789-406 oder 2789-403 zu richten.

Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 05/C005
Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 05/C006
Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 05/C007
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Reg.-Nr. 05/C008

Freiberg

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 05/C009

Aue-Schwarzenberg

Facharzt für Chirurgie
(Teil einer Gemeinschaftspraxis)
Reg.-Nr. 05/C010

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10. 3. 2005 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789-406 oder 2789-403 zu richten.

■ Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Bautzen

Facharzt für Augenheilkunde
Reg.-Nr. 05/D008

Sächsische Schweiz

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 05/D009

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 25. 2. 2005 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 8828-330 zu richten.

Dresden-Stadt

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Reg.-Nr. 05/D010

Hoyerswerda-Stadt/Kamenz

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 05/D011
Facharzt für Orthopädie
Reg.-Nr. 05/D012
Facharzt für Diagnostische Radiologie
Reg.-Nr. 05/D013

Bautzen

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 05/D014
Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 05/D015

Meißen

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 05/D016
Facharzt für Augenheilkunde
Reg.-Nr. 05/D017

Sächsische Schweiz

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 05/D018

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 11. 3. 2005 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden,

Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 8828-330 zu richten.

■ Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

Leipzig-Stadt

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
(Teil einer Gemeinschaftspraxis)
Reg.-Nr. 05/L007
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Reg.-Nr. 05/L008
Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
Reg.-Nr. 05/L009
Facharzt für Diagnostische Radiologie
Reg.-Nr. 05/L010
Facharzt für Diagnostische Radiologie
Reg.-Nr. 05/L011

Delitzsch

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 05/L012

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 11. 3. 2005 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle 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.

■ Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

Aue-Schwarzenberg

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: sofort

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

■ **Bezirksgeschäftsstelle Dresden**

Dresden-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: 1. 1. 2006,
evtl. auch eher (ab 20.00 Uhr auch:
0351 4726065)

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: 2006/2007

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: I/2006 oder nach
Vereinbarung (ab 20.00 Uhr auch:
0351 4713596)

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
geplante Praxisabgabe: 2005
(Praxis-Tel.: 0351 2038035)

■ **Görlitz-Stadt/Niederschlesischer Oberlausitzkreis**

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: 31. 3. 2006

Riesa-Großenhain

Facharzt für Frauenheilkunde und
Geburtshilfe, geplante Praxisabgabe: 1/2007

Weißeritzkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Freital, geplante Praxisabgabe: 2005

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

■ **Bezirksgeschäftsstelle Leipzig**

Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: 2005
Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: 2005

Interessenten wenden sich bitte an die Kas-
senärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirks-
stelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leip-
zig, Tel. 0341 2432153.

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Landesgeschäftsstelle

Seniorentreffen der Kreisärztekammer Dresden

Zum ersten Treffen im neuen Jahr möchten
wir Sie – nicht am üblichen Mittwochstermin
– sondern bereits für

Dienstag, den 1. März 2005, 15.00 Uhr,
in den Plenarsaal der Sächsischen Landesärz-
tekammer einladen. Entgegen unserer Ankün-
digung zum Jahreswechsel macht sich auf-
grund terminlicher Indisposition eine Pro-

grammänderung notwendig. Zu Gast ist Dr.
Matthias Lerm, der im Auftrag der Landes-
hauptstadt Dresden als Koordinator für das
UNESCO Welterbe „Dresdner Elbtal“ zustän-
dig ist. Herr Dr. Lerm spricht im Rahmen
eines virtuellen Ausfluges über Bedeutung
und Chancen dieser Thematik für Dresden.
Des Weiteren besteht an diesem Tag die

Möglichkeit zur Anmeldung für die Ausfahrt
2005. Diese führt Sie am 18. Mai in den
Spreewald. Weitere Details erhalten Sie im
Rahmen der Veranstaltung am 1. März 2005.
Sie sind mit Ihrem Partner herzlich einge-
laden.

Ihr Seniorenausschuss der
Kreisärztekammer Dresden

29. Interdisziplinäres Forum der Bundesärztekammer

Berlin
6. bis 8.1.2005

Die nun schon langer Tradition gehorchenden
Fortbildungskongresse der Bundesärztekam-
mer verfolgen insbesondere das Ziel, Ärzte,
die im Fortbildungsbereich tätig sind, für
Themen zu sensibilisieren, die in der Folge-
zeit in der ärztlichen Fortbildung angeboten
werden sollten.

Das 29. Interdisziplinäre Forum befasste sich
mit Aspekten der Rehabilitationsmedizin (Aku-
trehabilitation, chronischer Rückenschmerz
usw.), der Behandlung der Varikose (Einfüh-
rung interessanter neuer Behandlungsver-
fahren), Prävention in der Frauenheilkunde,
chronisch kranker Kinder und klinisch-phar-
makologischer Fragen.

Besonders interessant war eine Halbtagsver-
anstaltung zu Demenzen. Es wurden epide-

miologische Fragen erörtert; die Demenz ist
heute eine der häufigsten und im Jahre 2050
wahrscheinlich die häufigste menschliche
Erkrankung. Wichtige Einblicke gab es
(Beiträge von Herrn Prof. Henn, Mannheim,
und Prof. Hock, Zürich) zu pathophysiologi-
schen Abläufen des Krankheitsgeschehens,
die es eventuell späterhin ermöglichen könn-
ten, der Krankheit mit immunologischen
Methoden Einhalt zu gebieten.

Beiträge über die Angehörigenperspektive bei
diesen schweren, (besonders den Alzheimer-
typ der Demenz betreffenden) und pflegerisch
aufwändigen Störungen von Frau Jansen
(Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.) und
die Rolle des Hausarztes in der Betreuung
(Prof. van den Bussche, Hamburg) rundeten

den Vormittag ab. Die Diskussion der Teil-
nehmer war ausgesprochen rege, so dass
unter anderem auch deshalb dieser gesamte
Kongress als Erfolg für die Veranstalter ge-
wertet werden kann.

Für die Sächsische Akademie für ärztliche
Fort- und Weiterbildung leitet sich aus der
Sicht des Berichterstatters ab, dass insbeson-
dere das Thema Demenz detailliert bei einem
zukünftigen fachübergreifenden Fortbildungs-
semester vorgestellt werden sollte.

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

Hygiene aktuell

Hygieneanforderungen für „Invasive Maßnahmen“ einschließlich beim „Ambulanten Operieren“

Nach § 36 (1) des seit 2001 gültigen Infektionsschutzgesetzes (IfSG) legen „Gemeinschaftseinrichtungen sowie Krankenhäuser, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Dialyseeinrichtungen, Tageskliniken, Entbindungseinrichtungen und andere Einrichtungen“ in Hygieneplänen innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene fest. Diese Einrichtungen unterliegen zwingend der kontinuierlichen infektionshygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt (GA). Darüber hinaus können Arzt- und Zahnarztpraxen, Praxen sonstiger Heilberufe (zum Beispiel Physiotherapeuten) sowie sonstige Einrichtungen und Gewerbe mit Blutkontakt in diese infektionshygienische Überwachung durch das GA einbezogen werden (IfSG § 36 (2)).

Hygieneanforderungen sind deshalb auch integraler Bestandteil aller Qualitätssicherungssysteme in der ambulanten und stationären Medizin und müssen daher sowohl in der Strukturqualität (zum Beispiel Aus-, Weiter- und Fortbildung des Personals), im Prozessmanagement (Einhaltung der Hygieneanforderungen in den Arbeitsabläufen) und in der Ergebnisqualitätskontrolle (nosokomiale Infektionen im weitesten Sinne) gebührend berücksichtigt werden.

Da nun jede Leistungserbringung im Gesundheitswesen insbesondere unter den jetzigen Sparzwängen zweckmäßig und wirtschaftlich sein muss, werden an Hygieneanforderungen sehr kritische Maßstäbe angelegt. Es war daher zu begrüßen, dass verschiedene Arbeitsgruppen unter anderem die „Arbeitsgemeinschaft der Niedergelassenen Chirurgen

Sachsen e.V.“ zusammen mit der Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen diesbezüglich konkrete Vorschläge für die gesetzlich geforderten Hygienemaßnahmen in Form von „Rahmenhygieneplänen“ erarbeitet haben. Diese brauchen dann lediglich von der einzelnen Einrichtung bzw. Praxis konkretisiert und umgesetzt werden.

Im Auftrag der Sächsischen Landesärztekammer hat der Ausschuss „Hygiene und Umweltmedizin“ in seinen drei Sitzungen 2004 nachstehende 4 Entwürfe eingehend diskutiert und bewertet. Es waren dies:

1. „Rahmen-Hygieneplan gemäß § 36 Infektionsschutzgesetz für Einrichtungen zum Ambulanten Operieren“, erarbeitet vom Länderarbeitskreis (Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt, Sachsen, Thüringen) Stand Januar 2003 (www.uminfo.de).

2. „Hygieneanforderungen beim Ambulanten Operieren“, erarbeitet von der Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen in Abstimmung mit der Arbeitsgemeinschaft Niedergelassener Chirurgen Sachsen e.V. im Berufsverband Niedergelassener Chirurgen Deutschlands, Stand Juli 2003 (www.Lua.Sachsen.de_Humanmedizin_Krankenhaushygiene_Hygieneanforderungen_beim_Ambulanten_Operieren).

3. „Hygieneanforderungen beim Ambulanten Operieren“ in Band 10, Heft 4, S. 145 – 198 vom Dez. 2003) Thieme Verlag unter anderem mit „RKI – Anforderungen der Hygiene bei Operationen und anderen invasiven Eingriffen“, Mitteilung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention

am Robert-Koch-Institut (Bundesgesundheitsblatt 2000, 43, S. 644 – 648).

4. „Hygieneanforderungen für invasive Maßnahmen“, Stand August 2004, erarbeitet durch den Arbeitskreis „Krankenhaushygieniker im Freistaat Sachsen“ (www.ghuss.de).

Alle hier vorgestellten Rahmenhygienepläne haben ihre speziellen Vor- und Nachteile je nach der Art der Einrichtung (z. B. ambulantes Operieren, Endoskopie, Anzahl der Abteilungen bzw. Ärzte, Organisationsform usw.), dem Kenntnisstand detaillierter hygienischer Parameter durch den jeweiligen Nutzer (Arzt, ausgebildete Schwester oder Hilfspersonal) und dem Management in der Einrichtung (zum Beispiel Fremdsterilisation, -desinfektion und -reinigung).

Seitens des Ausschusses „Hygiene und Umweltmedizin“ der Sächsischen Landesärztekammer kann daher kein Vorschlag besonders favorisiert werden, alle sind gut brauchbar und bereits teilweise in praxi umgesetzt. Für den eiligen Leser und den Praktiker erachtet der Ausschuss „Hygiene und Umweltmedizin“ der Sächsischen Landesärztekammer besonders die Übersichtsdarstellung des Arbeitskreises „Krankenhaushygieniker im Freistaat Sachsen“ die „Hygieneanforderungen für invasive Maßnahmen“ als besonders gelungen weil kurz und doch prägnant, übersichtlich und doch umfassend. Die „Hygieneanforderungen für invasive Maßnahmen“ sind in der Mitte dieses Heftes zum Herausnehmen, Seiten I bis IV, eingeordnet.

Korrespondenzadresse:
 „Ausschuss für Hygiene und Umweltmedizin“ der
 Sächsischen Landesärztekammer Vorsitzender
 Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl
 Ludwigsburgstr. 21, 09114 Chemnitz
 Tel.: 0371 3360422
 E-Mail: siegwart@bigl.de

Hygieneanforderungen für invasive Maßnahmen

Erarbeitet durch den Arbeitskreis „Krankenhaushygieniker im Freistaat Sachsen“ in Zusammenarbeit mit der Landesuntersuchungsanstalt für Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen Stand: August 2004

1. Einleitung

In den folgenden Ausführungen werden invasive Maßnahmen nach ihrem Kontaminationsgefährdungsgrad und den damit notwendigen hygienischen Anforderungen in vier Gruppen eingeteilt:

1. Gruppe: „Operationen“

Durchführung ausschließlich im Operationsraum. Steriler Schutzkittel, Mund-Nasen-Schutz, Haarschutz und chirurgische Händedesinfektion gefordert.

2. Gruppe: „Kleinere invasive Eingriffe mit erhöhtem Infektionsrisiko“

Durchführung im Operations- oder Eingriffsraum. Steriler Schutzkittel, Mund-Nasen-Schutz, Haarschutz und chirurgische Händedesinfektion gefordert.

3. Gruppe: „Kleinere invasive Eingriffe“

Durchführung im Operations-, Eingriffs- oder Untersuchungs- und Behandlungsraum. Steriler/keimarmer Schutzkittel, Mund-Nasen-Schutz, Haarschutz und hygienische Händedesinfektion gefordert.

4. Gruppe: „Invasive Untersuchungen und vergleichbare Maßnahmen“

Durchführung im Operations-, Eingriffs- oder Untersuchungs- und Behandlungsraum, teilweise im Patientenzimmer.

Saubere Berufs-, Bereichs- oder Schutzkleidung und hygienische Händedesinfektion gefordert.

Die nachfolgend in der Tabelle dargestellten hygienischen Mindestanforderungen beruhen nicht ausschließlich auf Ergebnissen aus gezielten Studien, sondern auf einer allgemeinen Risikoeinschätzung mit der Zielstellung, das Infektionsrisiko so gering wie möglich zu halten. Im Anschluss an die Tabelle folgen die Erläuterungen zu den einzelnen Hygieneanforderungen (Spalten A bis P).

Von diesen Empfehlungen abweichende Festlegungen sind mit dem zuständigen Krankenhaushygieniker bzw. dem zuständigen Gesundheitsamt abzustimmen und zu dokumentieren.

Für invasive Maßnahmen, die nicht in der Tabelle aufgeführt sind, sollen die entsprechenden Hygienemaßnahmen sinngemäß angewendet werden.

2. Tabelle „Hygieneanforderungen für invasive Maßnahmen“

Nr.	Invasive Maßnahme	Raum										Händedesinf.				Schutzhand-schuhe				Hautantiseptik				Tupfer		weitere Hinweise
		OP-Raum	Eingriffsraum	Untersuchungs- und Behandlungsraum	Patientenzimmer	Haarschutz	Mund-Nasen-Schutz	Händedesinf.		steriler Schutzkittel	steril	keimarm	sterile Abdeckung evtl. als Lochtuch	Einwirkzeit				steril	sterilisiert							
								chirurgisch	hygienisch					15 Sek.	1 Min.	3 Min.	10 Min. an talgdrüsenreicher Haut									
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P											
1	Operationen (siehe auch RKI-Richtlinie Anlage C 5.3) einschließlich z.B.: -Arthroskopie -Anlegen eines Dialyse-AV-Shunts -Legen einer Hirndrucksonde -Mediastinoskopie/Thorakoskopie -Schrittmachererstimulation/-wechsel -Partielle Implantation getunnelter zentralvenöser Katheter mittels operativer Gefäßfreilegung	X				X	X	X		X	X		X				X	X	X			Siehe "Erläuterungen zu den Hygieneanforderungen"				
2	Kleinere invasive Eingriffe mit erhöhtem Infektionsrisiko (siehe auch RKI-Richtlinie Anlage C 5.3) einschließlich z.B.: -Anlegen eines Peritonealkatheters -Ausgedehnte primäre Wundversorgung -Entfernung eines Dialyse-AV-Shunts -Laparoskopie / Pelviskopie -Partielle Implantation getunnelter zentralvenöser Katheter mittels perkutaner Gefäßpunktion -Perkutane transhepatische Cholangioskopie -Perkutane Nephrostomie -Perkutane transhepat. Cholelithdrainage -Portimplantation -Venae sectio	X	X			X	X	X		X	X		X				X	X	X							
3	Kleinere invasive Eingriffe																									
3.1	Gelenkpunktion oder -injektion (einschließlich Arthrographie)	X	X	X		X	X	X		X	X		X				X		X			Lt. RKI: chirurg. Händedesinf.				
3.2	Venenkatheter mit SELDINGER-Technik einschließlich z.B.: -Herzkatheter / Herzelektroden -Hämodialysekatheter -Langstreckige arterielle u. venöse Katheter -Pulmonalarterienkatheter -Zentraler Venenkatheter (ZVK)	X	X	X		X	X		X	X	X		X			X			X							

Nr.	Invasive Maßnahme	Raum				Haarschutz	Mund-Nasen-Schutz		Hände-desinf.		Schutz-hand-schuhe		sterile Abdeckung evtl. als Lechtuch	Hautantiseptik				Tupfer		weitere Hinweise
		OP-Raum	Eingriffsraum	Untersuchungs- und Behandlungsraum	Patientenzimmer		chirurgisch	hygienisch	steriler Schutzkittel	steril	keimarm	Einwirkzeit				steril	sterilisiert			
												15 Sek.		1 Min.	3 Min.			10 Min. an tag-drüsen-reicher Haut		
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N				O	P		
3.3	Nabelgefäßkatheter	X	X	X		X	X		X	X	X	X			X			X		Kann im Inkubator gelegt werden. Beim Legen im geschlossen Inkubator kann auf Haarschutz u. Mund-Nasen-Schutz verzichtet werden.
3.4	Lymphographie	X	X	X		X	X		X	X	X	X			X			X		
3.5	Spinal- und Periduralkatheter	X	X	X		X	X		X	X	X	X					X	X		Bakterienfilter 0,2µm
3.6	Lumbalpunktion einschließlich z.B.: -Myelographie -Spinal- und Periduralanaesthesie mit Single-Shot-Methode	X	X	X		X	X		X	X	X	X					X	X		Siehe auch "Erläuterungen zu den Hygieneanforderungen" Spalte J
3.7	Punktion bzw. Biopsie von Organen und Körperhöhlen einschließlich z.B.: -Leber-, Nieren-, Pleura-, Aszites-, Pericard-, Schilddrüsen-, Mamma-, Harnblasenpunktion (inkl. suprapubische Blasenkatheter) -Periphere Regionalanästhesie -Perkutane transhepatische Cholangiographie -Perkutane endoskop. Gastro- u. Jejunostomie -Perkutane Feinnadelbiopsie -Tracheotomie -Transabdominale Amniozentese	X	X	X		X	X		X	X	X	X			X			X		Bei Notwendigkeit flüssigkeits-abweisende Schutzkleidung tragen! Siehe auch "Erläuterungen zu den Hygieneanforderungen" Spalte J
3.8	Ureterorenoskopie / Zystoskopie	X	X	X		X	X		X	X	X	X						X		Exakte Schleimhautantiseptik!
3.9	Knochenmarkpunktion /-biopsie																			
	3.9.1 Beckenkampnpunktion /-biopsie	X	X	X		X	X		X	X	X	X				X		X		Siehe auch "Erläuterungen zu den Hygieneanforderungen" Spalte J
	3.9.2 Sternalpunktion /- biopsie	X	X	X		X	X		X	X	X	X					X	X		
4.	Invasive Untersuchungen und vergleichbare Maßnahmen																			
4.1	Blutentnahme (einschl. Kapillarblutentnahme)	X	X	X	X				X			X							X	Geschlossene Blutabnahmesysteme bevorzugen! (Ausnahmen z.B.: Blutkultur, Säuglinge und Kapillarblut)
4.2	Injektionen (i.c., s.c., i.m., i.a., i.v.)	X	X	X	X				X			X					X		X	Hautantiseptik auch vor Insulininjektionen!
4.3	Kleine operative Eingriffe ohne Beteiligung tiefer Strukturen einschließlich z.B.: -Versorgung kleiner oberflächlicher Wunden	X	X	X					X		X	X			X		X	X		In Abhängigkeit vom Eingriff entscheidet der Arzt über das Tragen von Haarschutz, Mund-Nasen-Schutz und sterilem Schutzkittel!
4.4	Periphere Venenverweilkanüle (Venüle)	X	X	X	X				X		X	X			X				X	
4.5	Venenkatheter-Legen mit Braunülentechnik geschlossenes System, z.B. peripher-zentraler Venenkatheter	X	X	X	X				X		X	X			X				X	
4.6	Kurzstreckige arterielle Katheter (z.B. für Druckmessung)	X	X	X	X				X		X	X			X				X	
4.7	Punktion eines Ports	X	X	X	X				X		X	X			X				X	Portkanülen verwenden!
4.8	Punktion eines Dialyse-AV-Shunts ohne Kunststoffprothese (Nativ-Shunt)	X	X	X	X				X		X	X			X				X	
4.9	Punktion eines Dialyse-AV-Shunts mit Kunststoffprothese	X	X	X	X				X		X	X			X				X	
4.10	Phlebographie	X	X	X					X		X	X							X	
4.11	Gastroskopie, Jejunoskopie, Koloskopie, Rektoskopie	X	X	X					X		X	X								
4.12	Bronchoskopie	X	X	X		X			X		X	X								Mund-Nasen-Schutz als Personalschutz!
4.13	ERCP und perorale Cholangioskopie	X	X	X					X		X	X								Vorderen Abschnitt des Cholangioskops bei Einführung in das Jejunoskop nicht kontaminieren!
4.14	Transurethraler Katheter	X	X	X	X				X		X	X							X	Sterile geschlossene Urin-drainagesysteme verwenden! Exakte Schleimhautantiseptik!

3. Erläuterungen zu den Hygieneanforderungen für invasive Maßnahmen

Allgemeine Hinweise:

1. Spezielle Hygienemaßnahmen bei Infektionskrankheiten beachten!
2. Auf die Einhaltung der Hygieneregeln im OP sowie im Eingriffsraum wird insbesondere hingewiesen.
3. Die Anwendung medizinischer Geräte ist nur in Räumen mit der dafür vorgesehenen Anwendungsgruppe möglich.
4. Auf Personenschutz achten:
 - Bei Spritzgefahr (Blut, Körpersekrete und -exkrete) zusätzlich zu den in der Tabelle angegebenen Hygienemaßnahmen flüssigkeitsabweisende Schutzkleidung und eine geeignete Schutzbrille tragen.
 - Spezielle Infektionskrankheiten (z. B. Tuberkulose) erfordern das Tragen einer dafür vorgesehenen FFP-Maske.
 - Empfohlene Schutzimpfungen durchführen!
 - Auf die Einhaltung der BG-Regeln (z. B. BGR 250/TRBA 250) wird hingewiesen.

Spalte A: Invasive Maßnahme

Eine Maßnahme zum Zweck der Diagnostik oder Therapie, bei der die Körperoberfläche durchtrennt oder in eine Körperöffnung ganz oder teilweise eingedrungen wird.

Bei „Operationen“, „kleineren invasiven Eingriffen mit erhöhtem Infektionsrisiko“ und bei „kleineren invasiven Eingriffen“ (Gruppen 1 bis 3) sind Schutzkittel, Mund-Nasen-Schutz und Haarschutz zu tragen.

Spalte B: OP-Raum (als Teil einer OP-Einheit, entsprechend der Richtlinie des RKI, Ziffer C 5.3)

Eine RLT-Anlage für OP-Räume der Klasse I, Typ A mit Verdrängungsströmung (Laminarstrom) ist laut DIN 1946, Teil IV, für folgende Operationen erforderlich:

1. Implantation alloplastischer Materialien
 2. Gelenkprothetik
 3. Organtransplantation
 4. Offene Herz-Operationen.
- Prinzipiell sollten OP-Räume eine Raumklasse I aufweisen, sofern sie klimatisiert sind.

Spalte C: Eingriffsraum (entsprechend der Richtlinie des RKI, Ziffer C 5.3)

Dem Eingriffsraum soll mindestens ein Vorraum mit abgetrennten Bereichen für Patientenumkleide und Personalumkleide mit der Möglichkeit zur Händewaschung und chirurgischen Händedesinfektion zugeordnet sein.

Spalte D: Untersuchungs- und Behandlungsraum

Ein Untersuchungs- und Behandlungsraum muss mit einem Waschbecken sowie der Möglichkeit zur Händewaschung und Händedesinfektion ausgestattet sein.

Spalte E: Patientenzimmer

Die in der Tabelle unter Spalte E entsprechend gekennzeichneten invasiven Maßnahmen und Untersuchungen können im Patientenzimmer durchgeführt werden.

In folgenden Ausnahmefällen können auch andere invasive Maßnahmen (außer Operationen) im Patientenzimmer vorgenommen werden:

1. Behandlung von Patienten, von denen eine Infektionsgefahr ausgeht und eine Weiterverbreitung der Krankheit zu befürchten ist (isoliertpflichtige Patienten gemäß RKI-Richtlinie Ziffer 5.1, Stand Oktober 1994).
2. Behandlung von Intensivpatienten, die in besonders hohem bzw. hohem Maße infektionsgefährdet oder lebensbedrohlich erkrankt sind und aus medizinischen Gründen nicht in einen Untersuchungs- und Behandlungsraum gebracht werden können (Patienten der Gruppe A1 und ggf. A2 laut RKI-Richtlinie, Ziffer 4.3.4, Stand Dezember 1996).

Erläuterung:

Patienten der Gruppe A1

Intensivbehandlungs-Patienten, die in besonders hohem Maße infektionsgefährdet sind, unabhängig davon, ob sie selber eine Infektionsquelle sein können (z. B. Frühgeborene, Patienten nach Transplantationen, Patienten mit großflächigen Verbrennungen, Patienten mit schweren Immundefekten).

Patienten der Gruppe A2

Intensivbehandlungs-Patienten, die in hohem Maße infektionsgefährdet sind und/oder eine Infektionsquelle sein können (z. B. Langzeitbeatmung-Patienten).

3. Behandlung eines medizinischen Notfalls.

Spalte F: Haarschutz (= OP-Haube)

Ein Haarschutz ist anzulegen, wenn das Personal im Rahmen einer invasiven Maßnahme einen sterilen oder keimarmen Schutzkittel, einen Mund-Nasen-Schutz und sterile Handschuhe tragen muss.

Der Haarschutz muss sämtliche Kopfhaare vollständig bedecken. Er muss bei sichtbarer Verschmutzung, Durchfeuchtung und nach Ablegen (z. B. im Aufenthaltsraum) gewechselt werden.

Spalte G: Mund-Nasen-Schutz (= chirurgische Maske=OP-Maske)

Bei „Operationen“, „kleineren invasiven Eingriffen mit erhöhtem Infektionsrisiko“ und bei „kleineren invasiven Eingriffen“ ist ein Mund-Nasen-Schutz zu tragen, der bei Durchfeuchtung, sichtbarer Verschmutzung und nach Lösen bzw. Ablegen (z. B. im Aufenthaltsraum) zu wechseln ist.

Im Operationsraum ist generell während der Operation ein Mund-Nasen-Schutz zu tragen. Für das Tragen des Mund-Nasen-Schutzes durch das Reinigungspersonal sind spezielle Festlegungen durch den Krankenhaushygieniker zu treffen. Der Mund-Nasen-Schutz soll Mund und Nase sowie Barthaare vollständig bedecken! Bei Infektionen der Atemwege des Personals ist bei allen invasiven Maßnahmen ein Mund-Nasen-Schutz zu tragen.

Spalte H: Chirurgische Händedesinfektion (entsprechend der Richtlinie des RKI, Ziffer C 1.1)

Die Mindesteinwirkzeit des Händedesinfektionsmittels ist laut gültiger DGHM-Liste zu beachten.

Spalte I: Hygienische Händedesinfektion (entsprechend der Richtlinie des RKI, Ziffer C 1.1)

Die Mindesteinwirkzeit des Händedesinfektionsmittels ist laut gültiger DGHM-Liste zu beachten.

Spalte J: Schutzkittel – steril

Das Tragen des sterilen Schutzkitfels schließt das Anlegen eines Mund-Nasen-Schutzes, eines Haarschutzes und das Tragen steriler Handschuhe ein.

Schutzkittel – keimarm

Ein unbenutzter desinfizierend gewaschener, hygienisch einwandfrei transportierter und geschützt gelagerter Schutzkittel.

Die Kriterien der Keimarmut werden laut RKI-Richtlinie Ziffer 4.4.3 (Stand Dezember 1996) erfüllt (2 KBE/10 cm²).

Hinweis zur Anwendung keimarmen Schutzkittel für invasive Maßnahmen in der Tabelle Nr. 3.6 bis 3.9

Der sterile Schutzkittel darf bei den unter 3.6 bis 3.9 genannten invasiven Maßnahmen nur dann durch einen keimarmen Schutzkittel ersetzt werden, wenn von vornherein eine Kontamination des Instrumentariums und der Umgebung des zu punktierenden Hautareals durch diesen keimarmen Schutzkittel sicher ausgeschlossen werden kann.

Wird kurzärmelige keimarme Kleidung verwendet, so sind nicht nur die Hände, sondern auch die Unterarme in die Desinfektion einzubeziehen.

Flüssigkeitsabweisende Schutzkleidung

Besteht die Gefahr der Durchfeuchtung der Schutzkleidung (z. B. Aszites- und Harnblasenpunktion, Zystoskopie), dann sind flüssigkeitsabweisende Schutzkittel oder Schürzen zu tragen.

Für invasive Maßnahmen, bei denen nicht auf einen sterilen oder keimarmen Schutzkittel verwiesen wurde, soll stets saubere nicht sichtbar kontaminierte Berufs-, Bereichs- oder Schutzkleidung (z. B. Einmalschürzen) getragen werden.

Berufskleidung soll mindestens ein- bis zweimal wöchentlich und bei Kontamination gewechselt werden. Bereichskleidung ist täglich und bei Kontamination zu wechseln.

Zum Umgang mit Schutzkleidung siehe auch BGR/TRBA 250.

Spalte K: Schutzhandschuhe – steril

Sterile Schutzhandschuhe stets beidhändig tragen.

OP-Handschuhe vor jedem neuen Eingriff, nach unsauberem/septischem Teil einer OP sowie nach Handschuhperforation wechseln.

Spalte L: Schutzhandschuhe – keimarm (=Untersuchungshandschuhe)

Untersuchungshandschuhe laut BGR/TRBA 250 bei möglichem Kontakt mit Körperflüssigkeiten/-gewebe tragen.

Spalte M: Sterile Abdeckung

Nach erfolgter Wundreinigung bzw. Hautantiseptik wird die Umgebung des Wund- bzw. Operationsgebietes mit geeigneten sterilen Abdeckmaterialien großflächig abgedeckt. Für invasive Eingriffe, bei denen eine Durchfeuchtung zu erwarten ist, sollen flüssigkeitsdichte Abdeckungen und saugfähige Materialien verwendet werden.

Bei der Auswahl der selbstklebenden Lochtücher ist auf deren Eignung zu achten.

Spalte N: Hautantiseptik

Vor jeder Hautantiseptik gründliche Hautreinigung.

Präparatwahl und Durchführung laut Richtlinien bzw. Empfehlungen der DGHM, des RKI und laut Hygieneordnung des Krankenhauses. Hautantiseptik gründlich und großflächig ausführen! Bei den Zeitangaben handelt es sich um Mindesteinwirkzeiten.

Bei Angabe mehrerer Mindesteinwirkzeiten richtet sich die Auswahl nach der Talgdrüsendichte der Haut.

Die Einwirkzeit jodhaltiger Hautantiseptika besonders beachten.

Spalte O: Tupfer – steril

Ein steriler Tupfer wird unter sterilen Bedingungen benutzt, d. h. z. B. mit steriler Pinzette oder sterilem Handschuh.

Spalte P: Tupfer – sterilisiert

Ein sterilisierter Tupfer wird unter keimarmen

Bedingungen benutzt, d. h. z. B. mit keimarmem Handschuh oder desinfizierter Hand. Sterilisierte Zellstofftupfer sind in einer dafür vorgesehenen Spenderbox aufzubewahren. Der Verwendungszweck dieser Zellstofftupfer wird durch den Krankenhaushygieniker festgelegt.

Literaturverzeichnis

1. Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention
 - Prävention Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen
 - Anforderungen der Hygiene bei Operationen und anderen invasiven Eingriffen
 - Anforderungen der Hygiene an die Wäsche aus Einrichtungen des Gesundheitswesens . . .
2. Desinfektionsmittelliste der DGHM (Stand 04.02.2002)
3. Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege (TRBA 250)
4. Krankenhaus- und Praxishygiene Kramer, Heeg, Botzenhardt (2001)
5. Praktische Krankenhaushygiene und Umweltschutz F. Daschner (1997)
6. Nosokomiale Infektionen I. Kappstein (2002)
7. Raumlufttechnik – DIN 1946-4 (März 1999)
8. AWMF-Leitlinien zu „Intraartikuläre Punktionen und Injektionen“ aktualisiert: November 2000

Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (Berufsordnung – BO) vom 24. Juni 1998 (in der Fassung der Änderungssatzung vom 24. November 2004)

Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer vom 24. Juni 1998, zuletzt geändert durch Satzung der Kammerversammlung vom 13. November 2004, genehmigt durch das Sächsische Staatsministerium für Soziales vom 16.11.2004, Az: 21-5415.21/6 II

Inhaltsübersicht

A. Präambel

B. Regeln zur Berufsausübung

I. Grundsätze

- § 1 Aufgaben des Arztes
- § 2 Allgemeine ärztliche Berufspflichten
- § 3 Unvereinbarkeiten
- § 4 Fortbildung
- § 5 Qualitätssicherung
- § 6 Mitteilung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen

II. Pflichten gegenüber Patienten

- § 7 Behandlungsgrundsätze und Verhaltensregeln
- § 8 Aufklärungspflicht
- § 9 Schweigepflicht
- § 10 Dokumentationspflichten
- § 11 Ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
- § 12 Honorar und Vergütungsabsprachen

III. Besondere medizinische Verfahren und Forschung

- § 13 Besondere medizinische Verfahren
- § 14 Erhaltung des ungeborenen Lebens und Schwangerschaftsabbruch
- § 15 Forschung
- § 16 Beistand für den Sterbenden

IV. Berufliches Verhalten

1. Berufsausübung

- § 17 Niederlassung und Ausübung der Praxis
- § 18 Berufliche Kooperation
- § 18a Ankündigung von Berufsausübungsgemeinschaften und sonstigen Kooperationen
- § 19 Beschäftigung angestellter Praxisärzte
- § 20 Vertreter
- § 21 Haftpflichtversicherung
- § 22 (aufgehoben)
- § 22a (aufgehoben)

- § 23 Ärzte im Beschäftigungsverhältnis
- § 23a Ärztesellschaften (*nicht genehmigt*)
- § 23b Medizinische Kooperationsgemeinschaft zwischen Ärzten und Angehörigen anderer Fachberufe
- § 23c Beteiligung von Ärzten an sonstigen Partnerschaften
- § 23d Praxisverbund
- § 24 Verträge über ärztliche Tätigkeit
- § 25 Ärztliche Gutachten und Zeugnisse
- § 26 Ärztlicher Notfalldienst

2. Berufliche Kommunikation

- § 27 Erlaubte Information und berufswidrige Werbung
- § 28 Verzeichnisse

3. Berufliche Zusammenarbeit mit Ärzten

- § 29 Kollegiale Zusammenarbeit

4. Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit bei der Zusammenarbeit mit Dritten

- § 30 Zusammenarbeit des Arztes mit Dritten
- § 31 Unerlaubte Zuweisung von Patienten gegen Entgelt
- § 32 Annahme von Geschenken und anderen Vorteilen
- § 33 Arzt und Industrie
- § 34 Verordnungen, Empfehlungen und Begutachtung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln
- § 35 Fortbildungsveranstaltungen und Sponsoring

C. Verhaltensregeln (Grundsätze korrekter ärztlicher Berufsausübung)

- Nr. 1 Umgang mit Patienten
- Nr. 2 Behandlungsgrundsätze
- Nr. 3 Umgang mit nichtärztlichen Mitarbeitern

D. Ergänzende Bestimmungen zu einzelnen ärztlichen Berufspflichten

I. (aufgehoben)

II. (aufgehoben)

III. Pflichten bei grenzüberschreitender ärztlicher Tätigkeit

- Nr. 12 Zweigpraxen deutscher Ärzte in anderen EU-Mitgliedstaaten
- Nr. 13 Grenzüberschreitende ärztliche Tätigkeit von Ärzten aus anderen EU-Mitgliedstaaten

IV. Pflichten in besonderen medizinischen Situationen

- Nr. 14 Schutz des menschlichen Embryos
- Nr. 15 In-vitro-Fertilisation, Embryotransfer

E. Inkrafttreten

Gelöbnis

Als Arzt gelobe ich, mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen und den Beruf mit Gewissenhaftigkeit und Würde auszuüben.

Wohl und Wehe der Patienten sollen stets mein Handeln bestimmen. Mit allen meinen Kräften werde ich die Ehre meines Berufsstandes und seine edle Überlieferung wahren und ohne Ansehen der Person ärztlich handeln. Jedem Menschenleben werde ich Ehrfurcht entgegenbringen und als Arzt, selbst unter Bedrohung, nur den Geboten der Menschlichkeit folgen. Alles mir von meinen Patienten Anvertraute werde ich über deren Tod hinaus wahren. Meinen Lehrern und Kollegen werde ich Achtung erweisen. Dies verspreche ich bei meiner Ehre.

A. Präambel

Diese Berufsordnung stellt die Überzeugung der sächsischen Ärzteschaft zum Verhalten von Ärzten gegenüber den Patienten, den Kollegen, den anderen Partnern im Gesundheitswesen sowie zum Verhalten in der Öffentlichkeit dar. Im Text werden die Berufsbezeichnung „Arzt“ („Ärzte“) einheitlich und neutral für Ärztinnen und Ärzte verwendet. Mit der Festlegung von Berufspflichten der Ärzte dient die Berufsordnung zugleich dem Ziel,

- das Vertrauen zwischen Arzt und Patient zu erhalten und zu fördern;
- die Qualität der ärztlichen Tätigkeit im Interesse der Gesundheit der Bevölkerung sicherzustellen;
- die Freiheit und das Ansehen des Arztberufs zu wahren;
- berufswürdiges Verhalten zu fördern und berufsunwürdiges Verhalten zu verhindern.

B. Regeln zur Berufsausübung

I. Grundsätze

§ 1

Aufgaben des Arztes

(1) Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung. Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe. Er ist seiner Natur nach ein freier Beruf.

(2) Aufgabe des Arztes ist es, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern, Sterbenden Beistand zu leisten und an der Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlagen im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Gesundheit der Menschen mitzuwirken.

§ 2

Allgemeine ärztliche Berufspflichten

(1) Der Arzt übt seinen Beruf nach seinem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit aus. Er darf keine Grundsätze anerkennen und keine Vorschriften oder Anweisungen beachten, die mit seiner Aufgabe nicht vereinbar sind oder deren Befolgung er nicht verantworten kann.

(2) Der Arzt ist verpflichtet, seinen Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihm im Zusammenhang mit seinem Beruf entgegen gebrachten Vertrauen zu entsprechen.

(3) Zur gewissenhaften Berufsausübung gehören auch die Grundsätze korrekter ärztlicher Berufsausübung in Kapitel C.

(4) Der Arzt darf hinsichtlich seiner ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen.

(5) Der Arzt ist verpflichtet, sich über die für die Berufsausübung geltenden Vorschriften unterrichtet zu halten.

(6) Unbeschadet der in den nachfolgenden Vorschriften geregelten besonderen Auskunft- und Anzeigepflichten hat der Arzt auf Anfragen der Ärztekammer, welche diese zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben bei der Berufsaufsicht an den Arzt richtet, in angemessener Frist zu antworten.

§ 3

Unvereinbarkeiten

(1) Dem Arzt ist neben der Ausübung seines Berufs die Ausübung einer anderen Tätigkeit untersagt, welche mit den ethischen Grundsätzen des ärztlichen Berufs nicht vereinbar ist. Dem Arzt ist auch verboten, seinen Namen in Verbindung mit einer ärztlichen Berufsbezeichnung in unlauterer Weise für gewerbliche Zwecke herzugeben. Ebenso wenig darf er zulassen, dass von seinem Namen oder vom beruflichen Ansehen des Arztes in solcher Weise Gebrauch gemacht wird.

(2) Dem Arzt ist untersagt, im Zusammenhang mit der Ausübung seiner ärztlichen Tätigkeit Waren und andere Gegenstände abzugeben oder unter seiner Mitwirkung abgeben zu lassen sowie gewerbliche Dienstleistungen zu erbringen oder erbringen zu lassen, soweit nicht die Abgabe des Produkts oder die Dienstleistung wegen ihrer Besonderheiten notwendiger Bestandteil der ärztlichen Therapie sind.

§ 4

Fortbildung

(1) Der Arzt, der seinen Beruf ausübt, ist verpflichtet, sich in dem Umfang beruflich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Entwicklung der zu seiner Berufsausübung erforderlichen Fachkenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten notwendig ist.

(2) Auf Verlangen muss der Arzt seine Fortbildung nach Absatz 1 gegenüber der Ärztekammer durch ein Fortbildungszertifikat einer Ärztekammer nachweisen.

§ 5

Qualitätssicherung

Der Arzt ist verpflichtet, an den von der Ärztekammer eingeführten Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der ärztlichen Tätigkeit teilzunehmen und der Ärztekammer die hierzu erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

§ 6

Mitteilung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen

Der Arzt ist verpflichtet, die ihm aus seiner ärztlichen Behandlungstätigkeit bekannt werdenden unerwünschten Arzneimittelwirkungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft mitzuteilen (Fachausschuss der Bundesärztekammer).

II. Pflichten gegenüber Patienten

§ 7

Behandlungsgrundsätze und Verhaltensregeln

(1) Jede medizinische Behandlung hat unter Wahrung der Menschenwürde und unter Achtung der Persönlichkeit, des Willens und der Rechte des Patienten, insbesondere des Selbstbestimmungsrechts, zu erfolgen.

(2) Der Arzt achtet das Recht seiner Patienten, den Arzt frei zu wählen oder zu wechseln. Andererseits ist – von Notfällen oder besonderen rechtlichen Verpflichtungen abgesehen – auch der Arzt frei, eine Behandlung abzulehnen. Den begründeten Wunsch des Patienten, einen weiteren Arzt zuzuziehen oder einem anderen Arzt überwiesen zu werden, soll der behandelnde Arzt in der Regel nicht ablehnen.

(3) Der Arzt darf individuelle ärztliche Behandlung, insbesondere auch Beratung, weder ausschließlich brieflich noch in Zeitungen oder Zeitschriften noch ausschließlich über Kommunikationsmedien oder Computerkommunikationsnetze durchführen.

(4) Angehörige von Patienten und andere Personen dürfen bei der Untersuchung und Behandlung anwesend sein, wenn der verantwortliche Arzt und der Patient zustimmen.

§ 8

Aufklärungspflicht

Zur Behandlung bedarf der Arzt der Einwilligung des Patienten. Der Einwilligung hat grundsätzlich die erforderliche Aufklärung im persönlichen Gespräch vorauszugehen.

§ 9

Schweigepflicht

(1) Der Arzt hat über das, was ihm in seiner Eigenschaft als Arzt anvertraut oder bekannt geworden ist – auch über den Tod des Patienten hinaus – zu schweigen. Dazu gehören auch schriftliche Mitteilungen des Patienten, Aufzeichnungen über Patienten, Röntgenaufnahmen und sonstige Untersuchungsbefunde.

(2) Der Arzt ist zur Offenbarung befugt, soweit er von der Schweigepflicht entbunden worden ist oder soweit die Offenbarung zum Schutze eines höherwertigen Rechtsgutes erforderlich ist. Gesetzliche Aussage- und Anzeigepflichten bleiben unberührt. Soweit gesetzliche Vorschriften die Schweigepflicht des Arztes einschränken, soll der Arzt den Patienten darüber unterrichten.

(3) Der Arzt hat seine Mitarbeiter und die Personen, die zur Vorbereitung auf den Beruf an der ärztlichen Tätigkeit teilnehmen, über die gesetzliche Pflicht zur Verschwiegenheit zu belehren und dies schriftlich festzuhalten.

(4) Wenn mehrere Ärzte gleichzeitig oder nacheinander denselben Patienten untersuchen oder behandeln, so sind sie untereinander von der Schweigepflicht insoweit befreit, als das Einverständnis des Patienten vorliegt oder anzunehmen ist.

§ 10

Dokumentationspflichten

(1) Der Arzt hat über die in Ausübung seines Berufs gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen die erforderlichen

Aufzeichnungen zu fertigen. Diese sind nicht nur Gedächtnisstützen für den Arzt, sie dienen auch dem Interesse des Patienten an einer ordnungsgemäßen Dokumentation.

(2) Der Arzt hat dem Patienten auf dessen Verlangen grundsätzlich in die ihn betreffenden Krankenunterlagen Einsicht zu gewähren; ausgenommen sind diejenigen Teile, welche subjektive Eindrücke oder Wahrnehmungen des Arztes enthalten. Auf Verlangen sind dem Patienten Kopien der Unterlagen gegen Erstattung der Kosten herauszugeben.

(3) Ärztliche Aufzeichnungen sind für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach gesetzlichen Vorschriften eine längere Aufbewahrungspflicht besteht.

(4) Nach Aufgabe der Praxis hat der Arzt seine ärztlichen Aufzeichnungen und Untersuchungsbefunde gemäß Absatz 3 aufzubewahren oder dafür Sorge zu tragen, dass sie in gehörige Obhut gegeben werden. Der Arzt, dem bei einer Praxisaufgabe oder Praxisübergabe ärztliche Aufzeichnungen über Patienten in Obhut gegeben werden, muss diese Aufzeichnungen unter Verschluss halten und darf sie nur mit Einwilligung des Patienten einsehen oder weitergeben.

(5) Aufzeichnungen auf elektronischen Datenträgern oder anderen Speichermedien bedürfen besonderer Sicherungs- und Schutzmaßnahmen, um deren Veränderung, Vernichtung oder unrechtmäßige Verwendung zu verhindern. Der Arzt hat hierbei die Empfehlungen der Ärztekammer zu beachten.

§ 11

Ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

(1) Mit Übernahme der Behandlung verpflichtet sich der Arzt dem Patienten gegenüber zur gewissenhaften Versorgung mit geeigneten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.

(2) Der ärztliche Berufsauftrag verbietet es, diagnostische oder therapeutische Methoden unter missbräuchlicher Ausnutzung des Vertrauens, der Unwissenheit, der Leichtgläubigkeit oder der Hilflosigkeit von Patienten anzuwenden. Unzulässig ist es auch, Heilerfolge, insbesondere bei nicht heilbaren Krankheiten, als gewiss zuzusichern.

§ 12

Honorar und Vergütungsabsprachen

(1) Die Honorarforderung muss angemessen sein. Für die Bemessung ist die Amtliche Gebührenordnung (GOÄ) die Grundlage, soweit nicht andere gesetzliche Vergütungsregelungen gelten. Der Arzt darf die Sätze nach der GOÄ nicht in unlauterer Weise unter- oder überschreiten. Bei Abschluss einer Honorarvereinbarung hat der Arzt auf die Einkommens- und Vermögensverhältnisse des Zahlungspflichtigen Rücksicht zu nehmen.

(2) Der Arzt kann Verwandten, Kollegen, deren Angehörigen und mittellosen Patienten das Honorar ganz oder teilweise erlassen.

(3) Auf Antrag eines Beteiligten gibt die Ärztekammer eine gutachterliche Äußerung über die Angemessenheit der Honorarforderung ab.

III. Besondere medizinische Verfahren und Forschung

§ 13

Besondere medizinische Verfahren

(1) Bei speziellen medizinischen Maßnahmen oder Verfahren, die ethische Probleme aufwerfen und zu denen die Ärztekammer Empfehlungen zur Indikationsstellung und zur Ausführung festgelegt hat, hat der Arzt die Empfehlungen zu beachten.

(2) Soweit es die Ärztekammer verlangt, hat der Arzt die Anwendung solcher Maßnahmen oder Verfahren der Ärztekammer anzuzeigen.

(3) Vor Aufnahme entsprechender Tätigkeiten hat der Arzt auf Verlangen der Ärztekammer den Nachweis zu führen, dass die persönlichen und sachlichen Voraussetzungen entsprechend den Empfehlungen erfüllt werden.

§ 14

Erhaltung des ungeborenen Lebens und Schwangerschaftsabbruch

(1) Der Arzt ist grundsätzlich verpflichtet, das ungeborene Leben zu erhalten. Der Schwangerschaftsabbruch unterliegt den gesetzlichen Bestimmungen. Der Arzt kann nicht gezwungen werden, einen Schwangerschaftsabbruch vorzunehmen oder ihn zu unterlassen.

(2) Der Arzt, der einen Schwangerschaftsabbruch durchführt oder eine Fehlgeburt betreut, hat dafür Sorge zu tragen, dass die tote Leibesfrucht keiner missbräuchlichen Verwendung zugeführt wird.

§ 15

Forschung

(1) Der Arzt muss sich vor der Durchführung klinischer Versuche am Menschen oder der epidemiologischen Forschung mit personenbezogenen Daten durch eine bei der Ärztekammer oder bei einer medizinischen Fakultät im Freistaat Sachsen gebildeten Ethikkommission über die mit seinem Vorhaben verbundenen berufsethischen und berufsrechtlichen Fragen beraten lassen. Dasselbe gilt vor der Durchführung der Forschung mit vitalen menschlichen Gameten und lebendem embryonalen Gewebe.

(2) Zum Zwecke der wissenschaftlichen Forschung und Lehre dürfen der Schweigepflicht unterliegende Tatsachen und Befunde grundsätzlich nur soweit offenbart werden, als dabei die Anonymität des Patienten gesichert ist oder dieser ausdrücklich zustimmt.

(3) In Publikationen von Forschungsergebnissen sind die Beziehungen des Arztes zum Auftraggeber und dessen Interessen offen zu legen.

(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.

§ 16

Beistand für den Sterbenden

Der Arzt darf – unter Vorrang des Willens des Patienten – auf lebensverlängernde Maßnahmen nur verzichten und sich auf

die Linderung der Beschwerden beschränken, wenn ein Hinausschieben des unvermeidbaren Todes für die sterbende Person lediglich eine unzumutbare Verlängerung des Leidens bedeuten würde. Der Arzt darf das Leben des Sterbenden nicht aktiv verkürzen. Er darf weder sein eigenes noch das Interesse Dritter über das Wohl des Patienten stellen.

IV. Berufliches Verhalten

1. Berufsausübung

§ 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.

§ 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.

§ 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 führende 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.

§ 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) *(nicht genehmigt)*

(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.

§ 20

Vertreter

(1) Niedergelassene Ärzte sollen grundsätzlich zur gegenseitigen Vertretung bereit sein; übernommene Patienten sind nach Beendigung der Vertretung zurück zu überweisen. Der Arzt darf sich grundsätzlich nur durch einen Facharzt desselben Fachgebiets vertreten lassen.

(2) Die Beschäftigung eines Vertreters in der Praxis ist der Ärztekammer anzuzeigen, wenn die Vertretung in der Praxisausübung insgesamt länger als drei Monate innerhalb von zwölf Monaten dauert.

(3) Die Praxis eines verstorbenen Arztes kann zugunsten seiner Witwe oder eines unterhaltsberechtigten Angehörigen in der Regel bis zur Dauer von drei Monaten nach dem Ende des Kalendervierteljahres durch einen anderen Arzt fortgesetzt werden.

§ 21

Haftpflichtversicherung

Der Arzt ist verpflichtet, sich hinreichend gegen Haftpflichtansprüche im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit zu versichern.

§ 22 (aufgehoben)

§ 22a (aufgehoben)

§ 23

Ärzte im Beschäftigungsverhältnis

(1) Die Regeln dieser Berufsordnung gelten auch für Ärzte, welche ihre ärztliche Tätigkeit im Rahmen eines privatrechtlichen Arbeitsverhältnisses oder öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnisses ausüben.

(2) Auch in einem Arbeits- oder Dienstverhältnis darf ein Arzt eine Vergütung für seine ärztliche Tätigkeit nicht dahingehend vereinbaren, dass die Vergütung den Arzt in der Unabhängigkeit seiner medizinischen Entscheidungen beeinträchtigt.

§23a

Ärztegesellschaften *(nicht genehmigt)*

§ 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 Fachberufs 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.

§ 24

Verträge über ärztliche Tätigkeit

Der Arzt soll alle Verträge über seine ärztliche Tätigkeit vor ihrem Abschluss der Ärztekammer vorlegen, damit geprüft werden kann, ob die beruflichen Belange gewahrt sind.

§ 25

Ärztliche Gutachten und Zeugnisse

Bei der Ausstellung ärztlicher Gutachten und Zeugnisse hat der Arzt mit der notwendigen Sorgfalt zu verfahren und nach bestem Wissen seine ärztliche Überzeugung auszusprechen. Gutachten und Zeugnisse, zu deren Ausstellung der Arzt verpflichtet ist oder die auszustellen er übernommen hat, sind innerhalb einer angemessenen Frist abzugeben. Zeugnisse über Mitarbeiter und Ärzte in Weiterbildung müssen grundsätzlich innerhalb von drei Monaten nach Antragstellung, bei Ausscheiden unverzüglich, ausgestellt werden.

§ 26

Ärztlicher Notfalldienst

(1) Der niedergelassene Arzt ist verpflichtet, am Notfalldienst teilzunehmen. Auf Antrag eines Arztes kann aus wichtigen Gründen eine Befreiung vom Notfalldienst ganz, teilweise oder vorübergehend erteilt werden. Dies gilt insbesondere:

- wenn er wegen körperlicher Behinderung hierzu nicht in der Lage ist,
- wenn ihm aufgrund besonders belastender familiärer Pflichten die Teilnahme nicht zuzumuten ist,

- wenn er an einem klinischen Bereitschaftsdienst mit Notfallversorgung oder am Rettungsdienst teilnimmt,
- für Ärztinnen ab dem Zeitpunkt der Bekanntgabe ihrer Schwangerschaft und bis zu 12 Monaten nach der Entbindung,
- für Ärzte ab dem Tag der Geburt des Kindes für einen Zeitraum von 12 Monaten, soweit nicht der andere Elternteil die Versorgung des Kindes gewährleistet,
- für Ärzte über 65 Jahre.

(2) Für die Einrichtung und Durchführung eines Notfalldienstes im Einzelnen sind die von der Ärztekammer erlassenen Richtlinien maßgebend. Die Verpflichtung zur Teilnahme am Notfalldienst gilt für den festgelegten Notfalldienstbereich.

(3) Die Einrichtung eines Notfalldienstes entbindet den behandelnden Arzt nicht von seiner Verpflichtung, für die Betreuung seiner Patienten in dem Umfange Sorge zu tragen, wie es deren Krankheitszustand erfordert.

(4) Der Arzt hat sich auch für den Notfalldienst fortzubilden, wenn er gemäß Absatz 1 nicht auf Dauer von der Teilnahme am Notfalldienst befreit ist.

2. Berufliche Kommunikation

§ 27

Erlaubte Information und berufswidrige Werbung

(1) Zweck der nachstehenden Vorschriften der Berufsordnung ist die Gewährleistung des Patientenschutzes durch sachgerechte und angemessene Information und die Vermeidung einer dem Selbstverständnis des Arztes zuwiderlaufenden Kommerzialisierung des Arztberufs.

(2) Auf dieser Grundlage sind dem Arzt sachliche berufsbezogene Informationen gestattet.

(3) Berufswidrige Werbung ist dem Arzt untersagt. Berufswidrig ist insbesondere eine anpreisende, irreführende oder vergleichende Werbung. Der Arzt darf eine solche Werbung durch Andere weder veranlassen noch dulden. Werbeverbote aufgrund anderer gesetzlicher Bestimmungen bleiben unberührt.

(4) Der Arzt kann

1. nach der Weiterbildungsordnung erworbene Bezeichnungen,
2. nach sonstigen öffentlich-rechtlichen Vorschriften erworbene Qualifikationen,
3. Tätigkeitsschwerpunkte und
4. organisatorische Hinweise ankündigen.

Die nach Nr. 1 erworbenen Bezeichnungen dürfen nur in der nach der Weiterbildungsordnung zulässigen Form geführt werden. Ein Hinweis auf die verleihende Ärztekammer ist zulässig. Andere Qualifikationen und Tätigkeitsschwerpunkte dürfen nur angekündigt werden, wenn diese Angaben nicht mit solchen nach geregelter Weiterbildungsrecht erworbenen Qualifikationen verwechselt werden können.

(5) Die Angaben nach Absatz 4 Nr. 1 bis 3 sind nur zulässig, wenn der Arzt die umfassten Tätigkeiten nicht nur gelegentlich ausübt.

(6) Die Ärzte haben der Ärztekammer auf deren Verlangen die zur Prüfung der Voraussetzungen der Ankündigung erforderlichen Unterlagen vorzulegen. Die Ärztekammer ist befugt, ergänzende Auskünfte zu verlangen.

§ 28

Verzeichnisse

Ärzte dürfen sich in Verzeichnisse eintragen lassen, wenn diese folgenden Anforderungen gerecht werden:

1. sie müssen allen Ärzten, die die Kriterien des Verzeichnisses erfüllen, zu denselben Bedingungen gleichermaßen mit einem kostenfreien Grundeintrag offen stehen,
2. die Eintragungen müssen sich auf die ankündigungsfähigen Informationen beschränken und
3. die Systematik muss zwischen den nach der Weiterbildungsordnung und nach sonstigen öffentlich-rechtlichen Vorschriften erworbenen Qualifikationen einerseits und Tätigkeitsschwerpunkten andererseits unterscheiden.

3. Berufliche Zusammenarbeit mit Ärzten

§ 29

Kollegiale Zusammenarbeit

(1) Ärzte haben sich untereinander kollegial zu verhalten. Die Verpflichtung des Arztes, in einem Gutachten, auch soweit es die Behandlungsweise eines anderen Arztes betrifft, nach bestem Wissen seine ärztliche Überzeugung auszusprechen, bleibt unberührt. Unsachliche Kritik an der Behandlungsweise oder dem beruflichen Wissen eines Arztes sowie herabsetzende Äußerungen über dessen Person sind berufsunwürdig.

(2) Es ist berufsunwürdig, einen Kollegen aus seiner Behandlungstätigkeit oder als Mitbewerber um eine berufliche Tätigkeit durch unlautere Handlungen zu verdrängen. Es ist insbesondere berufsunwürdig, wenn ein Arzt sich innerhalb eines Zeitraums von einem Jahr ohne Zustimmung des Praxisinhabers im Einzugsbereich derjenigen Praxis niederlässt, in welcher er in der Aus- oder Weiterbildung mindestens drei Monate tätig war. Ebenso ist es berufsunwürdig, in unlauterer Weise einen Kollegen ohne angemessene Vergütung oder unentgeltlich zu beschäftigen oder eine solche Beschäftigung zu bewirken oder zu dulden.

(3) Ärzte, die andere Ärzte zu ärztlichen Verrichtungen bei Patienten heranziehen, denen gegenüber nur sie einen Liquidationsanspruch haben, sind verpflichtet, diesen Ärzten eine angemessene Vergütung zu gewähren. Erbringen angestellte Ärzte für einen liquidationsberechtigten Arzt abrechnungsfähige Leistungen, so sind sie am Ertrag aus diesen Leistungen angemessen zu beteiligen.

(4) In Gegenwart von Patienten oder Nichtärzten sind Beanstandungen der ärztlichen Tätigkeit und zurechtweisende Belehrungen zu unterlassen. Das gilt auch für Ärzte als Vorgesetzte und Untergebene und für den Dienst in den Krankenhäusern.

(5) Der zur Weiterbildung befugte Arzt hat im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten einen ärztlichen Mitarbeiter unbeschadet dessen Pflicht, sich selbst um eine Weiterbildung zu bemühen, in dem gewählten Weiterbildungsgang nach Maßgabe der Weiterbildungsordnung weiterzubilden.

4. Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit bei der Zusammenarbeit mit Dritten

§ 30

Zusammenarbeit des Arztes mit Dritten

(1) Die nachstehenden Vorschriften dienen dem Patientenschutz durch Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit gegenüber Dritten.

(2) Dem Arzt ist es nicht gestattet, zusammen mit Personen, die weder Ärzte sind noch zu seinen berufsmäßig tätigen Mitarbeitern gehören, zu untersuchen oder zu behandeln. Dies gilt nicht für Personen, welche sich in der Ausbildung zum ärztlichen Beruf oder zu einem medizinischen Assistenzberuf befinden.

(3) Die Zusammenarbeit mit Angehörigen anderer Gesundheitsberufe ist zulässig, wenn die Verantwortungsbereiche des Arztes und des Angehörigen des Gesundheitsberufs klar erkennbar voneinander getrennt bleiben.

§ 31

Unerlaubte Zuweisung von Patienten gegen Entgelt

Dem Arzt ist es nicht gestattet, für die Zuweisung von Patienten oder Untersuchungsmaterial ein Entgelt oder andere Vorteile sich versprechen oder gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren.

§ 32

Annahme von Geschenken und anderen Vorteilen

Dem Arzt ist es nicht gestattet, von Patienten oder Anderen Geschenke oder andere Vorteile für sich oder Dritte zu fordern, sich oder Dritten versprechen zu lassen oder anzunehmen, wenn hierdurch der Eindruck erweckt wird, dass die Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung beeinflusst wird. Eine Beeinflussung liegt dann nicht vor, wenn der Wert des Geschenkes oder des anderen Vorteils geringfügig ist.

§ 33

Arzt und Industrie

(1) Soweit Ärzte Leistungen für die Hersteller von Arznei-, Heil-, Hilfsmitteln oder Medizinprodukten erbringen (z. B. bei der Entwicklung, Erprobung und Begutachtung), muss die hierfür bestimmte Vergütung der erbrachten Leistung entsprechen. Die Verträge über die Zusammenarbeit sind schriftlich abzuschließen und sind auf Verlangen der Ärztekammer vorzulegen.

(2) Die Annahme von Werbegaben oder anderen Vorteilen ist untersagt, sofern der Wert nicht geringfügig ist.

(3) Dem Arzt ist es nicht gestattet, für den Bezug der in Absatz 1 genannten Produkte, Geschenke oder andere Vorteile für sich oder einen Dritten zu fordern. Diese darf er auch nicht sich oder Dritten versprechen lassen oder annehmen, es sei denn, der Wert ist geringfügig.

(4) Die Annahme von geldwerten Vorteilen in angemessener Höhe für die Teilnahme an wissenschaftlichen Fortbildungsveranstaltungen ist nicht berufswidrig. Der Vorteil ist unangemessen, wenn er die Kosten der Teilnahme (notwendige Reisekosten, Tagungsgebühren) des Arztes an der Fortbildungsveranstaltung übersteigt oder der Zweck der Fortbildung nicht im

Vordergrund steht. Sätze 1 und 2 gelten für berufsbezogene Informationsveranstaltungen von Herstellern entsprechend.

§ 34

Verordnungen, Empfehlungen und Begutachtung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln

(1) Dem Arzt ist es nicht gestattet, für die Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln oder Medizinprodukten eine Vergütung oder andere Vorteile für sich oder Dritte zu fordern, sich oder Dritten versprechen zu lassen oder anzunehmen.

(2) Der Arzt darf Ärztemuster nicht gegen Entgelt weitergeben.

(3) Dem Arzt ist es nicht gestattet, über Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, Körperpflegemittel oder ähnliche Waren Werbevorträge zu halten oder zur Werbung bestimmte Gutachten zu erstellen.

(4) Der Arzt darf einer missbräuchlichen Anwendung seiner Verschreibung keinen Vorschub leisten.

(5) Dem Arzt ist nicht gestattet, Patienten ohne hinreichenden Grund an bestimmte Apotheken, Geschäfte oder Anbieter von gesundheitlichen Leistungen zu verweisen.

§ 35

Fortbildungsveranstaltungen und Sponsoring

Werden Art, Inhalt und Präsentation von Fortbildungsveranstaltungen allein von einem ärztlichen Veranstalter bestimmt, so ist die Annahme von Beiträgen Dritter (Sponsoring) für Veranstaltungskosten in angemessenem Umfang erlaubt. Beziehungen zum Sponsor sind bei der Ankündigung und Durchführung offen darzulegen.

C. Verhaltensregeln

(Grundsätze korrekter ärztlicher Berufsausübung)

Nr. 1

Umgang mit Patienten

Eine korrekte ärztliche Berufsausübung verlangt, dass der Arzt beim Umgang mit Patienten

- ihre Würde und ihr Selbstbestimmungsrecht respektiert,
- ihre Privatsphäre achtet,
- über die beabsichtigte Diagnostik und Therapie, ggf. über ihre Alternativen und über seine Beurteilung des Gesundheitszustandes in für den Patienten verständlicher und angemessener Weise informiert und insbesondere auch das Recht, empfohlene Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen abzulehnen, respektiert,
- Rücksicht auf die Situation des Patienten nimmt,
- auch bei Meinungsverschiedenheiten sachlich und korrekt bleibt,
- den Mitteilungen des Patienten gebührende Aufmerksamkeit entgegenbringt und einer Patientenkritik sachlich begegnet.

Nr. 2

Behandlungsgrundsätze

Übernahme und Durchführung der Behandlung erfordern die gewissenhafte Ausführung der gebotenen medizinischen Maßnahmen nach den Regeln der ärztlichen Kunst. Dazu gehört auch

- rechtzeitig andere Ärzte hinzuzuziehen, wenn die eigene Kompetenz zur Lösung der diagnostischen und therapeutischen Aufgabe nicht ausreicht,
- rechtzeitig den Patienten an andere Ärzte zur Fortsetzung der Behandlung zu überweisen,
- dem Wunsch von Patienten nach Einholung einer Zweitmeinung sich nicht zu widersetzen,
- für die mit- oder weiterbehandelnden Ärzte die erforderlichen Patientenberichte zeitgerecht zu erstellen.

Nr. 3

Umgang mit nichtärztlichen Mitarbeitern

Eine korrekte ärztliche Berufsausübung verlangt auch, dass der Arzt bei der Ausübung seiner ärztlichen Tätigkeit nichtärztlichen Mitarbeitern die gebotene Achtung entgegenbringt.

D. Ergänzende Bestimmungen zu einzelnen ärztlichen Berufspflichten

I. (aufgehoben)

II. (aufgehoben)

III. Pflichten bei grenzüberschreitender ärztlicher Tätigkeit

Nr. 12

Praxen deutscher Ärzte in anderen EU-Mitgliedstaaten

Führt ein Arzt neben seiner Niederlassung oder neben seiner ärztlichen Berufstätigkeit im Geltungsbereich dieser Berufsordnung in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union eine Praxis oder übt er dort eine weitere ärztliche Berufstätigkeit aus, so hat er dies der Ärztekammer anzuzeigen. Der Arzt hat Vorkehrungen für eine ordnungsgemäße Versorgung seiner Patienten am Ort seiner Berufsausübung im Geltungsbereich dieser Berufsordnung während seiner Tätigkeit in den anderen Mitgliedstaaten zu treffen. Die Ärztekammer kann verlangen, dass der Arzt die Zulässigkeit der Eröffnung der weiteren Praxis nach dem Recht des betreffenden Mitgliedstaats der Europäischen Union nachweist.

Nr. 13

Grenzüberschreitende ärztliche Tätigkeit von Ärzten aus anderen EU-Mitgliedstaaten

Wird ein Arzt, der in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union niedergelassen ist oder dort seine berufliche Tätigkeit entfaltet, vorübergehend im Geltungsbereich dieser Berufsordnung grenzüberschreitend ärztlich tätig, ohne eine Niederlassung zu begründen, so hat er die Vorschriften dieser Berufsordnung zu beachten. Dies gilt auch, wenn der Arzt sich darauf beschränken will, im Geltungsbereich dieser Berufsordnung auf seine Tätigkeit aufmerksam zu machen; die Ankündigung seiner Tätigkeit ist ihm nur in dem Umfang gestattet, als sie nach dieser Berufsordnung erlaubt ist.

IV. Pflichten in besonderen medizinischen Situationen

Nr. 14

Schutz des menschlichen Embryos

Die Erzeugung von menschlichen Embryonen zu Forschungszwecken sowie der Gentransfer in Embryonen und die Forschung an menschlichen Embryonen und totipotenten Zellen sind verboten. Verboten sind diagnostische Maßnahmen an Embryonen vor dem Transfer in die weiblichen Organe; es sei denn, es handelt sich um Maßnahmen zum Ausschluss schwerwiegender geschlechtsgebundener Erkrankungen im Sinne des § 3 Embryonenschutzgesetz.

Nr. 15

In-vitro-Fertilisation, Embryotransfer

(1) Die künstliche Befruchtung einer Eizelle außerhalb des Mutterleibes und die anschließende Einführung des Embryos in die Gebärmutter oder die Einbringung von Gameten oder Embryonen in den Eileiter der genetischen Mutter sind als Maßnahmen zur Behandlung der Sterilität ärztliche Tätigkeiten und nur nach Maßgabe des § 13, insbesondere der als Anlage beschlossenen Richtlinie, zulässig. Die Verwendung fremder Eizellen (Eizellenspende) ist bei Einsatz dieser Verfahren verboten.

(2) Ein Arzt kann nicht verpflichtet werden, an einer In-vitro-Fertilisation oder einem Embryotransfer mitzuwirken.

E. Inkrafttreten

Die Berufsordnung in der Fassung der Satzung zur Änderung der Berufsordnung vom 24. November 2004 tritt mit Ausnahme von § 19 Abs. 2 sowie § 23a am 1. Januar 2005 in Kraft.

Dresden, 13. November 2004

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

gez. Liebscher
Dr. Liebscher
Schriftführer

Anlage 1 zu Kapitel D Nr. 15 der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer

Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion

Präambel

Diese Richtlinie ist erforderlich, da die bisherige Regelung – die Empfehlungen zur Durchführung der assistierten Fertilitätstherapie bei der Frau – die neuen Techniken auf dem Gebiet der Reproduktionsmedizin unberücksichtigt lässt. Die Modifizierung der Verfahren und die Entwicklung neuer diagnostischer und therapeutischer Verfahren erfordern eine Fortschreibung der genannten Regelung.

Als assistierte Reproduktion wird die ärztliche Hilfe zur Erfüllung des Kinderwunsches eines Paares durch medizinische Hilfen und Techniken bezeichnet, wenn nicht zu erwarten ist, dass der Kinderwunsch auf natürlichem Weg erfüllt werden kann. Zu der assistierten Reproduktion gehören der intratubare

Gametentransfer (GIFT), die In-vitro-Fertilisation mit Embryotransfer (IVF und ET) und die intrazytoplasmatische Spermatozoeninjektion (ICSI), der intratubare Zygotentransfer (ZIFT) und intratubare Embryotransfer (EIFT) sowie verwandte Methoden. Diese Richtlinie schließt die Anwendung der assistierten Reproduktion zum Zwecke der Präimplantationsdiagnostik nicht ein, ebenso befasst sich die Richtlinie nicht mit den verschiedenen Verfahren der hormonellen Stimulationsbehandlung und der Insemination als alleinige Maßnahmen.

1. Definitionen

Unter GIFT (= Gameten-Intrafallopian-Transfer = intratubarer Gametentransfer) versteht man den Transfer der männlichen und weiblichen Gameten in den Eileiter. Unter In-vitro-Fertilisation (IVF), auch „extrakorporale Befruchtung“ genannt, versteht man die Vereinigung einer Eizelle mit einer Samenzelle außerhalb des Körpers. Die Einführung des Embryos in die Gebärmutter wird als Embryotransfer (ET) bezeichnet. Die intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) ist ein Verfahren, bei dem eine menschliche Samenzelle in eine menschliche Eizelle injiziert wird mit dem Ziel, eine Schwangerschaft bei der Frau herbeizuführen, von der die Eizelle stammt. Die dazu verwendeten männlichen Keimzellen können aus dem Ejakulat oder aus dem Nebenhoden (MESA = Microsurgical epididymal sperm aspiration oder PESA = percutaneous epididymal sperm aspiration) gewonnen werden. Bei Azoospermie und schwerster Oligoasthenoatozoospermie lassen sich Spermien u. U. aus dem Hoden aspirieren (TESA = testicular sperm aspiration) oder aus dem bioptisch gewonnenen Hodengewebe extrahieren (TESE = testicular sperm extraction). Mit ZIFT (Zygote-Intrafallopian-Transfer = intratubarer Zygotentransfer) bezeichnet man die Einführung der Zygote in den Eileiter. Mit EIFT (= Embryo-Intrafallopian-Transfer = intratubarer Embryotransfer) wird die Einführung des Embryos in den Eileiter bezeichnet.

2. Medizinische und ethische Vertretbarkeit

GIFT und IVF mit anschließendem ET sowie die ICSI und verwandte Methoden stellen Therapien bestimmter Formen von Unfruchtbarkeit dar, bei denen andere Behandlungsmethoden versagt haben oder aussichtslos sind.

3. Zulassungsbedingungen für die assistierte Reproduktion

3.1 Rechtliche Voraussetzungen

Jeder Arzt, der solche Maßnahmen durchführen will und für sie die Gesamtverantwortung trägt, hat sein Vorhaben der Ärztekammer anzuzeigen und nachzuweisen, dass die berufrechtlichen Anforderungen erfüllt sind. Änderungen der für die Zulassung maßgeblich gewesenen Voraussetzungen sind der Ärztekammer unverzüglich anzuzeigen.

Kein Arzt kann gegen sein Gewissen verpflichtet werden, an einer assistierten Reproduktion mitzuwirken.

3.2 Medizinische und soziale Voraussetzungen

3.2.1 Medizinische Indikation

Eine unerklärbare (idiopathische) Unfruchtbarkeit kann nur als Indikation für eine assistierte Reproduktion angesehen werden, wenn alle erforderlichen diagnostischen Maßnahmen durchgeführt und alle primären therapeutischen Möglichkeiten genutzt wurden.

3.2.1.1 IVF und ET

- Absolute Indikationen:
Tuberverschluss, fehlende und entfernte Tuben bzw. tubare Funktionsstörung.
- Relative Indikationen:
Einige Formen männlicher Fertilitätsstörungen, immunologisch bedingte Unfruchtbarkeit sowie tubare Funktionseinschränkungen bei Endometriose. Idiopathische und psychogene Sterilität.

3.2.1.2 GIFT und EIFT sowie verwandte Methoden

- Indikationen:
Einige Formen männlicher – mit anderen Therapien einschließlich der intrauterinen Insemination nicht behandelbarer – Fertilitätsstörungen und immunologisch bedingte Unfruchtbarkeit.

3.2.1.3 ICSI

Vor einer ICSI-Therapie muss eine genaue Anamnese, insbesondere eine exakte Familienanamnese beider Partner (u. a. Fehlgeburten, Totgeburten, Personen mit körperlichen oder geistigen Behinderungen, andere Familienmitglieder mit Fertilitätsstörungen) durchgeführt werden. Ergeben sich Hinweise auf Erkrankungen, die genetisch bedingt sein könnten, so muss eine Beratung durch einen Humangenetiker erfolgen.

- Indikationen:
Eine Indikation zur ICSI ist dann gegeben, wenn bei schwerer männlicher Infertilität oder aufgrund anderer Gegebenheiten (z. B. erfolglose Befruchtungsversuche im Rahmen der IVF) die Herbeiführung einer Schwangerschaft höchst unwahrscheinlich ist.
- Gewinnung der Spermatozoen:
Die für die ICSI verwandten Spermien können aus dem Ejakulat, aus den ableitenden Samenwegen (vorwiegend dem Nebenhoden) oder aus dem Hoden gewonnen werden.

Bei Azoospermie können Spermien aus dem Nebenhoden (MESA, PESA) bzw. aus dem Hoden (TESA) aspiriert werden oder aus dem bioptisch gewonnenen Hodengewebe extrahiert werden (TESE). Die Verwendung von haploiden Keimzellen vor der Entwicklung zu Spermien (Spermatiden) befindet sich noch in der Erprobungsphase und kann noch nicht generell empfohlen werden.

3.2.2 Medizinische Kontraindikationen

- Absolute Kontraindikationen:
Alle Kontraindikationen gegen eine Schwangerschaft.
- Relative Kontraindikationen:

Durch Anwendung der Methode entstehende, im Einzelfall besonders hohe medizinische Risiken für die Gesundheit der Frau durch eine Schwangerschaft oder für die Entwicklung des Kindes.

3.2.3 Elterliche Voraussetzungen

Der Arzt soll im Rahmen einer Sterilitätsbehandlung darauf hinwirken, dass dem Paar eine kompetente Beratung über dessen mögliche psychische Belastung und die für das Wohl des Kindes bedeutsamen Voraussetzungen zuteil wird. Beim Einsatz der genannten Methoden dürfen nur die Eizellen der Frau befruchtet werden, bei der die Schwangerschaft herbeigeführt werden soll. Grundsätzlich darf nur Samen des Ehepartners Verwendung finden. Die Anwendung dieser Methoden bei nicht verheirateten Paaren in stabiler Partnerschaft darf nur nach vorheriger Anhörung durch die bei der Ärztekammer eingerichtete Kommission durchgeführt werden. Sollen bei der Anwendung dieser Methoden fremde Samenzellen (Samenspende) verwendet werden, bedarf dies eines zustimmenden Votums der bei der Ärztekammer eingerichteten Kommission. Die Anwendung der Methoden ist unzulässig, wenn erkennbar ist, dass die Frau, bei der die Schwangerschaft herbeigeführt werden soll, ihr Kind nach der Geburt auf Dauer Dritten überlassen will. Die Anwendung der Methoden bei alleinstehenden Frauen und in gleichgeschlechtlichen Beziehungen ist nicht zulässig.

3.3 Diagnostische Voraussetzungen

Jeder Anwendung dieser Methode hat eine sorgfältige Diagnostik bei den Partnern vorauszugehen, die alle Faktoren berücksichtigt, die sowohl für den unmittelbaren Therapieerfolg als auch für die Gesundheit des Kindes von Bedeutung sind.

3.4 Aufklärung und Einwilligung

Die betroffenen Paare müssen vor Beginn der Behandlung über den vorgesehenen Eingriff, die Einzelschritte des Verfahrens, Erfolgsaussichten, Komplikationsmöglichkeiten, Kosten sowie über relevante juristische und soziale Gesichtspunkte informiert werden. Sie sind auch darüber aufzuklären, welche Maßnahmen für den Fall möglich sind, dass Embryonen aus unvorhersehbarem Grunde nicht transferiert werden können. Die erfolgte Aufklärung und die Einwilligung der Partner zur Behandlung müssen schriftlich fixiert und von beiden Partnern und dem aufklärenden Arzt unterzeichnet werden.

3.5 Fachliche, personelle und technische Voraussetzungen als Zulassungsbedingungen

Die Zulassung zur Durchführung dieser Methoden als Therapieverfahren setzt die Erfüllung bestimmter festgelegter fachlicher, personeller und technischer Mindestanforderungen voraus. Es gelten insoweit die Voraussetzungen, insbesondere die Anlage 1 oder 2 der Richtlinien des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit und Familie zur Genehmigung

von Maßnahmen zur Durchführung künstlicher Befruchtungen durch Ärzte, Einrichtungen und Krankenhäuser vom 4. Dezember 1998 (veröffentlicht im Sächsischen Amtsblatt 1998, S. 895 ff.).

4. Durchführungsbedingungen

4.1 Gewinnung von Gameten und Transfer von Gameten und Embryonen

Für die Sterilitätsbehandlung mit den genannten Methoden dürfen maximal drei Eizellen befruchtet und drei Embryonen innerhalb eines Behandlungszyklusses auf die Frau übertragen werden (§ 1 Abs. 1 Nr. 3 ESchG). An den zum Transfer vorgesehenen Embryonen dürfen keine Maßnahmen vorgenommen werden, die nicht unmittelbar dem Wohle des Kindes dienen. Höhergradige Mehrlinge sollten vermieden werden, da hierbei sowohl das Leben der Frau gefährdet, als auch die Morbidität und Mortalität der meist frühgeborenen Kinder deutlich erhöht ist. Es ist deshalb anzuraten, bei Patientinnen unter 35 Jahren nur zwei Eizellen zu befruchten und zwei Embryonen zu transferieren. Auch bei den übrigen verwandten Methoden dürfen ebenfalls maximal drei Pronukleusstadien oder Embryonen intratubar übertragen werden (§ 1 Abs. 1 Nr. 3 und 4 des ESchG).

4.2 Kryokonservierung

Die Kryokonservierung einer imprägnierten Eizelle ist nur im Stadium der Vorkerne zulässig. Kryokonservierung von Embryonen ist nur in den im Embryonenschutzgesetz geregelten Ausnahmefällen zulässig, wenn die im Behandlungszyklus vorgesehene Übertragung nicht möglich ist (§ 9 Abs. 3 ESchG). Die weitere Kultivierung von Eizellen im Vorkernstadium darf nur zum Zwecke des Transfers und mit Einwilligung beider Eltern vorgenommen werden. Es sind Vereinbarungen zu treffen, nach denen Eizellen im Vorkernstadium nicht weiter kryokonserviert werden dürfen, wenn dies von einem der Partner verlangt wird oder wenn ein Partner verstorben ist. Die Kryokonservierung von ejakulierten, epididymalen und testikulären Spermatozoen bzw. von Hodengewebe kann ohne Einschränkung durchgeführt werden.

4.3 Verfahrens- und Qualitätssicherung

Zum Zwecke der Verfahrens- und Qualitätssicherung legen die Arbeitsgruppen gemäß Buchstabe B., Abschnitt VI, Nr. 2.5 der Richtlinien des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit und Familie zur Genehmigung von Maßnahmen zur Durchführung künstlicher Befruchtungen durch Ärzte, Einrichtungen und Krankenhäuser der Kommission „Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung“ einen Jahresbericht bis zum 31. März des Folgejahres vor.

4.4 Kommerzielle Nutzung

Die kommerzielle Nutzung von menschlichen Embryonen gemäß § 2 ESchG ist unzulässig.

A. Teubner, U. Stölzel

Funktionelle Dyspepsie und Reizdarmsyndrom

Klinik Chemnitz gGmbH
Klinik für Innere Medizin II

Zusammenfassung

Es bleibt eine ärztliche Kunst, Alarmsymptome, besondere anamnestische Angaben und Änderungen im Verlauf wahrzunehmen, um funktionellen Erkrankungen von organischen Erkrankungen zu unterscheiden. Ein Grundmisstrauen gegenüber der

eigenen Einschätzung hilft seltene verborgene Ursachen zu finden. Die kontinuierliche Betreuung in einem Netz von hausärztlicher, gastroenterologischer und psychotherapeutischer Kompetenz ist die beste Option, dem Patienten fair zu helfen. Das

Ziel einer kompletten Beschwerdefreiheit ist häufig unrealistisch.

Schlüsselworte: Funktionelle Dyspepsie, Reizdarmsyndrom, Funktionelle Darm-erkrankung

Bis vor wenigen Jahren führte die fast vollständig fehlende wissenschaftliche Grundlage zu großen Unsicherheiten im Verständnis von funktionellen Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes. Erst Mitte der 80er Jahre wurde mit der Entwicklung von diagnostischen Kriterien begonnen. 1989 folgten die ROM I- und 1999 die ROM II-Kriterien. Funktionelle Erkrankungen werden darin als krankhaft veränderte Funktionen des Magen-Darm-Traktes ohne erkennbare morphologische oder biochemische Veränderungen definiert.

Diese Klassifikationen sind primär am führenden Symptom orientiert. Als häufigste Formen treten die Funktionelle Dyspepsie (FD) mit einer Prävalenz von 20 bis 30 Prozent und das Reizdarmsyndrom (RDS) mit 15 bis 25 Prozent auf. Ein/-e behandlungspflichtige Patient/-in mit RDS verursacht in Deutschland durchschnittlich 994,97 Euro pro Jahr direkte und indirekte Kosten (Müller-Lissner, S. A.; Pirk, O., 2002). Die Beschwerden lassen sich in der Praxis häufig schwer voneinander abgrenzen. Funktionelle Dyspepsie und Reizdarmsyndrom sind in 30 Prozent miteinander assoziiert.

Pathophysiologie

Die Brain-Gut-Achse vermittelt die viszerale Perzeption im Gastrointestinaltrakt über Neurone im Hinterhorn des Rückenmarks, Thalamus, Hirnstamm, limbischen System und Kortex. Enteroendokrine Zellen, insbesondere die serotoninproduzierenden enterochromaffi-

nen Zellen, initiieren die afferenten Projektionen zum zentralen Nervensystem und höheren Hirnzentren. Deszendierende Bahnen führen efferente Fasern und modulieren das System. Verschiedene exogene Faktoren, Stress und Depressionen können über diese Bahnen die Funktionen, die Motilität und die Schmerzempfindung verändern.

Psychosoziale Faktoren können mit einer Imbalance von Neurotransmittern einhergehen, die Motilitätsstörungen und eine viszerale Hypersensitivität vermitteln. Darüber hinaus werden intestinale Infektionen als Trigger diskutiert.

Symptome und Diagnose

In der Praxis lassen sich Funktionelle Dyspepsie und Reizdarmsyndrom häufig nicht voneinander abgrenzen. Nach den Rom II-Kriterien werden persistierende oder rezidivierende Schmerzen im mittleren Oberbauch

- während mindestens 3 Monaten im letzten Jahr,
- ohne Hinweis auf eine organische Erkrankung,
- ohne Verbindung zu Stuhlunregelmäßigkeiten oder Defäkation

als funktionelle Dyspepsie definiert.

Die Patienten klagten über epigastrische Schmerzen, Völlegefühl, Aufstossen, frühzeitiges Sättigungsgefühl, Erbrechen oder Sodbrennen. Für die Risikostratifizierung sind Anamnese und klinische Untersuchung unverzichtbar. Die Patienten müssen gezielt nach sogenannten Alarmsymptomen (Abbildung 1) und Hinweisen für eine organische Erkrankung wie Refluxkrankheit (retrosternales Brennen, Lageabhängigkeit), Ulcera (Ulcus-, Familienanamnese, Teerstuhl, Nikotin), Pankreatitis (gürtelförmige Schmerzen) oder Krankheiten des biliären Systems (Ikterus, postprandiale Schmerzen, Assoziation mit Mahlzeiten) befragt werden. Nicht vergessen werden dürfen Medikamente (NSAR, Alendronat, Acarbose, Metformin, Theophyllin), aber auch unverdauliche Nahrungsmittel oder einige Gewürze wie zum Beispiel roter Pfeffer.

Die Abdomensonographie sollte grundsätzlich im Prozess der differenzialdiagnostischen Abklärung organischer Befunde erfolgen. Dieses Verfahren ermöglicht jedoch keine Prädiktion einer funktionellen Störung (Malfertheiner, P.; Holtmann, G.; Peitz, U.; et al., 2001). Obwohl die Frage einer Ösophago-Gastro-Duodenoskopie (ÖGD) kontrovers diskutiert wird, besitzt dieses Verfahren unzweifelhaft die höchste Aussagekraft. Bei einigen Patienten führt eine ÖGD darüber hinaus unabhängig vom Ergebnis der Untersuchung zu einer Besserung der Symptomatik (Rabeneck, L.; Wristers, K.; Soucek, J.; et al., 2003). Die absolute Indikation zur ÖGD besteht insbesondere bei den oben erwähnten Alarmsymptomen, NSAR-Einnahme oder einem Alter von mehr als 45 Jahren. Bei einem Alter unter 45 Jahren und fehlenden Alarmsymptomen kann zunächst ein empirischer Therapieversuch mit Säuresekretionshemmern oder Prokinetika für vier Wochen unternommen werden (Abbildung 2). Studien zeigten keinen Unterschied in der Kosten-Nutzen-Analyse zwischen empirischer Behandlung und initialer ÖGD (Silverstein, M.; Petterson, T.; Talley, N., 1996). Die Rolle von *Helicobacter pylori* (HP) als Wegbereiter der Funktionellen Dyspepsie wird ebenfalls kontrovers diskutiert. Die inflammatorische Reaktion könnte die Funktion der glatten Muskulatur und die Schmerzschwelle beeinflussen. Der nichtinvasive *Helicobacter*-Test mit nachfolgender HP-Eradikation als sogenannte „test and treat“-Strategie ist zurzeit jedoch nicht als GKV-Leistung abrechenbar (Birkner, B.; Hotz, J.; Labenz J.; et al., 2004).

In die Kriterien des Reizdarmsyndroms (ROM II) sind abdominelle Schmerzen oder Beschwerden während mindestens 12 Wochen der vorhergehenden 12 Monate mit zwei der drei folgenden Symptome:

- Besserung nach Defäkation,
- Assoziation mit Veränderung der Stuhlfrequenz,
- Assoziation mit Veränderung der Stuhlkonsistenz

Gewichtsabnahme
Fieber
Anämie
Blutungszeichen
nächtliche Symptomatik
kurze Anamnese
Schluckstörungen
anhaltender Appetitverlust
rezidivierendes Erbrechen
anhaltende Diarrhoe

Abbildung 1: Alarmsymptome

integriert. Die Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) ergänzt in ihrer Klassifikation die Assoziation mit einem Gefühl der Blähungen oder abdominellen Distension. Nach der führenden Symptomatik wird zwischen

- Obstipations-dominanten Typ,
- Diarrhoe-dominanten Typ,
- Schmerz-Bläh-dominanten Typ

unterschieden. Für das dominierende Symptom erscheint es wichtig, Charakteristika wie Dauer, Häufigkeit, Verlauf, subjektiver Schweregrad und mögliche Trigger (Stressoren) zu kennen. Ein vom Patienten geführtes Tagebuch hat sich dabei bewährt. Schwäche, Appetitverlust, mangelnder An- und Explorationstrieb können Zeichen einer Depression sein, Platzangst und Palpitationen geben Hinweise auf Panikstörungen. Fragen wie: „Treten die Beschwerden im Urlaub oder nachts auf?“ helfen bei der Differenzialdiagnose und der Einordnung in das ganzheitliche Bild.

Laboruntersuchungen sollten initial mindestens folgende Parameter umfassen: Blutbild, BSR, CRP, Elektrolyte, Blutzucker, Kreatinin, ALT, AST, γ -GT, AP, Amylase; TSH Hämoculttest und Urinstatus. Stuhluntersuchungen auf enteropathogene Bakterien oder Protozoen sind insbesondere bei positiver Reiseanamnese notwendig.

Der Einsatz der Sonographie ist zum Ausschluss organischer Ursachen unverzichtbar. Die Indikation zur Koloskopie besteht bei einem Alter von mehr als 50 Jahren, beim

Vorliegen von Alarmsymptomen und einer positiven Familienanamnese. Wird bei der initialen Untersuchung kein Hinweis für eine organische Ursache gefunden, kann ein symptomatischer Therapieversuch folgen. Nach 4 bis 6 Wochen sollte eine Verlaufskontrolle durchgeführt werden. Bei Persistenz und Alarmsymptomen ist eine erweiterte Diagnostik erforderlich. Diese richtet sich ebenfalls nach dem führenden Symptom. Abbildung 3 zeigt wichtige differenzialdiagnostischen Überlegungen.

Eine glutensensitive Enteropathie (Zöliakie, Sprue) konnte bei jedem zwanzigsten Patienten mit Reizdarm im Vergleich zu 0,25 bis 0,5 Prozent der Normalbevölkerung nachgewiesen werden. Andererseits erfüllen 20 Prozent der Patienten mit glutensensitiver Enteropathie die ROM II-Kriterien für das RDS (Sanders, D.S.; Carter, M. J.; Hurlstone, D. P.; et al. 2001; Brandt, L. J.; Bjorkman, D.; Fennerty, M. B.; et al., 2002). Die Erkrankung wird durch den serologischen Nachweis von Antikörpern gegen Endomysium und gegen die Gewebstransglutaminase vom Typ IgA, tiefe Duodenal-Biopsien (Zottenatrophie oder auch nur Nachweis vermehrter intraepithelialer Lymphozyten in Kombination mit dem für diese Erkrankung prädisponierenden HLA-Typ (HLA-DR3, HLA-DQ2)) diagnostiziert. Vom Beginn der Beschwerden bis zur Diagnose einer Sprue vergehen im Einzelfall leider immer noch bis zu 10 Jahre. Mit dem einfach durchführbaren Xylose-Resorptionstest

können unspezifisch seltenere Resorptionstörungen im oberen Dünndarm erfasst werden. Bei Patienten mit Obstipation sollte die Indikation zur Kolontransitzeitbestimmung, Anamnetrie und Defäkographie geprüft werden, um das Spektrum anorektaler Funktionsstörung zu differenzieren.

Bei Diarrhoe oder Blähungen kann mit dem Laktose-H₂-Atemtest kostengünstig die häufige Laktoseintoleranz erkannt werden. Der Laktulose-H₂-Atemtest dient zur Überprüfung der Transportfunktion des Dünndarms und zur Diagnose einer bakteriellen Überwucherung. Aktuelle Populationsstudien zeigen, dass sich in 30 Jahren etwa bei 0,7-6,5 Prozent der Patienten mit sogenanntem Reizdarm eine organische Erkrankung im Verlauf zeigt (Harvey, R. F.; Mauad, E. C.; Brown, A. M., 1987; Yawn, B. P.; Locke, G. R.; Lydick, E.; et al., 2001). Die rektale Schmerzschwelle ist bei Reizdarmpatienten als Ausdruck der viszeralen Hyperalgesie vermindert. Der rektale Ballontest oder Barostat bietet eine interessante Möglichkeit, die rektale Schmerzschwelle zu ermitteln. Bei einem Ballondruck von 40 mmHg können Patienten mit Reizdarmsyndrom mit einer Spezifität von 72 Prozent und Sensitivität von 96 Prozent von Patienten mit anderen abdominalen Schmerzen unterschieden werden (Bouin M, Plourde V, Boivin M et al., 2002). Auf die Differenzierung von Motilitätsstörungen mittels Manometrie und den Stellenwert von Botulinustoxin bei Papillendyskinesien kann hier nicht näher eingegangen werden.

Aus psychosomatischer Betrachtungsweise lassen sich einige dieser Beschwerden in die „somatoformen autonomen Funktionsstörungen“ (ICD-10: F45.3) einordnen. Charakteristisch sind vegetative Symptome wie Herzklopfen, Schwitzen, Erröten und Zittern. Zusätzlich bestehen Empfindungen, die sich auf den Gastrointestinaltrakt beziehen. Die Betroffenen beschäftigen sich gelegentlich sehr intensiv mit der vagen Möglichkeit einer ernsthaften Erkrankung. Von Angst getrieben kommt es trotz langen ärztlichen Erklärungen und Gesprächen zu einer hohen Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (Schüßler, G; 1999).

Therapie:

Grundlage für die Therapie ist eine stabile unvoreingenommene, vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung. Der Patient muss das Gefühl vermittelt bekommen, dass seine Beschwerden vom Arzt ernst genommen werden. Er soll verstehen, dass es nach den

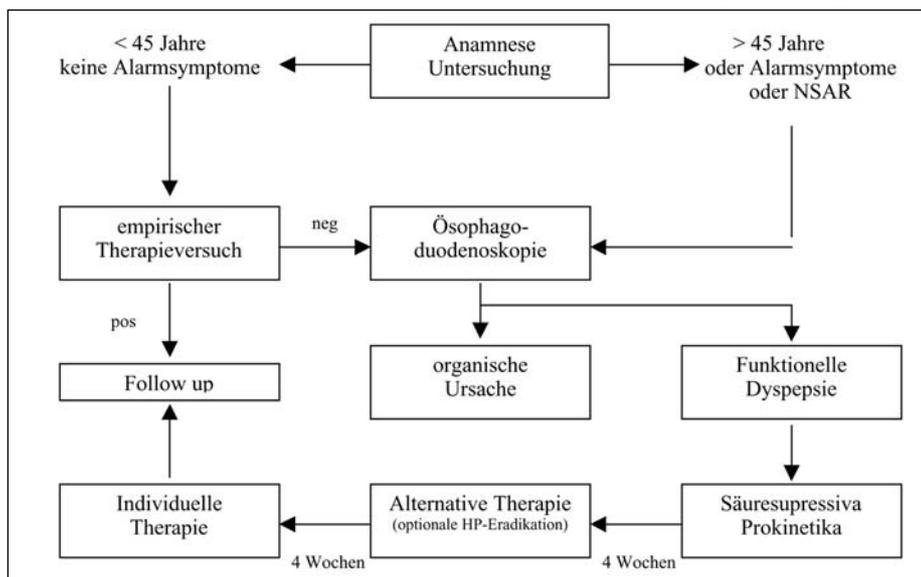


Abbildung 2: Diagnostisches Vorgehen bei Dyspepsie

durchgeführten Untersuchungen keinen Hinweis auf eine prognostisch relevante Erkrankung gibt und er lernen muss, mit den Beschwerden zu leben. Ein festgelegter Behandlungsplan hilft bei der Entwicklung realistischer Therapieziele und fördert die Eigenverantwortung des Patienten. Einfache Entspannungsübungen, Verhaltenstherapie und Stressmanagement können die Patienten stabilisieren. Unverzichtbar ist die Wiedereinbestellung des Patienten zur Kontrolle der probatorischen Therapie und des Verlaufes. Dabei muss auf das Vorliegen von neuen Aspekten, auch in Bezug auf seltenen Differenzialdiagnosen, und Alarmsymptomen geachtet werden. Bei der funktionellen Dyspepsie richtet sich die medikamentöse Therapie nach dem Symptombild. Bei säureassoziierten Symptomen ist der Einsatz von Protonenpumpeninhibitoren erste Wahl. Sie bessern bei 50–70 Prozent die Symptomatik und sind dem Einsatz von H₂-Rezeptorantagonisten überlegen. Steht die Hypomotilität im Vordergrund, lassen sich durch Prokinetika signifikante Verbesserungen nachweisen. Domperidon durchschreitet die Blut-Hirn-Schranke im Gegensatz zu Metoclopramid nicht und zeigt in der Langzeitanwendung und bei älteren Menschen weniger Nebenwirkungen. Erythromycin stimuliert über Motilinrezeptoren die Motilität im oberen Gastrointestinaltrakt. Die Substanz kann bei einer Gastroparese zum Einsatz kommen. Wir haben den Eindruck, dass Erythromycin nur selten verwendet wird und zur Anwendung bei funktioneller Dyspepsie unzureichende Daten vorliegen.

Spasmolytika und Antazida scheinen keinen überzeugenden Therapieeffekt zu besitzen. Es

gibt gute Hinweise, dass die viszerale Hypersensibilität mit niedrigen Dosen von trizyklischen Antidepressiva erfolgreich behandelt werden kann. Zu den neueren Serotoninwiederaufnahmehemmern liegen bisher keine ausreichende Daten vor.

Medikamente auf pflanzlicher Grundlage wie Iberogast zeigen in Studien unterschiedliche Ergebnisse (Birkner, B.; Hotz, J.; Labenz, J.; et al., 2004; Madisch, A.; Holtmann, G.; Mayr, G.; et al., 2004). Der Einsatz im Rahmen eines individuellen Therapieversuchs ist eher wenig bedenklich. Die Eradikation von *Helicobacter pylori* bleibt eine individuelle Option bei fehlendem Ansprechen auf andere Therapien. Einige Patienten entwickeln jedoch nach der Eradikation im Zuge der Regeneration der Magenschleimhaut Refluxsymptome. Detaillierte Diätvorschriften sind weniger erfolgsversprechend, vielmehr ist alles erlaubt, was dem Patienten gut bekommt. Mit einem Ernährungsprotokoll können auslösende Nahrungsmittel, aber auch unregelmäßige Mahlzeiten identifiziert werden.

Bei 70 Prozent der Patienten liegt eine leichte RDS mit leichter Symptomatik, guter Lebensqualität und spontanem Verlauf vor, das sich mit allgemeinen Maßnahmen führen lässt.

Die mäßige Form des RDS zeichnet sich durch häufige Symptomatik (2 bis 3 Mal wöchentlich), einer Unterbrechung der täglichen Arbeit mit Stress und Krankheitsverhalten und folgender Arztkonsultation aus. Hier ist eine zusätzlich befristete symptomorientierte medikamentöse Therapie erforderlich. Ballaststoffe verkürzen die Transitzeit und werden bei Stuhlnunregelmäßigkeiten eingesetzt. Allerdings können besonders zellulosehaltige Faserstoffe

via bakterieller Degradation im Dickdarm zu Blähungen führen, so dass Patienten bevorzugt wasserlösliche Gelbildner (Psyllium, Plautoago afra, Pectine) und Haferkleie einnehmen. Auf eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr muss geachtet werden. Beim Obstipations-dominanten RDS können osmotische Laxantien (Lactulose) hilfreich eingesetzt werden. Steht eine Diarrhoe als Symptom im Vordergrund, so kommt Loperamid zum Einsatz. Die Kombination mit Spasmolytika und Ballaststoffen verbessert die Stuhlregulierung. Beim schmerzdominanten RDS werden Anticholinergika (Butylscopamin), Mebeverin oder niedrigdosierte Antidepressiva (Amitriptylin, 25–100 mg täglich) verwendet.

5 Prozent der Patienten leiden unter einem schweren RDS mit konstanter Symptomatik und einer symptomzentrierten Einstellung, die zu extrem häufigen Arztbesuchen führen. Hier besteht neben der Pharmakotherapie die Indikation zur psychotherapeutischen Intervention (kognitive Behandlung, Hypnotherapie). Interessante neue Substanzen sind Tegaserod und Alosetron. Tegaserod ähnelt als 5-HT₄-Agonist in der Struktur dem Serotonin. Es stimuliert die Magenentleerung, beschleunigt den Kolontransit und wirkt deshalb beim Obstipations-dominanten Typ. 2 x 6 mg pro Tag führen zur Schmerzabnahme und Stuhlfrequenzerhöhung. Derzeit ist es nur für die Kurzzeitbehandlung für 12 Wochen bei Frauen zugelassen und über internationale Apotheken beziehbar.

Alosetron ist ein 5-HT₃-Antagonist und bessert bei prädominanter Diarrhoe die Stuhlkonsistenz sowie die Kolontransitzeit. Wegen dem hohen Nebenwirkungspotenzial in Form einer ischämischen Kolitis (1:700 Fälle) ist es in den USA nur für zugelassene Gastroenterologen rezeptierbar und besitzt in Deutschland momentan keine Bedeutung.

Der Einsatz von Probiotika und Phytotherapeutika kann im Einzelfall erwogen werden, obwohl die gegenwärtige Studienlage keine eindeutigen Empfehlungen ermöglicht.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenz:
Prof. Dr. med. Ulrich Stölzel
Klinik für Innere Medizin II
Klinikum Chemnitz gGmbH
PF 948
09009 Chemnitz
Telefon: 0371 33 33 32 32
Fax: 0371 33 33 32 24

Entzündliche Darmerkrankungen	Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Mastozytose, kollagene Kolitis
Metabolische Störungen	Hyper- und Hypothyreose, akute Porphyrien, Amyloidose, Schwermetallvergiftung
Tumore	kolorektales Karzinom, villöses Adenom, Gastrinom, VIPom, Karzinoide, Endometriose, Ovarialkarzinom
Malabsorption	Pankreasinsuffizienz, Sprue, Lactoseintoleranz
Infektionen	Giardia, Morbus Whipple, Entamoeba histolytica, Yersinien, Campylobacter, bakterielle Fehlbesiedlung
Ernährungsfaktoren	Sorbitol, Fruktose, Ballaststoffe, Nahrungsmittelallergie
Medikamente	Laxantien, magnesiumhaltige Antazida, Antibiotika, NSAR

Abbildung 3: Differenzialdiagnosen bei Reizdarmsyndrom

Pech gehabt, junger Kollege...

In vorherigen Beiträgen wurde über die Probleme junger Ärzte an Kliniken berichtet. Auch die Situation junger niedergelassener Ärzte ist sehr angespannt, wie ich stellvertretend an meiner Praxis erläutern will.

Nach meiner Assistenz Tätigkeit wurde ich durch familiäre Umstände vor die Entscheidung gestellt, in Deutschland eine Augenarztpraxis zu kaufen oder eine Auslandsstelle anzunehmen. Mit einem gewissen Idealismus entschied ich mich Ende 2000, trotz der Probleme im Gesundheitswesen, eine Praxis zu übernehmen und diese mit gleich bleibender Patientenzahl weiterzuführen. Zur breiteren Ausrichtung dieser Praxis wurde die Abrechnung von Spezialuntersuchungen beantragt und genehmigt sowie Investitionen vorgenommen.

Ab Mitte 2003 wurde mir ein „Individual-Budget“ auferlegt, das von diesem Zeitpunkt an keine Entwicklung der Praxis mehr zuließ. Ich hatte nun, aufgrund der Spezialuntersuchungen, den Durchschnitt der Fachgruppe schon erreicht. Möchte ich weiterhin Spezialuntersuchungen durchführen, bin ich nun gezwungen, weniger Patienten zu behandeln als der Durchschnitt meiner Fachgruppe. Pech gehabt lieber (Jung)-Arzt und liebe Patienten?!

Durch das etwas unglücklich geratene, aber sicherlich notwendige GMG muss man dem Patienten erklären, was man selbst mal von

verantwortlicher Seite gern wüsste: warum Brillenzuzahlungen, im Gegensatz zu anderen Hilfsmitteln, selbst bei Bedürftigen so radikal gekürzt wurden, warum ärztlich verordnete rezeptfreie Arzneimittel, selbst bei Zuzahlungsbefreiten nicht mehr bezahlt werden, weshalb es in der Augenheilkunde keine gesetzlichen Vorsorgeuntersuchungen gibt und warum im Quartal nicht mehr so viele Patienten behandelt werden können, wie es notwendig erscheint. Selbst das gemeinsame, hintersinnige Lachen von Patient und Arzt beim Ausstellen bürokratischer Überweisungen vom Augenarzt zum Gynäkologen oder Hausarzt ist inzwischen erloschen. Es hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass diese fachlich völlig unsinnige Regelung bleiben soll. Der bürokratische Aufwand steigt jedes Jahr.

Das alles führt zu einer ständigen Frustration, die sich noch ertragen ließe, wenn wir Ärzte uns in wesentlichen Punkten einig wären.

Nicht ertragbar ist jedoch, dass existenzbedrohende Entscheidungen unabhängig von gesetzlichen Notwendigkeiten durch meine ärztlichen Kollegen erfolgen. So wird ab April 2005 die augenärztliche Einzelpraxis, nach Schätzungen des Berufsverbandes, durch den EBM 2000 plus möglicherweise für die gleiche Leistung ca. 20 Prozent weniger vergütet bekommen als eine Gemeinschaftspraxis (unabhängig davon, ob die Einzelpraxis vernetzt oder einem Ärztehaus angeschlossen ist). Junge Praxen dürfen sich, weitgehend unbe-

rücksichtigt ihrer Besonderheiten, nur bis zum Durchschnitt der älteren Kollegen entwickeln.

Wenn man sich in der Ärztekammer mit dem Thema Ärztemangel in Sachsen beschäftigt, sollte man bedenken, dass die Rahmenbedingungen für junge Ärzte schlecht sind und vor allem in der ärztlichen Selbstverwaltung (noch gibt es sie ja) gestaltet werden. Dieser Problematik der Chancengleichheit dürfen sich ruhig auch die Kammern der Ärzte annehmen. Nicht immer ist ein dezentes Schweigen bei innerärztlichen Problemen sinnvoll und politisch klug. Vor allem dann nicht, wenn es um die eigene Akzeptanz unserer Selbstverwaltung und um die Zukunft der (jungen) ärztlichen Kollegen in Sachsen geht.

Dr. Wolfram Lieschke,
Ausschuss „Junge Ärzte“

Anmerkung der Redaktion:

Die Abschaffung des AiP ist auf Druck der Ärztekammern zustande gekommen. Es wird dadurch mittelfristig eine Verbesserung der Rahmenbedingungen für junge Ärzte erwartet. Die Ausschüsse der Sächsischen Landesärztekammer arbeiten zudem weiterhin bei der Lösung aktueller Probleme auch auf Bundesebene mit.

Dauber Feneis' Bild-Lexikon der Anatomie



9. komplette überarbeitete Auflage
2004

450 Seiten
800 Abbildungen
EUR 29,95
ISBN 3133301098

Dieses Taschenbuch ist in über 30 Jahren zu einem Klassiker der Anatomie geworden.

Der Titel des Buches von „Anatomisches Bildwörterbuch“ zu „Bild-Lexikon der Anatomie“ wurde geändert. Mit dem neuen Namen wird

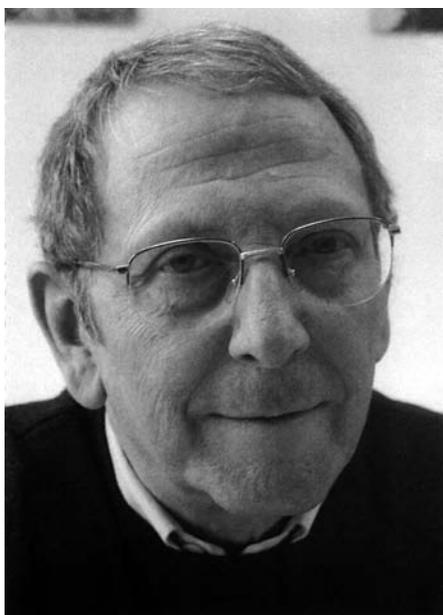
der Leitgedanke des Buches deutlicher, nämlich dem Nutzer in Wort und Bild eine Kurzinformation über alle nach internationaler Übereinkunft gültigen anatomischen Begriffe zu bieten. Alle über 8000 anatomische Fachbegriffe werden in Wort kurz, prägnant und präzise definiert und mindestens einmal in mehr als 800 exakten anatomischen Zeichnungen dargestellt.

Dieser Auflage wurde erstmalig die komplette durch das FCAT (Federative Committee on Anatomical Terminology) festgelegte offizielle und neue Terminologia Anatomica mit mehr als 1250 zusätzlichen Fachtermini zugrunde gelegt. Eine klare und übersichtliche Hierarchisierung der Begriffe erlaubt die

schnelle Orientierung innerhalb der Anatomie. Das Taschenbuch ist gut zum Nachschlagen oder zur Prüfungsvorbereitung. Mit zwei Sachverzeichnissen – lateinisch und englisch – wird das Buch zu einer verbindlichen Übersetzungshilfe beim wissenschaftlichen Publizieren. Das Taschenbuch ist den Medizin- und Zahnmedizinstudenten, Ärzten, Gutachtern, Wissenschaftlern und allen, die auf die Kenntnis korrekter anatomischer Fachtermini angewiesen sind, zu empfehlen.

Prof. Dr. Klug

Prof. Dr. med. habil. Peter Schneider zum 65. Geburtstag



Peter Schneider wurde am 16. Januar 1940 in Ludwigshafen geboren. Grund- und Oberschule besuchte er in Meißen, wo er 1958 das Abitur ablegte. Von 1959 bis 1965 studierte er Humanmedizin in Leipzig und Dresden. Nach Staatsexamen 1965 und Pflichtassistentz in Leisnig folgte von 1966 bis 1970 die Facharztausbildung zum Kinderarzt an der von Prof. Siegfried Liebe geleiteten Universitätskinderklinik Leipzig.

1968 heirateten Peter Schneider und Roswitha Albrecht. Ihr 1970 geborener Sohn Klaus-Peter ist promovierter Physiker und lebt heute in München.

Nach Promotion 1968 und Facharztprüfung 1970 arbeitete Dr. Schneider unter seinem langjährigen Lehrer und Chef Prof. Karl Bock als Stationsarzt der kinder-kardiologischen Station. 1976 erlangte er die Anerkennung als Kinderkardiologe. Nach Habilitation 1983 folgten 1984 die Ernennung zum Oberarzt und die Berufung zum Hochschuldozenten für Kinderheilkunde mit Schwerpunkt pädiatrische Kardiologie. Von 1987 bis 1988 folgte Dozent Schneider einem Lehrauftrag für Pädiatrie am Gondar College of Medical Sciences der Universität Addis Abeba, Äthiopien. 1988 wurde er in Nachfolge von Karl Bock zum Ordentlichen Professor der Universität Leipzig und zum Leiter der Abteilung für Pädiatrische Kardiologie der Universitätskinderklinik berufen. 1991 wurde Prof. Schnei-

der zum Stellvertreter des Klinikdirektors Prof. Wolfgang Braun ernannt. 1992 erfolgte die Bestätigung als Universitätsprofessor neuen Rechts.

Bereits frühzeitig erkannte Prof. Schneider das Potenzial der Verbindung spezialisierter universitärer Medizin mit der Wirtschaftskraft eines privat betriebenen Unternehmens. Von Anfang an arbeitete er in der vom Sächsischen Staatsministerium geleiteten Projektgruppe am Vorhaben einer privat investierten und betriebenen Universitätsklinik mit. Trotz vieler Vorbehalte und gegen manche Widerstände wurde 1994 das Herzzentrum Leipzig gegründet, an dem Prof. Schneider Direktor der Universitätsklinik für Kinderkardiologie wurde. Am Aufbau dieser Klinik hat Prof. Schneider in den letzten zehn Jahren bescheiden und zurückhaltend, aber ebenso beharrlich und unermüdlich gearbeitet. In enger Zusammenarbeit mit den Herzchirurgen um Prof. Friedrich Wilhelm Mohr, den Kardiologen um Prof. Gerhard Schuler und allen anderen Mitarbeitern ist ein Zentrum von überregionaler Bedeutung und internationaler Reputation entstanden, das sich einen hervorragenden Ruf für Kompetenz und Qualität in der medizinischen Versorgung von Kindern und Erwachsenen mit angeborenen Herzfehlern erworben hat.

Auch in akademischen Kreisen findet das Leipziger Modell zunehmend Beachtung und beweist, dass wirtschaftliche Arbeitsweise, engagierte Patientenbetreuung und erstklassige Leistungen in Forschung und Lehre keinen Widerspruch darstellen. Aus dem Team um Prof. Schneider stammen mehr als 200 Publikationen in internationalen Fachzeitschriften sowie ungezählte Artikel zur Weiterbildung, Vorträge, Poster und Abstracts.

1996 waren Prof. Schneider und Leipzig Gastgeber der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie. 2000 lud Prof. Schneider für diese Gesellschaft das Pflege- und Assistenzpersonal zur 8. Fachtagung ein. Jüngster wissenschaftlicher Höhepunkt war das international hochkarätig besetzte und gut besuchte Symposium „Focus on congenital cardiac surgery“ im Dezember 2003. Im kommenden Frühjahr wird zum 17. Mal das von Prof. Schneider begründete Leipziger Seminar Kinderkardiologie stattfinden. Andere traditionelle Jahresveranstaltungen sind der von Prof. Schneider und PD Dr. Hans-Joachim Häusler initiierte „Refresherkurs Echokardiographie“ und der

von Prof. Schneider und PD Dr. Attila Tamok geleitete Internationale Leipziger Workshop „Regenerative Medicine and Immunology of Cardiovascular Surgery“.

Ein besonderes Anliegen ist Prof. Schneider stets die Aus- und Weiterbildung aller an der Kinderkardiologie Interessierten gewesen. Regelmäßig finden Veranstaltungen für betroffene Eltern und Patienten statt. Studentenseminare und Praktika in der Kinderkardiologie sind stets gut besucht, die kinder-kardiologische Ambulanz bietet einen unter Studenten im praktischen Jahr beliebten Arbeitsplatz und die kinder-kardiologisch-chirurgische Intensivstation ist eine gesuchte Hospitations- und Weiterbildungsstätte für Pädiater, Kinderchirurgen und Herzchirurgen gleichermaßen geworden. Hunderte Kinderärzte verdanken Prof. Schneider ihre ersten kardiologischen Kenntnisse, mehr als zwanzig Kinderärzte haben sich unter seiner Weiterbildungsleitung zu Kinderkardiologen spezialisiert.

Gleichzeitig hat Prof. Schneider stets der trotz hoher Spezialisierung erforderlichen Einheitlichkeit der Pädiatrie und Einigkeit der Pädiater hohe Priorität eingeräumt und die traditionell gute Kooperation mit den Leipziger Universitätskliniken für Kinderheilkunde und Kinderchirurgie gepflegt.

In wenigen Monaten wird Prof. Schneider den Lehrstuhl für Kinderkardiologie und die Leitung der Klinik für Kinderkardiologie an seinen Nachfolger übergeben. Dem Leipziger Herzzentrum wird er als einer der Gründungsväter und Ehrenchefarzt, der Leipziger Universität als Mitglied der Ethikkommission und Emeritus, der Sächsischen Landesärztekammer als Prüfer erhalten bleiben. Dennoch wird Prof. Schneider im Ruhestand mehr Zeit haben für seine Familie, seine Liebe zur Musik, zu Sprachen und Literatur und für Reisen ohne den Zeitdruck von Dienstpflichten und Terminen.

Im Namen aller, die Herrn Prof. Schneider als verantwortungsvollen Arzt, genauen Wissenschaftler, verlässlichen Kollegen und korrekt-verständnisvollen Chef kennen- und schätzen gelernt haben, wünschen wir ihm und seiner Frau für den neuen Lebensabschnitt vor allem Gesundheit, Wohlergehen und Freude am Leben.

Dr. Ingo Dähnert und
Prof. Dr. Martin Kostelka,
Leipzig

Unsere Jubilare im März

Wir gratulieren

03. 03.	60 Jahre Dr. med. Müller, Werner 04680 Colditz	20. 03.	Dr. med. von Kirchbach, Hans-Jörg 08228 Rodewisch	02. 03.	75 Jahre Prof. Dr. med. habil. Rotzsch, Wolfgang 04416 Markkleeberg
04. 03.	Dr. med. Lobodasch, Kurt 09117 Chemnitz	20. 03.	Dr. med. Pomplun, Siegfried 09599 Freiberg	09. 03.	Dr. med. Weinholt, Dieter 04178 Leipzig
05. 03.	Prof. Dr. med. habil. Adam, Horst 04158 Leipzig	20. 03.	Dr. med. Rex, Anneliese 01640 Coswig	16. 03.	Dr. med. Beger, Diethard 08349 Johanngeorgenstadt
05. 03.	Feseler, Gabriele 04178 Leipzig	21. 03.	Dr. med. Richter, Ilse 04668 Grimma	22. 03.	Prof. em. Dr. med. Marek, Helga 04249 Leipzig
07. 03.	Rebentrost, Elisabeth 04316 Leipzig	23. 03.	Hesse, Marie-Luise 09405 Zschopau	24. 03.	Weigelt, Dieter 04523 Pegau
08. 03.	Dr. med. Krüger, Rotraut 01217 Dresden	23. 03.	Dr. med. Müller, Harald 01662 Meißen	80 Jahre	
11. 03.	Dipl.-Med. Hellmich-Beutnagel, Roswitha 01069 Dresden	23. 03.	Dr. med. Pöhlant, Klaus 04207 Leipzig	15. 03.	Dr. med. Dörfelt, Ilse 09394 Hohndorf
11. 03.	Dr. med. Mehlhorn, Vera 04860 Torgau	23. 03.	Dr. med. Weise, Hannelore 04509 Delitzsch	29. 03.	Dr. med. Heimann, Margot 08058 Zwickau
11. 03.	Dr. med. Volkmar, Walter 09337 Hohenstein-Ernstthal	24. 03.	Dr. med. Oettler, Heide 01877 Bischofswerda	30. 03.	Dr. med. Bergner, Hilda 01099 Dresden
12. 03.	Dr. med. Weiner, Manfred 02953 Bad Muskau	24. 03.	Doz. Dr. med. habil. Schönfelder, Jost 04319 Leipzig	81 Jahre	
13. 03.	Pöhle, Gudrun 02730 Ebersbach	25. 03.	Dr. med. Donaubauer, Bernd 04758 Oschatz	05. 03.	Dr. med. Trepte, Herbert 01689 Weinböhla
14. 03.	Prof. Dr. med. habil. Glander, Hans-Jürgen 04158 Leipzig	25. 03.	Dr. med. Lutterberg, Hansjörg 09488 Schönfeld	09. 03.	Dr. med. Liebert, Helga 04451 Panitzsch
15. 03.	Dr. med. Held, Stefanie 01259 Dresden	26. 03.	Dr. med. Gruner, Barbara 09212 Limbach-Oberfrohna	17. 03.	Dr. med. Dieke, Marianne 04107 Leipzig
18. 03.	Prof. Dr. med. habil. Schorcht, Johannes 01069 Dresden	27. 03.	Dr. med. Büchner, Edda 01069 Dresden	18. 03.	Dr. med. Nawka, Maria 02627 Radibor
19. 03.	Möller, Birgit 09114 Chemnitz	27. 03.	Schmidt, Edelgard 01847 Lohmen	19. 03.	Dr. med. Stuedtner, Gerd 01217 Dresden
21. 03.	Prof. Dr. med. habil. Klemm, Eckart 01156 Dresden-Ockerwitz	28. 03.	Dr. med. Berndt, Ingrid 04680 Zschadraß	23. 03.	Dr. med. Mucke, Günther 01099 Dresden
21. 03.	Kühnel, Dorothee 04463 Großpörsna	29. 03.	Dr. med. Hausdorf, Ernst-Dietmar 01917 Kamenz	24. 03.	Prof. Dr. med. habil. Pfeiffer, Joachim 04155 Leipzig
21. 03.	Dr. med. Schmidt, Christine 01665 Klipphausen	30. 03.	Dr. med. Adrian, Barbara 01445 Radebeul	27. 03.	Eisner, Ingeborg 04103 Leipzig
27. 03.	Dr. med. Werner, Klaus 02625 Bautzen	30. 03.	Dr. med. Brendel, Sabine 04720 Döbeln	82 Jahre	
28. 03.	Gerber, Brigitte 01848 Hohnstein	30. 03.	Dr. med. Haustein, Brunhilde 04416 Markkleeberg	08. 03.	Dr. med. Viertel, Johanna 09484 Oberwesenthal
	65 Jahre	30. 03.	Dr. med. Hönicke-Wieden, Inge 01237 Dresden	09. 03.	Dr. med. Müller-Stephann, Herbert 08349 Erlabrunn
01. 03.	Dettko, Christa 02625 Bautzen	31. 03.	Dr. med. Fuchs, Edith 01187 Dresden	25. 03.	Dr. med. Michaelis, Wolfgang 09366 Stollberg
02. 03.	Dr. med. Gamaleja, Barbara 01187 Dresden	31. 03.	Dr. med. Sauerzapfe, Dietrich 04769 Mügeln	03. 03.	83 Jahre Dr. med. Eichfeld, Werner 04277 Leipzig
02. 03.	Prof. Dr. med. habil. Hunecke, Ingrid 04299 Leipzig	02. 03.	Dr. med. Thomas, Gisela 09127 Chemnitz	10. 03.	Prof. Dr. med. habil. Rösner, Klaus 08058 Zwickau
02. 03.	Sachse, Ingrid 04277 Leipzig	70 Jahre		18. 03.	Dr. med. Kluppach, Harry 04229 Leipzig
03. 03.	Hofmann, Günter 04808 Wurzen	02. 03.	Dr. med. Neyschew, Ingrid 04155 Leipzig	24. 03.	Dr. med. Stephan, Marianne 04703 Leisnig
04. 03.	Dr. med. Bartsch, Dagmar 09221 Neukirchen	03. 03.	Dr. med. Grimm, Isolde 01689 Weinböhla	84 Jahre	
04. 03.	Dr. med. Scheufler, Dieter 01465 Langebrück	03. 03.	Dr. med. Steeg, Hans-Wilhelm 08301 Schlema	02. 03.	Prof. Dr. med. habil. Aresin, Lykke 04299 Leipzig
04. 03.	Dr. med. Seidel, Günter 09456 Annaberg-Buchholz	04. 03.	Dr. med. Busse, Renate 08393 Meerane	11. 03.	Dr. med. Hansch, Ursula 04275 Leipzig
05. 03.	Dr. med. Schindler, Benno 01833 Stolpen	05. 03.	Dr. med. Behrendt, Gisela 04299 Leipzig	11. 03.	Dr. med. Nartschik, Clemens 04157 Leipzig
06. 03.	Prof. Dr. med. habil. Dietrich, Heinz 01326 Dresden	08. 03.	Piechnik, Horst 04838 Naundorf	18. 03.	Dr. med. Kemmer, Carl-Heinz 02742 Neusalza-Spremberg
07. 03.	Dr. med. Anderson, Uta 01445 Radebeul	09. 03.	Prof. Dr. med. habil. Furter, Hans 04347 Leipzig	19. 03.	Dr. med. Steinmann, Erna 04205 Leipzig
07. 03.	Hepburn, Ute 02796 Johnsdorf	10. 03.	Dr. med. Schumann, Hannelore 04229 Leipzig	20. 03.	Prof. Dr. med. habil. Ries, Werner 04279 Leipzig
07. 03.	Dr. med. Kögel, Manfred 09111 Chemnitz	11. 03.	Dr. med. Lill, Sieglinde 09111 Chemnitz	85 Jahre	
08. 03.	Dietz, Christa 09380 Thalheim	12. 03.	Dr. med. Simon, Hans Dieter 01109 Dresden	15. 03.	Dr. med. Heil, Gerhard 08056 Zwickau
08. 03.	Dr. med. Küsel, Brigitte 08228 Rodewisch	16. 03.	Dr. med. Dieck, Georg 04109 Leipzig	87 Jahre	
08. 03.	Dr. med. Radke, Ingrid 08321 Zschorlau	16. 03.	Dr. med. Weller, Günther 08228 Rodewisch	10. 03.	Dr. med. Peißker, Elisabeth 04277 Leipzig
09. 03.	Pflug, Gunter 08606 Oelsnitz	18. 03.	Dr. med. Haße, Manfred 02730 Ebersbach	15. 03.	Prof. em. Dr. med. habil. Holtorf, Joachim 01326 Dresden
10. 03.	Dr. med. Haase, Günter 09557 Flöha	20. 03.	Dr. med. Bosch, Dietmar 01259 Dresden	31. 03.	Dr. sc. med. Cordes, Christoph 04651 Bad Lausick
11. 03.	Dr. med. Burck, Gerlinde 01277 Dresden	21. 03.	Böhm, Gertraude 04103 Leipzig	88 Jahre	
15. 03.	Jochmann, Wolfgang 02991 Torno	21. 03.	Dr. med. Pachmann, Peter 09120 Chemnitz	24. 03.	Dr. med. Nenoff, Jontsch 04277 Leipzig
15. 03.	Dr. med. Umbreit, Brigitte 01744 Dippoldiswalde	21. 03.	Dr. med. Rissler, Rosemarie 02791 Niederoderwitz	89 Jahre	
16. 03.	Dr. med. Barta, Bernd 09380 Thalheim	22. 03.	Dr. med. habil. Vetter, Joachim 09366 Stollberg	27. 03.	Dr. med. Topalow, Stefan 04105 Leipzig
17. 03.	Groß, Helga 08115 Lichtentanne	23. 03.	Dr. med. Dr. Lonitz, Gottfried 08525 Plauen	92 Jahre	
17. 03.	Dr. med. Schrófel, Hannelore 01587 Riesa	25. 03.	Dr. med. Paulick, Ingrid 02977 Hoyerswerda	23. 03.	Dr. med. Fischer, Erwin 08280 Aue
18. 03.	Dr. med. Dr. med. dent Bocher, Rolf 04158 Leipzig	25. 03.	Dr. med. Zumppe, Eberhard 01458 Ottendorf-Okrilla	94 Jahre	
18. 03.	Hille, Horst 08606 Oelsnitz	27. 03.	Dr. med. Kiene, Ingeborg 04416 Markkleeberg	15. 03.	Dr. med. Ranft, Wolfgang 08209 Auerbach
18. 03.	Dr. med. Uhlemann, Bernd 01445 Radebeul	27. 03.	Dr. med. Schinko, Hildegard 08066 Zwickau	95 Jahre	
19. 03.	Dr. med. Mitbrodt, Klaus-Dieter 09119 Chemnitz	29. 03.	Dr. med. Buschbacher, Richard 09111 Chemnitz	20. 03.	Dr. med. Geuder, Hans 01259 Dresden
		29. 03.	Doz. Dr. med. habil. Föltzsch, Rolf 01768 Reinhardtgrinna		

Der Anatom Wilhelm His

Erratum/Ergänzung

Durch einen bedauerlichen Lapsus ist im Artikel „Der Anatom Wilhelm His“ (Ärzteblatt Sachsen 1/2005) bei der Aufzählung hervorragender Persönlichkeiten der Leipziger Medizinischen Fakultät der Internist Heinrich Curschmann (1846-1910) als Chirurg genannt. Um der Bedeutung Curschmanns für das Fachgebiet Innere Medizin gerecht zu werden, ist eine etwas genauere Annotation, wenn auch in gebotener Kürze, angebracht.

Am 28. Juni 1846 in Gießen geboren, ging Heinrich Jakob Wilhelm Curschmann nach Studium in seiner Vaterstadt und Promotion (1868) als Assistenzarzt an das St. Rochus-Hospital in Mainz. 1871 wechselte er nach Berlin, wo er sich 1875 für Innere Medizin habilitierte. Bereits im selben Jahr wurde er dirigierender Arzt des besonders für Epidemiezwecke errichteten Moabiter Baracken-

lazarets und 1879 Direktor der städtischen Krankenhäuser in Hamburg, wo nach seinen Entwürfen und unter seiner Leitung das vorbildliche Eppendorfer Allgemeine Krankenhaus (St. Georg) erbaut wurde. 1888 als Ordinarius für Innere Medizin und Direktor der Medizinischen Klinik nach Leipzig berufen, war Curschmann in dieser Funktion bis zu seinem Tode (er starb am 6. Mai 1910) tätig. Als ausgezeichnete Arzt, Hochschullehrer und Wissenschaftler war Curschmann eine der wichtigsten Persönlichkeiten einer „Leipziger Schule“ der Inneren Medizin. Dabei konnte er sich auf „die ungemein reiche Krankenzahl, die weitaus größte, die einer deutschen Klinik überhaupt zur Verfügung steht“, stützen. Ein Jahr vor Curschmanns Tod verfügte die Leipziger Medizinische Klinik über 800 Betten. Für Curschmann bildete die Innere Klinik als Fachgebiet eine „unerschütterliche Einheit“, und er sah das Ziel bei der

Ausbildung junger Ärzte darin, zunächst „humane tüchtige praktische Ärzte“ zu bilden als Nährboden, „auf welchem die Spezialisten von selber üppig gedeihen werden“.

Curschmann ist der Eponymos für mehrere Entdeckungen in der Medizin; genannt seien nur die „Curschmannschen Spiralen“ im Auswurf von Asthmatikern oder ein von ihm konstruierter Troikart. Heinrich Curschmanns Sohn Hans C. (1875 – 1950) wurde Professor der Inneren Medizin in Rostock; nach ihm sind die „Curschmannschen Zeichen“ in der neurologischen Diagnostik benannt.

(zu Curschmann vgl. u. a. Kästner, I.: Von 1871 bis 1917. In: 575 Jahre Medizinische Fakultät der Universität Leipzig. Hrsg. v. I. Kästner u. A. Thom. Leipzig: Johann Ambrosius Barth 1990, S. 51-117)

Prof. Dr. Ingrid Kästner, Leipzig

100 Jahre Phoniatrie in Deutschland – eine Betrachtung aus sächsischer Sicht

Am 30. Januar 1905 wurde die Phoniatrie durch die wissenschaftlichen Leistungen von Hermann Gutzmann sen. als universitäres Lehrfach anerkannt. Die Phoniatrie befasste sich aus medizinischer Sicht mit den Stimm- und Sprachstörungen. Hermann Gutzmann sen. (1865 bis 1922) hatte früh Berührung mit Sprachgestörten, da sein Vater (Albert G.) Direktor einer Berliner Taubstummenanstalt war. Von seinem Vater unterstützt, studierte Hermann Gutzmann sen. Medizin und wurde ein bekannter Arzt. 1887 hatte er noch vor dem medizinischen Staatsexamen mit der Arbeit „über das Stottern“ in Berlin promoviert. Zusammen mit seinem Vater gab er 1891 die „Medizinisch-pädagogische Monatschrift für die gesamte Sprachheilkunde“ heraus und gemeinsam mit seinem Vater wurden Therapiekurse für Sprachgestörte und Lehrkurse für Mediziner und Pädagogen durchgeführt. Diese Aktivitäten weckten in der Bevölkerung und bei Behörden entsprechende Aufmerksamkeit und ließen die soziale Bedeutung von Sprachstörungen erkennen.

Hermann Gutzmann sen. (Abb. 1) eröffnete bald aus privaten Mitteln ein Ambulatorium für Sprachgestörte und schaffte es mit seiner Habilitation im Januar 1905 das neue Fachge-

biet an der Berliner Charite zu etablieren. Zunächst konnte sich Hermann Gutzmann sen. 1907 im Poliklinischen Institut für Innere Medizin ansiedeln, dann wurde er 1912 von Gustav Killian an die Universitätsklinik für Hals- und Nasenkrankheiten der Charite geholt. Hermann Gutzmann sen. hat für das Gebiet der Stimm- und Sprachstörungen eine breite wissenschaftliche Basis geschaffen. Über 300 wissenschaftliche Arbeiten, 6 Bücher und



Abbildung 1: Prof. Dr. Hermann Gutzmann sen., der „Vater“ der Phoniatrie

zahlreiche Referate auf großen Kongressen beweisen das. Er war ein Verfechter interdisziplinärer Zusammenarbeit mit solchen Gebieten wie Pädagogik, Phonetik, Musikwissenschaft, Linguistik und verschiedenen medizinischen Fachbereichen. Hermann Gutzmann sen. hatte Schüler aus dem In- und Ausland, zum Beispiel die Ärzte Max Nadoleczny (München und Zürich), Hugo Stern (Wien), Richard Schilling (Freiburg), Miloslav Seeman (Prag), Richard Imhofer (Prag), Harold Zumsteeg (Berlin), die Phonetiker Franz Wethlo (Berlin) und Guido Panconcelli-Calzia (Hamburg) sowie seinen Sohn Hermann Gutzmann jun. (Berlin).

Die von Berlin ausgehenden Impulse hatten dazu geführt, dass überall in Deutschland Schulämter Anweisungen zur Erfassung und Behandlung sprachgestörter Schulkinder erließen. In Plauen wurden 1903 alle Volksschuldirektoren von der Bezirksschulinspektion aufgefordert, stotternde Schulkinder einer Behandlung zuzuführen. Es wurden jährlich drei Kurse mit jeweils 15 Teilnehmern abgehalten. Verantwortlich waren der Amtsarzt, der Leiter der Nervenabteilung des Stadtkrankenhauses und ein HNO-Arzt. Sprachheilkurse wurden ab 1904 auch in Chemnitz durchgeführt.

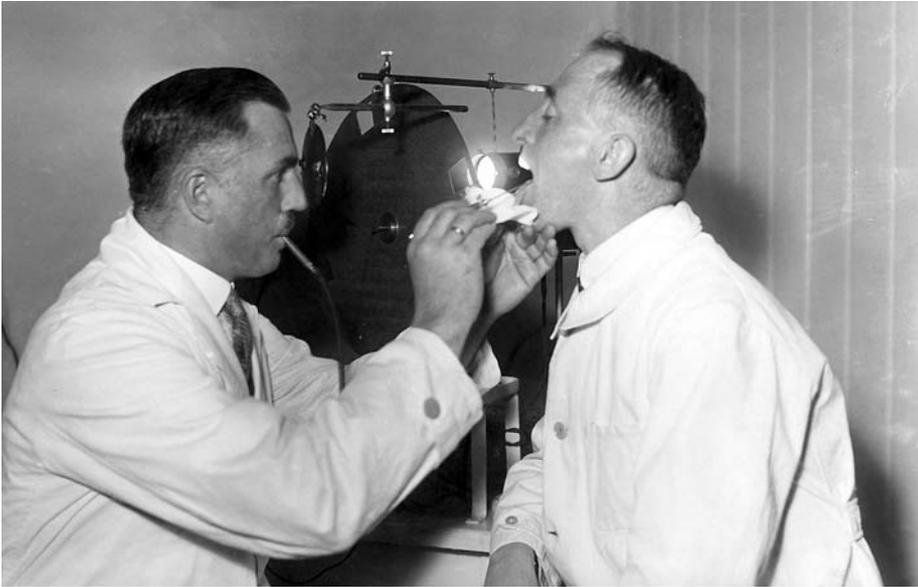


Abbildung 2: Prof. Georg Zöppel bei der Untersuchung mit dem Lochscheiben-stroboskop in Chemnitz

Hermann Gutzmann sen. hatte sich ab 1905 schwerpunktmäßig der Physiologie der Stimme, ihrem Gebrauch und Missbrauch zugewandt. Er eröffnete damit ein weites Feld für alle Störungen der Sprech- und Singstimme, die mit stimmintensiven Berufen in Verbindung standen. Stimmpflege für Lehrer war ein aktuelles Thema. Der Chemnitzer Volksschullehrer Georg Zöppel (1892 bis 1963) widmete sich dieser Aufgabe. Als 1918 Stimm- und Sprachbildung nach der von Prof. Engel (Dresden) geprägten Methode für alle Chemnitzer Lehrer zur Pflicht erklärt wurde (Einzellehrgang mit je 36 Stunden) und eine Fachkraft fehlte, wurde Zöppel mit dieser Aufgabe betraut. Er erhielt eine fachkompetente Ausbildung durch die beiden Gutzmannschüler Panconcelli-Calzia in Hamburg und Hugo Stern in Wien. Die Stadt Chemnitz besorgte auch modernste Technik, so dass Georg Zöppel (Abbildung 2) qualifizierte Stimmuntersuchungen durchführen konnte. Von 1926 bis zu seinem Tode hat Zöppel, dem für seine Verdienste um stimm- und sprachgestörte Menschen 1961 die Professorenwürde verliehen wurde, die Gutzmannschen Vorgaben umgesetzt. Zunächst stand Zöppel nur eine „Arbeitsstelle für Stimmpflege“ nebenamtlich zur Verfügung. Mit seiner Zielstrebigkeit entwickelte Zöppel daraus das „Institut für Stimm- und Sprachpflege“, dessen Direktor er wurde. Reihenuntersuchungen für Schulkinder, Beratung und Behandlung von Stimm- und Sprachge-

störungen, Aufklärungsvorträge und die Mitarbeit in den verschiedensten Fachgremien hat Georg Zöppel bei den damals bekanntesten Phoniatern wie Hermann Gutzmann jun., Helmut Loebell, Gottfried Arnold und Emil Fröschels hohe Anerkennung eingebracht.



Abbildung 3: Dr. Wilhelm Scholz aus Görlitz; Nachfolger von Prof. Hermann Gutzmann jun. an der Charite

1945 ging Zöppel an den Wiederaufbau der durch den Krieg zerstörten Einrichtung und stellte in kurzer Zeit die Arbeitsfähigkeit des Instituts her. Das Schulwesen brauchte Neulehrer und Zöppel untersuchte ca. 1000 von ihnen auf ihre stimmliche Eignung. Mit Dr. Günther Habermann, der 1950 die Chefarztstelle in der HNO-Klinik Chemnitz einnahm, war ein der Stimm- und Sprachheilkunde interessierter Arzt nach Chemnitz gekommen, der zum Zöppelschen Institut eine enge Zusammenarbeit einleitete.

In der sächsischen Ärzteschaft kam es erst nach 1945 zu spürbaren phoniatischen Aktivitäten. Hermann Gutzmann jun. (1892 bis 1972) hatte das Erbe seines Vaters an der Charite übernommen und er war unmittelbar nach dem 2. Weltkrieg der einzige Phoniater in Ostdeutschland. Als er im September 1950 die Charite verließ, sprang in aufopferungsvoller Weise Dr. Wilhelm Scholz aus Görlitz ein. Habermann und Scholz waren die beiden Nachkriegsphoniater in der DDR.

Wilhelm Scholz (1897 bis 1967; Abbildung 3) hatte seine HNO-Ausbildung mit Hospitationen bei Hermann Gutzmann jun. in Berlin und bei Hugo Stern in Wien abgerundet, so dass er in seiner Görlitzer Praxis von 1928 bis 1967 viele Patienten aus der Region mit Stimm- und Sprachstörungen behandeln konnte. Zwischen 1951 und 1962 übernahm er die Leitung des verlassenen Ambulatoriums an der Charite, das heißt 11 Jahre lang fuhr Wilhelm Scholz für eine Woche im Monat nach Berlin, betreute Patienten und hielt Vorlesungen über das gesamte Spektrum der Phoniatrie.

Günther Paul Eduard Habermann (1913 bis 2002; Abbildung 4) kam 1945 an die Leipziger HNO-Universitätsklinik, zunächst unter Wilhelm Lange 1. Oberarzt, dann von 1950 bis 1958 Chefarzt der HNO-Klinik in Chemnitz/Karl-Marx-Stadt. Mit einer phoniatischen Thematik hatte er sich in Leipzig habilitiert, ging nach Frankfurt-Höchst, war dort an der HNO-Klinik, an der Universität und an der Musikhochschule tätig. 1974 zum Honorar-Professor ernannt, hat Habermann als Phoniater zahlreiche wissenschaftliche Beiträge, vor allem zur Stimme „als Spiegel der Person“ sowie medizingeschichtliche Beiträge verfasst.

Unter Fritz Moser (ab 1958 in Leipzig) und unter Fredo Günnei (ab 1961 in Dresden) entstanden an sächsischen Hochschuleinrichtungen erstmalig Phoniatische Abteilungen.



Abbildung 4: Prof. Dr. Günther Habermann
(Leipzig, Chemnitz/Karl-Marx-Stadt)

In Leipzig war Gerhard Böhme erster Leiter der Abteilung Phoniatrie. Bekannt sind die bis in die Gegenwart durchgeführten Leipziger Phoniatrie-Symposien. Böhme gab 1969 das erste Phoniatrie-Lehrbuch in der DDR heraus und er gehörte 1971 zu den deutschen Phoniatern, die in Belgrad an der Gründungsversammlung der „Union der Europäischen Phoniater“ teilnahmen. Seine Nachfolger an der HNO-Universitätsklinik Leipzig waren Manfred Heinemann (später Nachfolger für Peter Biesalski auf dem ersten deutschen Lehrstuhl für Phoniatrie und Pädaudiologie in Mainz) und Wolfram Behrendt. Aus der Leipziger Phoniatrie gingen auch Roswitha Berger (jetzt Marburg) sowie Wolfram Strauß (Leipzig) und Konrad Reuter (Eilenburg) hervor. In Dresden war Johann-Georg Heidelbach (1938 bis 1997; Abbildung 5) seit 1965 auf phoniatischem Gebiet tätig. 1976 habilitierte er sich mit einer phoniatischen Thematik und übernahm 1977 die Leitung der Phoniatischen Abteilung an der HNO-Klinik der Medizinischen Akademie Dresden.

Heidelbach hat sich besonders mit der Systematik und Terminologie in der Phoniatrie beschäftigt und erwarb sich mit der einheitlichen Befunddokumentation große Anerkennung. Neben der klinischen Tätigkeit hat er mit M. Flach im Studio für Stimmforschung an der Musikhochschule Dresden gearbeitet sowie Schauspieler und Sänger der Semper-Oper betreut. Die Ergebnisse der in der DDR seit 1974 durchgeführten Tauglichkeitsuntersuchungen für Berufe mit besonderer Stimm- und Sprechbelastung wurden von Heidelbach wissenschaftlich aufbereitet. Er gehörte nationalen und internationalen Gremien an. Als Präsident der Union der Europäischen Phoniater hatte er mit Unterstützung seiner Kollegen 1987 den XIV. UEP-Kongress in Dresden mit starker internationaler Beteiligung durchgeführt. Von den aktiven Phoniatern der Dresdner Region sind besonders Michael Flach, Achim Tzschoppe, Gerhard Flemming und Christiane Dahl zu nennen.

Die Phoniatrie war 1977 in der DDR als Subspezialität anerkannt worden. Die Disziplin war im Hochschulbereich, an Bezirkskrankenhäusern und in Polikliniken vertreten. Der Sektion Phoniatrie gehörten ca. 60 Fachärztinnen und Fachärzte an. Hörstörungen gehörten prinzipiell den Subspezialisten für Audiologie. Zu der in der DDR besonders von Kurt Dietzel (Leipzig, Greifswald, Rostock) unterstützten Entwicklung zum Aufbau Audiologisch-Phoniatischer Zentren ist es im großen Stil nicht mehr gekommen. Es gab lediglich Anfänge, wie zum Beispiel in Plauen unter der Regie des Autors für die Zeit von 1984 bis 1990 und auch nach der Wende das Audiologisch-Phoniatische Zentrum unter Jürgen Baldauf in Chemnitz.

In der BRD gab es seit 1978 mit der Teilgebietenanerkennung „Phoniatrie und Pädaudiologie“ eine andere Entwicklung. Seit 1992 ist das ehemalige Teilgebiet in der BRD eigenständiges Facharztgebiet, zu dem im Freistaat Sachsen gegenwärtig ca. 18 Mediziner gehören.

Der Autor, seit 34 Jahren als Phoniater tätig, kann einschätzen, dass die von Albert und Hermann Gutzmann sen. ausgehenden Bestre-



Abbildung 5 :Prof. Dr. Johann-Georg Heidelbach
(Dresden)

bungen zur Verhütung und Überwindung von Kommunikationsstörungen auch in Sachsen auf fruchtbaren Boden gefallen sind. Stimm-, Sprach- und Hörstörungen sind auch in unserer Zeit Faktoren mit einem hohen sozialen Stellenwert bezüglich einer funktionierenden Kommunikation. Die von Jürgen Baldauf im „Arzteblatt Sachsen“, Heft 7/2004, mitgeteilten Untersuchungsergebnisse von Sprachauffälligkeiten bei Kindergartenkindern zeigen in aller Deutlichkeit wie notwendig spezialisierte Einflussnahme ist.

Literatur beim Verfasser

Dr. med. Heinz Zehmisch,
Stresemannstr. 40,
08523 Plauen

Insekt des Jahres 2004 Die Hainschwebfliege



*Hainschwebfliege (Episyrphus balteatus).
Sie schwebt einem Helikopter gleich und schaut nach einem Partner. Sie besucht außerdem Blüten und ernährt sich von Nektar und Pollen.*

Das Jahr 2004 ließ vieles in der Schwebelose – auch das Insekt des Jahres? Die Hainschwebfliege; kommt sie deshalb zu spät? Oder ist sie nur ein zeitloser Geselle?

Das Jahr 2004 sollte uns ein sehr häufiges Insekt ins Bewusstsein rufen. Mit der Hainschwebfliege ist eine unserer häufigsten Vertreter ihrer Familie in dem Mittelpunkt gerückt worden. Wir kennen sie alle, die Schwebelosen, die still in der Luft stehen, bis sie unvermittelt wie ein Pfeil einen anderen festgelegten Platz in der „Schwebeloseigkeit“ einnehmen. Mit großen Augen verfolgen sie jede Bewegung im Raum. Der emsige Flieger verdient sich eine Pause und lässt sich auf einer Blüte nieder, um etwas von den Pollen und dem Nektar zu naschen. Dieser beschauliche Ort der Ruhe wird ihr dann schnell streitig gemacht, erregt sie doch durch ihr Aussehen bei uns geteilte Gefühle. Mit ihrer Gestalt in Färbung einer kleinen „Wespe“ täuscht sie Gefahr vor. Dabei ist sie ganz zart und eine völlig wehrlose Fliege.

Unsere Hainschwebfliege gehört zu der Familie der Schwebelosen, lateinisch Syrphidae. Bevor sie sich in ihrer Eigenart in die Luft erheben kann, durchlebt sie ihre Jugendzeit in anderem Gewand, als wir es von den Fliegern mit ihren Maden gewohnt sind. Die Weibchen der Hainschwebfliege legen ihre Eier in Blattlauskolonien. Nach dem Schlüpfen be-

ginnen die kleinen Larven, die nur entfernt einer altbekannten Fliegenmaden ähneln, mit einem für unsere Begriffe nützlichen Werk. Sie vertilgen Blattläuse und finden allzu oft einen reich gedeckten Tisch. Die Hainschwebfliegen und einige ihrer nahen Verwandten sind uns durch ihre weite Verbreitung und ihre Lebensweise wirkliche Partner im Kampf gegen Blattläuse auch an unseren Zier- und Balkonpflanzen geworden. Mit etwas Geduld kann man vielleicht das Weibchen beim Verstecken eines ihrer Eier beobachten. Sind die Larven einmal groß und fett genug, erfolgt die Verpuppung. Diese geschieht bei Fliegern charakteristisch in der letzten Larvenhaut. Darin entsteht in einer Puppenhülle die so genannte Tönnchenpuppe. Die Fliegennymphin entschlüpft der Puppenhülle und erreicht in dieser wundersamen Verwandlung in Minutenschnelle die endgültige Gestalt des voll ausgebildeten Insektes. Das Leben der Hainschwebfliege beginnt.

Sie ist Blütengast, wie wir sie eigentlich das ganze Jahr beobachten können. Kommt der Herbst, fliegen die Tiere den Zugvögeln gleich in den Süden, und sie oder ihre Nachkommen kehren im zeitigen Frühjahr an die ersten aussprossenden Blüten zurück. Mit dieser für Fliegen außergewöhnlichen Lebensart hat sie sich als häufigste Schwebfliege in ganz Europa bis in den höheren Norden einen Namen gemacht.

Die Fliegen sind eine sehr artenreiche Insektenordnung. Es gibt in Mitteleuropa etwa 8000 verschiedene Arten. Wir kennen keinen Lebensraum, der nicht von den Fliegern erobert worden wäre. Die Formenvielfalt zeugt auch bei dieser von uns eher verachteten Gesellschaft von der unendlichen Phantasie der Natur.

Es sind die kleinsten Zuckmücken, die zu Tausenden – einer Rauchsäule gleich – den Abendhimmel verdunkeln. Wir können grüne und blaue Brummer sehen, die sich auf einer Blüte tummeln; nicht ahnend, dass ihre Maden sich in Regenwürmern entwickeln. Die langbeinige Schnake ist ein völlig harmloses, aber ein an eine Spinne erinnerndes unheimliches Insekt. Ihre Larven, die mancherorts massenhaft auftreten, können in feuchten Wiesen beachtliche Schäden anrichten. Eine Stechmücke, die unbemerkt dem Licht ins Schlafzimmer gefolgt ist, freut sich über eine unerwartete Mahlzeit. Durch ihre wiederkehrenden Flüge um das Ohr ihres Blutopfers verursacht sie zuerst einen Schaden anrichtenden Gewaltausbruch. Einer erfolglosen Jagd entkommen, hinterlässt sie nach ihrer heimtückischen Blutmahlzeit eine juckende Beule. Es gibt die Dasselfliege, die bei Wirbeltieren, auch beim Menschen, zur sogenannten Myiasis führen kann. Eine Madenkrankheit, die dann ihr Ende nimmt, wenn sich die fett gefressene Made durch die Haut ihres Opfers nach außen bohrt, um sich im Erdboden zu verpuppen. Es ist nicht zu vergessen die Tsetsefliege, die ihre Larven bis zur vollständigen Größe – einem Säugetier gleich – austrägt, bevor sie sie zur Verpuppung in den Boden entlässt. Die neue Fliege ist dann vielleicht der Verursacher von einem der 500.000 Schlafkrankheitsfälle. Die Lästlinge besetzen aber die Minderheit des Fliegenreiches.

Die Zahl der wunderschön gefärbten, durch lange Wimpern und Borsten gezierten, aber durch ihre Größe auch unscheinbaren Fliegen sind in der Mehrheit. Sie können uns, gleich der Hainschwebfliege, in Bewunderung fesseln. Mit dem Insekt des Jahres 2004 haben wir ein Tier kennengelernt, was uns nach seiner Winterreise auch 2005 wieder erfreuen wird.

Fotos und Text: Dr. med. Hannes Rietzsch
Saarplatz 3, 01189 Dresden

*Wilhelm Busch über die lästige Fliege:
Erquicklich ist die Mittagsruh,
nur kommt man oftmals nicht dazu.*