

Ärzteblatt Sachsen



Inhalt 5/2005

Editorial	Was wird aus der geeinten Ärzteschaft?	192
Berufspolitik	Pro und Kontra BARMER-Hausärztevertrag	194
	Neue Versorgungsformen	197
	in der Gesetzlichen Krankenversicherung	197
	Auswirkung des EUGH-Urteils	201
	zur Arbeitszeit im Krankenhaus	201
	24. Tagung	203
	der Vorsitzenden der Kreisärztekammern	203
	Wahl des Vorstandes	206
	der Kreisärztekammer Chemnitz-Stadt	206
Gesundheitspolitik	Podium »Menschenwürde bis zum Ende leben«	207
	Sterbehilfe und Sterbebegleitung in Europa	208
	Schutzimpfungen im Freistaat Sachsen	219
	Mittelhefter	211 – 218
	Impressum	205
Mitteilungen der Geschäftsstelle	15. Sächsischer Ärztetag/32. Kammerversammlung	223
	am 24./25. Juni 2005	223
	3. Deutsch-polnisches Symposium in Breslau	224
	Seniorentreffen der Kreisärztekammer Dresden	224
	12. Dresdener Ärzteball	224
	Konzerte und Ausstellungen	224
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	225
Tagungsberichte	Curriculum der Sächsischen Gesellschaft	226
	für Allgemeinmedizin	226
	17. Dresdner	227
	hämatologisch-onkologisches Gespräch	227
Personalia	Priv.-Doz. Dr. med. habil. Dieter Paul	228
	zum 70. Geburtstag	228
	Prof. Dr. med. habil. Hans-Egbert Schröder	229
	zum 65. Geburtstag	229
	Dr. med. Jürgen Ulrich	230
	zum 65. Geburtstag	230
	Unsere Jubilare im Juni	230
	Nachruf	232
	Prof. Dr. med. habil. Wolfgang Dorschner	232
	Nachruf	233
	Prof. Dr. Dr. h. c. Volker Bigl	233
Kultur und Kunst	Gunter Herrmann – Malerei und Grafik	234
Feuilleton	»Sie müssen unternehmerisch denken!«	234
Beilage	Fortbildung in Sachsen – Juli 2005	

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

Was wird aus der geeinten Ärzteschaft?

Jetzt, wo das von der rot-grünen Regierung unter Mitwirkung der CDU/CSU erarbeitete und vom Bundestag durchgewinkte Gesundheitsmodernisierungsgesetz seine volle Wirkung entfaltet, werden die Auswirkungen offenbar.

Mit diesem Gesetz ist das, was unsere ärztlichen Vorfahren seit 1872 mühsam erkämpft haben, die Einigkeit, noch mehr auf die Probe gestellt worden.

Bereits 1872, zum 1. Ärztetag in Deutschland, ging die Diskussion um das Verhältnis der Ärzte zum Staat, um die Wahrung der Standesehre, darum, die ärztlichen Rechte und Pflichten selbständig zu bestimmen und verwalten.

Nach der Einführung der Sozialversicherung 1884 befassten sich Ärztetage intensiv darum, die Monopolstellung der Krankenkassen abzuschaffen, Regierung und Gesetzgeber im Sinne der Ärzte zu beeinflussen – mit wenig Erfolg. Daraufhin entstand unter anderem unter der Führung des Leipziger praktischen Arztes Dr. Hermann Hartmann der „Leipziger Verband“. Dieser und andere Ärzteverbände schlossen sich 1903 zur größten wirtschaftlichen Organisation der Ärzteschaft zusammen, zum „Verband der Ärzte Deutschlands“. 1913 drohte der Hartmannbund einen „reichsweiten Ärztestreik“ an, wenn man den Forderungen der Ärzteschaft nach Abschaffung des Anstellungsmonopols der Kassen, nach freier Arztwahl, Einzelleistungshonorierung und Abschluss von Kollektivverträgen nicht nachkommt. Daraufhin wurde ein privatrechtlicher Vertrag zwischen der organisierten Kassenärzteschaft und den Kassenverbänden geschlossen: das „Berliner Abkommen“.

1930 erwogen Regierungsparteien erneut, die Ärzte zu Kassenangestellten zu machen. Daraufhin präsentierte der Hartmannbund ein vom Ärztetag bestätigtes Programm mit folgenden Aufgaben: Gesamtvergütungsanspruch der Ärzteschaft gegenüber den Kassen, ausschließliche Aushandlung von Kollektivverträgen, Sicherstellungsauftrag, Disziplinarbefugnisse und Bedarfsplanung für die ambulante Versorgung.

Das war quasi die Geburtsstunde der Kassenärztlichen Vereinigung – per Notverordnung 1931.



Dr. med. Frank Eisenkrätzer

Im Jahre 1955 wurden in der Bundesrepublik Deutschland die bisherigen Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung bestätigt, allerdings mit der Auflage, auf Kampfmaßnahmen zu verzichten.

Wie steht es heute um die demokratischen Strukturen der Ärzteschaft? Kurz gesagt: schlecht.

Bei allen gesetzlichen Änderungen und Reformen steht seit 1977 im immer schwerer zu finanzierenden deutschen Gesundheitswesens die Kostendämpfung im Vordergrund. Der Hebel wird bei den sogenannten Leistungserbringern angesetzt, nicht zuletzt bei der niedergelassenen Ärzteschaft, die nicht wirtschaftlich handele, sich nicht auf das Notwendige beschränke usw.

Höchst ungenügend erwähnt wird aber, dass durch politische Entscheidungen die Gesetzliche Krankenversicherung in den letzten Jahren mit zwei Prozentpunkten belastet worden ist durch versicherungsfremde Leistungen. Dadurch gehen dem System ca. 30 Milliarden Euro jährlich verloren.

Ignoriert wird, dass die Alters- und Morbiditätsstruktur sich verändert und die medizinischen Diagnostik- und Therapiemethoden sich ständig verbessern. Frau Ministerin Schmidt und ihre Berater betrachten uns Ärzte in den Krankenhäusern, die niedergelassene Ärzteschaft mit ihrer Selbstverwaltung, die schützend ihre Hände über alle Fachgruppen hält, als die Kostentreiber. Wen wundert es dann noch, wenn das Ministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung ein bis in alle Einzelheiten durchdachtes

Konzept der Entdemokratisierung der ärztlichen Selbstverwaltungsstrukturen entwickelt und es zum Gesetz erheben lässt? Und das geht folgendermaßen vonstatten:

Die KVen werden umstrukturiert. Die Vertreterversammlungen wählen hauptamtliche Vorstände, die sich von der Basisarbeit als Ärzte, (sofern es noch Ärzte sind, was nicht Bedingung für diesen Posten ist,) weit entfernen. Dem Vorstand direkt unterstellt sind jetzt die Bezirksgeschäftsstellenleiter. Die Vertreterversammlung wird zahlenmäßig verjüngt und ihre Aufgaben reduziert. Von einer ihrer wichtigsten Aufgaben, die Abstimmung über den Honorarverteilungsmaßstab, wird sie entbunden.

Mit dem § 73b SGB V können die Krankenkassen mit besonders qualifizierten Hausärzten Verträge für eine hausarztzentrierte Versorgung abschließen. Hier besteht kein Anspruch auf Vertragsabschluss für den einzelnen Arzt.

Laut § 140 a-d SGB V können Krankenkassen Einzelverträge über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinärfachübergreifende Versorgung abschließen. Bei dieser Integrierten Versorgung werden die Einzelverträge außerhalb des Sicherstellungsauftrages geschlossen, das heißt die KV bleibt draußen vor. Das Kabinettsstück läuft dann so ab: den Krankenhäusern und allen Ärzten aus dem niedergelassenen Bereich kann zunächst 1 Prozent des ihnen zustehenden Gesamthonorars von den Kassen einbehalten werden und potenziell als Anschubfinanzierung für Integrierte Versorgungsverträge verwendet werden. Das entspricht deutschlandweit etwa 680 Millionen Euro pro Jahr.

Unsere ärztlichen Selbstverwaltungen – die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen und die Sächsische Landesärztekammer – stehen ihren Ärzten gern beratend zur Seite! Bitte kommen Sie auf uns zu!

Wir alle kennen bereits den BARMER-Vertrag und den AOK-Vertrag mit dem Sächsischen Hausärzteverband. Bei beiden Verträgen ist ein finanzieller Vorteil für die Gesetzliche Krankenversicherung gegenüber der bisherigen Form der freien Arztwahl nicht abzusehen. So demütigend dieser blinde Eifer auch sein mag – es ist den Ärzten unter diesen Bedingungen nicht zu verübeln, dass sie besonders

bei den sich häufenden betriebswirtschaftlichen Problemen nach jedem Strohalm greifen, ärztliche Solidarität hinten anstellen und es hinnehmen, gespalten zu werden.

Nur eine einige Ärzteschaft könnte das Ruder des Bootes, in dem wir alle sitzen, noch herum reißen.

Die neue Doppelspitze der Kassenärztliche Bundesvereinigung sieht die Probleme der Entdemokratisierung nicht anders: Dr. Andreas Köhler, der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, schreibt in KLARTEXT vom Januar 2005: „Seit In-Krafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetz kann man allerdings nicht mehr von einer Rahmengesetzgebung durch das SGB V sprechen. Fast alle Belange der gemeinsamen Selbstverwaltung unterliegen Genehmigungsvorbehalten, teilweise sogar mit der Möglichkeit einer Ersatzvornahme. Darüber hinaus gibt es einen klaren Trend auf Bundesebene, eigenständige Institutionen der gemeinsamen Selbstverwaltung einzurichten.“ Dazu gehören der Gemeinsame Bundesausschuss, das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit oder die Betriebsorganisation für Aufgaben der Telematik. Diese Institutionen der gemeinsamen Selbstverwaltung stehen unter der Rechtsaufsicht des BMGS. „Die Trennung von Rechts- und Fachaufsicht ist jedoch nicht immer eindeutig erkennbar“. Das sind klare Worte!

Auch bei der KVS ist der Trend zur staatlichen Kontrolle unverkennbar. Erwähnt sein soll nur

der sich gerade gründende neue Prüfungs- und Beschwerdeausschuss.

Was wir tun können, um den Prozess des politisch gewollten verstärkten Einflusses der Krankenkassen auf uns Ärzte und unsere gemeinsamen Selbstverwaltungen zu dämpfen ist eine bessere Transparenz unserer Arbeit in den Selbstverwaltungen, eine Darstellung dessen, was wir täglich tun, nach dem Motto: tue Gutes und sprich darüber. Das ist der einzige Weg, um die Akzeptanz der Selbstverwaltungen in der Ärzteschaft und damit die innerärztliche Einigkeit zu stärken.

Frau Schmidt ruft junge Ärzte auf, sich vor allem in arztarmen Regionen wie dem Osten nieder zu lassen mit der Begründung, das GMG hat dafür ideale Bedingungen geschaffen. Das klingt wie ein Hohn. Die Wirklichkeit sieht leider so aus, dass ältere Ärzte ihre Praxen ohne Nachfolger aufgeben, weil junge Ärzte in das Ausland, in alte Bundesländer oder in Pharmafirmen und Verwaltungen abdriften und die noch vorbildliche medizinische Versorgung in Deutschland bald das Niveau haben wird, wie wir es uns nie gewünscht haben.

Das uralte Prinzip „Teile und Herrsche“, wie es zur Zeit von Frau Schmidt und ihren Beratern angewandt wird, funktioniert prompt. Die Folgen könnten verheerend sein, vor allem die Folgen für die Patienten, die sich mit großen Heilserwartungen an ihre Ärzteschaft wenden, einer staatlich manipulierten, zu Leistungserbringern degradierten, als fortbil-

dungsunwillige und renitente Sonderschüler herunterstilisierte Berufsgruppe. Dass die flächendeckende medizinische Versorgung noch vorbildlich im Vergleich mit anderen Ländern funktioniert, ist dem Fleiß, Fortbildungswillen, der hohen Qualität der Arbeit und der großen Motivation der Ärzteschaft zu verdanken. Das prägt auch ihr Ansehen in der Bevölkerung. Wehren wir uns gegen eine Verstaatlichung des Gesundheitswesens, gegen die vorgesehene Demontage der ambulanten fachärztlichen Versorgung, gegen die Einschränkung der freien Arztwahl, besinnen wir uns auf unsere gemeinsamen beruflichen Wurzeln.

Deshalb sollte sich jeder genau überlegen, ob er an Integrierten Versorgungsverträgen, an Hausarztverträgen und anderen freiwilligen Programmen teilnimmt!

Lassen Sie sich von Ihren Ärztlichen Selbstverwaltungen beraten, wann immer Sie es für erforderlich halten! Und wer sich politisch engagieren möchte, kann sich jederzeit an das Bündnis 2000 wenden, das vor wenigen Tagen ein Positionspapier zur „Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung“ beschlossen – und sich dort eindeutig positioniert hat.

Dr. med. Frank Eisenkrätzer
Facharzt für Allgemeinmedizin
Vorsitzender des Regionalausschusses
der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen,
Bezirksgeschäftsstelle Dresden
Mitglied der Kammerversammlung

Pro und Kontra BARMER-Hausärztevertrag

Selten hat ein Vertragswerk die Ärzteschaft so beschäftigt und polarisiert wie der BARMER Hausärztevertrag. Dies verwundert nicht, handelt es sich hier doch um den ersten bundesweiten Vertrag, der potentiell allen Hausärzten offen steht. Aus Sicht des BDA-Verbandes ist der Vertrag sicher ein Erfolg. Aber ist dieser Vertrag tatsächlich ein Erfolg für den einzelnen Hausarzt, oder führt er eher in ein mögliches Desaster? Als Hausarzt möchte ich mich dazu dezidiert äußern, selbstverständlich versuche ich als Hartmannbündler den Vertrag nicht nur hausarztzentriert zu betrachten, sondern als niedergelassener Vertragsarzt, der frei von überbordenden Bürokratismus und frei von Kasseneingriffen schlicht ärztlich tätig sein will.

Teilnehmen oder nicht?

Im Gespräch mit Kollegen fällt auf, dass enorm viele Hausärzte den Vertrag aus tiefer Überzeugung ablehnen, sich aber gleichwohl – aus Angst, Patienten zu verlieren – bei der Kasse einschreiben. So kenne ich verschiedene am Vertrag teilnehmende Ärzte, die mit Merkblättern ihre Patienten im Wartezimmer vor eben jenem Vertrag warnen, in den sie sich selber eingeschrieben haben. Ca. 26.000 Hausärzte und etwa 14.000 Apotheken nehmen bis dato an dem Vertrag teil. Gehen wir ganz nüchtern an die Betrachtung heran. Jeder kann ja für sich entscheiden, ob er in seiner Praxis den Vertrag aus Überzeugung und nicht mit laschem Herzen umsetzen möchte, oder ob er den Vertrag ablehnt. Beiden Lesergruppen möchte ich so neutral wie möglich Argumente liefern.

Der Vertrag entspringt sicher nicht der bösen Absicht, Unfrieden in die Ärzteschaft zu tragen. Eher möchte man nicht abwarten, bis kleine Facharztgruppen und vor allem Krankenhäuser die zur Förderung der Integrierten Versorgung bereitgestellten Mittel aus der Gesamtvergütung alleine für sich reklamieren. Bis Februar betrug die Zahl der bundesweit gemeldeten Verträge 438 mit einem Vergütungsvolumen von über 194 Millionen Euro. Niedergelassene Ärzte waren aber nur an rund einem Drittel dieser Vereinbarungen beteiligt. Der BARMER-Vertrag beansprucht 0,58 % des BARMER-IV-Anschubvolumens, davon 0,17 % aus Honorarabzügen bei Vertragsärzten und 0,6 % aus der Krankenhausvergütung. Zusätzlich sollen 20 Mio. Euro aus eigenen Mitteln (BARMER) hineinfließen. Nur: Wo-



Dr. med. Thomas Lipp

her nimmt die BARMER zusätzliche 20 Mio. Euro? Da die BARMER nur über Einnahmen aus der GKV verfügen kann, wird auch diese Summe in der Konsequenz der Gesamtvergütung entzogen. Daneben möchte der BDA eine gewisse Qualitätsoffensive starten.

Ein solcher Vertrag kann auf zwei Paragraphen fußen. Zum einen auf der Verpflichtung der Krankenkassen zum Abschluss von Verträgen mit besonders qualifizierten Hausärzten bzw. Medizinischen Versorgungszentren. Dabei sollen besondere sachliche und personelle Qualitätsanforderungen für teilnehmende Hausärzte fixiert werden. Und es soll keinen Anspruch auf Vertragsschluss für den einzelnen Arzt geben, lediglich diskriminierungsfreie Auswahl muss gesichert sein. Die Inhalte der Vereinbarungen sollen im Rahmen der Gesamtverträge mit den KVen abgeschlossen werden, wobei die Teilnahme für Versicherte freiwillig sein muss. Dafür können die Krankenkassen den Versicherten einen Bonus für die Teilnahme gewähren. Das ist der klassische Inhalt der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V.

Und zum anderen auf § 140 a ff. SGB V. Der BARMER-Vertrag ist ein bundesweiter Vertrag nach § 140 a ff. SGB V zwischen BARMER-Ersatzkasse und der hausärztlichen Vertragsgemeinschaft e.G. (HÄVG). Diese wurde gegründet, da der BDA als Verband nicht Vertragspartner werden konnte. Die Vertragsabwicklung und Abrechnung erfolgt über die HÄGV des Deutschen Hausärzteverbandes. Außerdem kam die MGDA-Marketinggesellschaft Deutscher Apotheker mbH mit ins Boot. Das ist alles völlig korrekt und

sauber und die Inanspruchnahme der Anschubfinanzierung (1%-Regelung) nach § 140 d SGB V wurde ins Kalkül gezogen. Dieser Topf wurde ja bisher allein von kleinen Facharztgruppen und Krankenhäusern genutzt, wird aber als Vorwegabzug aus der Gesamtvergütung entnommen, also von allen Ärzten durch Honorarverzicht gespeist.

Fazit bis hierher: Als Vertrag nach § 73 b, als gesetzlich geforderter Hausarztvertrag geplant, ist er vom Wesen her ein Vertrag nach § 140 a ff SGB V, also ein Integrationsvertrag. Die Frage ist, ob der Vertrag inhaltlich halten kann, was er verspricht und was bei der vorgesehenen Zusammenarbeit von Apotheker und Hausarzt integrativ sein soll?

Vorteile des Vertrages?

Betrachten wir als erstes den Vertrag aus der Sicht der BARMER-Versicherten.

Der Patient legt sich auf einen gewählten Hausarzt für mindestens ein Jahr fest und nimmt den Facharzt grundsätzlich nur auf qualifizierte Überweisung durch den Hausarzt in Anspruch, ausgenommen von dieser Regelung sind Gynäkologen, Augenärzte, der Vertretungsfall, die urlaubsbedingten Abwesenheit und für die Inanspruchnahme des Notdienstes. Hier wird die Idee das erste Mal von der Realität eingeholt. Zwar ist es unzweifelhaft, dass der Kranke einen Lotsen, Sammler und Ordner seiner Krankengeschichte braucht und dies der Hausarzt sein sollte. Dieser Bedarf wird allerdings viel besser durch die Berichtspflicht im neuen EBM realisiert. Außerdem haben, zumindest im Großraum Mitteldeutschland, fast alle Patienten ihren Hausarzt und die Forderung des Vertrages wird hier bereits seit Jahrzehnten umgesetzt. Viele Fachärzte drängen die Patienten bereits, sich erst beim Hausarzt zu melden, wohl wissend, dass eine suffiziente Hausarztschiene den Spezialisten entlastet. Die Einführung der Praxisgebühr hat dieses Vorgehen gestärkt: Die Patienten stürmen seither wegen erforderlicher Überweisungsscheine am Quartalsanfang die Praxen, Überweisungsscheine werden zu Hunderten ausgestellt und eine objektive Zuwendung und Hinterfragung, ob die Überweisungen indiziert sind, findet ob der Menge kaum statt. Im Vertrag steht nun, dass man jede Überweisung gezielt und bewusst überprüfen muss. Hat sich mal jemand am Quartalsbeginn in einer Hausarztpraxis umgesehen? Wie soll das denn umgesetzt werden? Außerdem, leicht

spitz formuliert, bin ich ja über jeden froh, der primär zum Quartalsanfang zum Facharzt geht und dort die 10 Euro bezahlt. Denn dann habe ich die Verwaltungskosten nicht am Hals. Jetzt ist es ja leider so, dass die Praxisgebühr quasi allein von den Hausärzten für die Kassen eingezogen wird und die Hausärzte mit dem damit verbundenen Verwaltungsaufwand als Fachgruppe zum großen Teil die Kassen subventionieren.

Neben dem Hausarzt legt der Patient sich auch auf eine gewählte Hausapotheke fest. Für diese Bereitschaft wird ihm eine Bonusregelung gewährt. Er zahlt einmalig als Jahreseintrittsgebühr die 10 Euro, spart damit bei der Praxisgebühr bis zu 30 Euro im Jahr. Außerdem bekommt er einen Rabatt auf nicht verschreibungspflichtige apothekenübliche Waren in Höhe von 3 Prozent des Abgabepreises der Apotheke (ab 250 Euro p. a. zusätzlich 2 Prozent). Allerdings fällt mir hier der Spruch ein: Der „Rabatt, das lass dir sagen, der wird vorher draufgeschlagen“.

Aus Sicht der teilnehmenden Hausärzte bringt der Vertrag erst einmal eine außerbudgetäre Zusatzvergütung (Einschreibepauschale, Integrationspauschale, Präventions-Check, etc.), die über 50 Euro pro teilnehmenden Patient/Jahr ausmacht, also als 5. Quartalszahlung zu empfinden ist. Außerdem wird gegebenenfalls eine Beteiligung an realisierten Einsparungen in Aussicht gestellt. Dafür hat der Hausarzt die Pflicht, Leitlinien und Kooperationsregeln einzuhalten. Auf diese Weise werden die Leitlinien, die ja auf Evidence Based Medicine (EBM) beruhen, Übergewicht. Nicht umsonst finden auf Bundesebene in der Frage EBM heftige Auseinandersetzungen zwischen dem Bundesausschuss, den Kassen und Krankenhäusern statt. EBM-Medizin ist durchaus fachlich und statistisch umstritten, gleichwohl sinnvoll. Und in diese zu Recht innerärztliche Diskussion wird einer Krankenkasse über den Vertrag Zutritt verschafft. Unter der absolut unverrückbaren Prämisse, dass die BARMER mit so einem Vertrag nur eines möchte: letztlich die Kosten drücken. Für Kassen ist das gleichbedeutend mit Qualität. Des Weiteren unterwirft sich der teilnehmende Arzt der Pflicht zur regelmäßigen Fortbildung (vier Qualitätszirkel pro Jahr). Dieser Punkt ist ja über die Kammer und Berufsordnung schon überreglementiert, eigentlich eine Selbstverständlichkeit und sollte überlesen werden können. Allerdings

wird im Anhang des Vertrages der Inhalt präzisiert, die Stundenzahl, die Inhalte sowie die Struktur vorgegeben. Hier werden kammerrechtliche Fragen tangiert. Das ist an sich wenig bedenklich, bekommt aber vor dem Hintergrund Bedeutung, dass einige Strategen des Hausärzterverbandes über eine Nicht-Repräsentation im Bundesärztekammervorstand sehr erbost sind und schon laut über eine eigene Hausärztekammer nachdachten, analog, wie sie eigene Hausarzt-KVen immer wieder ins Spiel bringen. Ihr Ärger besteht zu Recht und ist verständlich, aber, und das ist unverzeihlich: Bekommen Kassen in unserer Fortbildungsfrage plötzlich ein Mitspracherecht eingeräumt?

Fangprämie für DMP

Die Ausstattung mit EDV- und Praxissoftware ist eine Selbstverständlichkeit und bleibt unkommentiert.

Weniger aber die Pflicht zur Durchführung von DMP, deren fachlicher Sinn mehr als zweifelhaft ist und aus Sicht der BARMER das eigentliche Ziel des Vertrages sein dürfte. Denn hier lohnt sich die Mühe. Eigentlich ist der BARMER-Vertrag ein DMP-Zutreibevertrag. Dies ist sehr lukrativ, allerdings nur für die BARMER. Denn für jeden eingeschriebenen Patienten bekommt sie zwischen 3700 und 5200 Euro aus dem Risikostrukturausgleich. Der Arzt erhält eine Fangprämie von vier Euro pro gewonnenen DMP-Patienten. Darüber hinaus verpflichtet sich der teilnehmende Arzt zur wirtschaftlichen Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln und auch Krankenhausbehandlungen (BARMER-Transparenzlisten). Ein Satz, der nicht weh tut und von uns allen unterschrieben werden kann. Lesen sie aber die Anhänge. Und sie lesen, dass sie sich zur Generikaverschreibung verpflichten. Haben sie gelesen, dass sie keine Me-too-Präparate, also so genannte Scheininnovationen verschreiben sollen? Nur, was sind Scheininnovationen. Die Ärzteschaft streitet trefflich in ihren Fachgesellschaften in Auseinandersetzung mit Pharmakologen, was denn nun Me-too-Präparate sind, oder sind es vielleicht doch schon Schrittinnovationen? Und in diese Fachdiskussion, die nur von Ärzten geführt werden kann und darf, wird durch den Vertrag den Kassen Mitspracherecht eingeräumt! Die Kassen bekommen mit dem Vertrag ganz sacht und subcutan Zugang zu unseren Intimiräumen (ein unverzeihlicher ordnungs-

politischer Fehler) und hoffen über dieses Eindringen in die ärztliche Entscheidungsfreiheit 300 Mio. Euro Einsparpotential im Arzneimittelsektor realisieren zu können. Hinzu kommt, dass die BARMER für die teilnehmenden Ärzte Listen von Krankenhäusern erstellt, in die eingewiesen werden darf. Hier erfolgt eine sicher nicht medizinisch zu begründende Selektion! Einer Einkaufspolitik der Kassen wird das Tor geöffnet. Mich hat das bisherige Ruhighalten der Deutsche Krankenhausgesellschaft sehr gewundert. Der nächste Schritt ist das Einkaufen der Fachärzte. Wollen wir dieser Politik Vorschub leisten? Denn irgendwann werden auch Hausärzte eingekauft.

Hier besteht die Gefahr, dass unser steter Kampf gegen Fehlentwicklungen und gegen die Abschaffung der Freiberuflichkeit konterkariert wird und damit Entwicklungen Vorschub geleistet wird, gegen die wir uns als Ärzteschaft, inklusive des Berufsverband Deutscher Allgemeinmediziner, massiv wehren. Hier droht uns allen wirkliche Gefahr.

Fallstricke im Kleingedruckten

Insgesamt ist der Wortlaut des Vertrag unauffällig. Die Entscheidung Pro oder Kontra Vertragsbeitritt lässt sich allerdings erst nach der Lektüre des 40-seitigen Anhangs treffen. Und dort schlummern die echten Sprengsätze. Als Hausarzt empfinde ich das als Mogelpackung, berufspolitisch betrachtet befürchte ich den überhand nehmenden Einfluss der Krankenkassen auf das Therapiegeschehen.

Gewinner und Verlierer

Gewinner des Vertrages sind neben der Kasse die Apotheker. Sie bekommen die Apotheken-Integrationspauschale und gegebenenfalls eine Beteiligung an realisierten Einsparungen. Dafür müssen sie sich zur Beratung der Patienten in Arzneimittelfragen verpflichten. Bisher dachte ich immer, das sei eine Selbstverständlichkeit. Wenn nicht, brauchen wir keine Apotheken, dann kann der Vertrieb auch über Drogerien erfolgen. Oder? Und es erfolgt eine patientenbezogene Dokumentation (Medikationsliste, Patientendatei). Die Verpflichtung zum Home-Service ist in Zeiten der Internet-apotheken sowieso ein Selbstläufer. Das muss nicht vertraglich fixiert werden. Interessant ist der Ausbau des Check-up in der Apotheke. Hier zeigen sich zwei teils ambivalent empfundene Probleme. In Zeiten des Ärzteman-

gels kann ich froh sein, wenn mir Banalitäten abgenommen werden und der Apotheker im Vorfeld schon einiges regeln kann. Andererseits zeigt sich auch hier wieder ein Strukturbruch. Erstmals mit und durch Ärzte werden die Apotheker in den diagnostischen Bereich vorgelassen. Im Gegenzug möchte ich dann auch das Dispensierrecht.

Zugriff auf Arzthonorar

Nebenbei ist durch die günstigeren Apotheken Check-up, deren Qualität bezweifelt wird, ein Preisverfall zu befürchten. Machen Sie sich keine Illusionen, das ist wie in der Autozulieferindustrie. Den Zuschlag kriegt der Billigste und der prägt die Messlatte.

Des Weiteren stellt sich die Frage nach der Herkunft der Integrationspauschale für Apotheker. Ganz einfach. Sie kommt aus dem Topf zur Förderung der Integrierten Versorgung, also aus Teilen der Gesamtvergütung für Ärzte. Mit Lippenbekenntnissen wird der Zugriff der Apotheker auf das Arzthonorar verneint, es fragt sich nur, woher die Gelder sonst kommen sollen. Hier wird wiederum eine fremde Berufsgruppe mit Honoraren der Ärzteschaft alimentiert. Viele sahen damals bei den Psychotherapeuten die Gefahr nicht, dass die Honorare der Fachärzte damit ausgesaugt werden. Und auch mit diesem Vertrag werden weitere potentielle Möglichkeiten von Honorarminderungen und Alimentierungen anderer Berufsgruppen geschaffen. Beim nächsten Vertrag sind es die Podologen und Logopäden, die von Honorarabflüssen profitieren?

Einsparung Hauptziel

Zusammenfassend kann man bewerten, dass das Ziel des Vertrages die forcierte Einsparungen bei Verordnungen von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln und Krankenhausverordnung ist, flankiert durch das Hauptziel, der Forcierung der DMP-Verträge.

Die Finanzierung erfolgt zu Lasten der Krankenhäuser, der Fachärzte und nicht teilneh-

mender Hausärzte über die integrierte Versorgungsregelung (hier müssen aber alle Verträge kritisch betrachtet werden).

Es kommt zu Mitfinanzierung und damit Alimentierung der Apotheken aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung, und sicher zu keiner Verbesserung der Versorgungsqualität für den Versicherten. Nicht umsonst ist der ehemalige Chef des Berufsverbandes Deutscher Allgemeinmediziner, Prof. Kossow, ein strikter Gegner des Vertrages. Außerdem ist mir kein Evaluationskonzept bekannt. Das ist um so verwunderlicher bei der Novität eines solchen Vertrages und seiner bundespolitischen Bedeutung. Allerdings ist es auch klar, dass bei der Interessenlage der Kassen eine Evaluierung nicht zwingend erforderlich im Sinne von gewünscht ist. Der Vertrag ist bis Ende 2006 befristet. Offen ist die Fortführung nach Ablauf der 1 Prozent-Anschubfinanzierung, gegebenenfalls wird eine weitere Bereinigung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung in einigen KV-Bezirken notwendig.

Fazit: Bürokratie wächst

Bisher völlig unreflektiert ist der zunehmende bürokratische Aufwand. Wie stellen wir uns denn in Zukunft die Versorgung vor? Der Patient kommt in die Sprechstunde und ich muss zunächst differenzieren nach Kasse, nimmt er am DMP- oder Bonusprogrammen teil, beteiligt er sich an Sonderverträgen, was ist bei Wohnort oder Kassenwechsel. Und das in durch demographische Faktoren zunehmend überlaufender Praxen.

Fazit: Es kommt ohne Zweifel, wenn auch nicht sofort als Nachteil zu spüren, zu

- einer Erosion der freien (Haus-)Arzt- und Apothekenwahl,
- einer Einschränkung unserer Therapiefreiheit,
- mit dem Fortbildungsprogramm wird der Eingriff in die Kammerhoheit versucht (Kassenmitsprache),

- die Verpflichtung zur noch weiteren verstärkten Verordnung von Generika und der
- Verzicht auf angebliche und von den Kassen definierte Pseudoinnovationen verstärkt direkt den Einfluss auf unser therapeutisches Handeln. Wir sollten uns verpflichten zu Diagnostik und Therapie nach dem Stand des Wissens und unserer ethischen Grundsätze. Und nicht die Verpflichtung zu Einsparungen bei Verordnungen prämiieren und in den Vordergrund stellen!
- ein Einfluss auf Krankenhaus-Auswahl nach Billigst-Kriterien muss von uns schon aus Qualitätsgründen hinterfragt werden. Vor allem, wenn allein die Sofortkosten das Maß aller Dinge sein sollen,
- ob eine wechselseitige Kontrolle der Ärzte und Apotheker wirklich wechselseitig ist, bleibt illusorisch, da jetzt schon die Apothekerschaft die Verordnungen der Ärzte nach merkantilen Gründen an den Ärzten vorbei manipuliert,
- darüber hinaus kommt es zu einem zunehmenden Wettbewerb von Beratungskompetenz zwischen Ärzten und Apothekern,
- auf jeden Fall ist die Freiwilligkeit der Teilnahme von Patient und Arzt formal nicht in Frage gestellt und wird allein durch finanzielle Anreize gesteuert.

Das eigentliche Ziel ist letztlich Kostendämpfung und DMP-Optimierung für die BARMER. Und obwohl der Vertrag in vielen Dingen simpel scheint und wenig Gefahr für den einzelnen Arzt birgt, enthält er en masse ordnungspolitische Kardinalfehler, die die Position der Hausärzte und der Ärzteschaft als solche zukünftig erheblich gefährden können.

Dr. med. Thomas Lipp, Leipzig
Vorsitzender des Hartmannbundes,
Landesverband Sachsen
Mitglied der Kammerversammlung

Neue Versorgungsformen in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Verbindung der ambulanten und stationären Betreuung

I. Einführung

Die Ausschüsse „Ambulante Versorgung“, „Krankenhaus“ und „Schwerpunktbehandlung und -betreuung chronisch Erkrankter in Praxis und Klinik“ nehmen mit den nachfolgenden Ausführungen eine Bewertung der im GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) geplanten „Neuen Versorgungsformen“ vor. Der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer hat dieses Positionspapier in der Vorstandssitzung am 6. April 2005 ausführlich diskutiert und einstimmig angenommen.

1. Ist-Zustand

Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland ist gegliedert in ambulante, stationäre und universitäre Versorgung sowie das Rehabilitationswesen mit einer weitestgehend voneinander losgelösten und parallelen Versorgung. Dies hat zu einem Konkurrenzdenken und zu einer Vielzahl von Problemen, insbesondere bei der Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen, geführt. Beispielfhaft seien genannt:

- die Finanzierung der Leistungserbringung nach dem Zulassungsprinzip,
- die Probleme bei der sektoralen Trennung von Diagnostik und Therapie (Schnittstellenproblematik),
- die Entwicklung der rehabilitativen Versorgung unabhängig vom notwendigen Bedarf und mit zu geringer ärztlicher Einflussnahmemöglichkeit,
- die mangelnde Verknüpfung von Forschungspotentialen und Patientenversorgung,
- mangelnde gesetzliche und gesundheitspolitische Rahmenbedingungen für die Aus-, Weiter- und Fortbildung des ärztlichen Nachwuchses und
- Abstimmungsprobleme der Partner im Gesundheitswesen.

Dabei ist festzustellen, dass bisher der gemeinsame Versorgungsauftrag keine optimale Wichtung der Verantwortung des stationären Bereiches einerseits und des niedergelassenen Bereiches andererseits ermöglichte (Problem der Ermächtigung, Problem der Vor- und Nachsorge bei stationären Behandlungen). Vor allem bei chronischen und komplexen Krankheitsbildern konnten die Versorgungsaufgaben nicht ausreichend gelöst werden. Die de-

mographische Entwicklung lässt erwarten, dass durch die Überalterung der Bevölkerung bei Fortbestehen des Systems die Probleme zunehmen werden und eine Versorgungsverschlechterung zu erwarten ist.

2. Ziele des Gesetzgebers

Die Gesetzliche Krankenversicherung erfährt im Rahmen der Reformen zur Sozialversicherung durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) im 5. Sozialgesetzbuch (SGB V) tiefgreifende Veränderungen. Die in das SGB V eingeführten „Neuen Versorgungsformen“ sollen einerseits durch Überwindung der sektoralen Gliederung des Deutschen Gesundheitswesens Behandlungsdefizite vermindern und damit medizinische und versorgungspolitische Gesichtspunkte berücksichtigen. Andererseits ist zu erkennen, dass die gesetzlichen Regelungen zwar auch der Kostenersparnis dienen, jedoch Wettbewerb und Qualitätsverbesserung durch „Neue Versorgungsformen“ erzielt werden sollen, bei denen die wirtschaftlichen Gründe im Vordergrund stehen.

II. Bewertung der vom Gesetzgeber vorgegebenen „Neuen Versorgungsformen“ und Organisationsstrukturen

Der Gesetzgeber hat im SGB V mit der Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73 b SGB V und den Medizinischen Versorgungszentren nach § 95 SGB V „Neue Versorgungsformen“ eingeführt und andere schon bestehende Versorgungsformen, wie die Integrierte Versorgung nach §§ 140 a ff. SGB V und Disease-Management-Programme (DMP) gemäß § 137 f. SGB V wesentlich verändert. Neben der Hausarztzentrierten Versorgung werden Medizinische Versorgungszentren (MVZ), die Teilöffnung der Krankenhäuser für die ambulante Behandlung und die Integrierte Versorgung bewertet. Bei der Bewertung sollen die „Neuen Versorgungsformen“ rechtlich eingeordnet und Vorteile sowie Kritikpunkte dargestellt werden. Abschließend wird der Meinungsstand der Ausschüsse zu den „Neuen Versorgungsformen“ und Organisationsstrukturen dargestellt.

1. Die Hausarztzentrierte Versorgung gemäß § 73 b SGB V

Rechtliche Einordnung:

Versicherte können sich gemäß § 73 b SGB V gegenüber ihrer Krankenkasse schriftlich ver-

pflichten, ambulante fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung des von ihnen aus dem Kreis der „besonders qualifizierten Hausärzte“ gewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen. Der Versicherte ist an diese Verpflichtung und an die Wahl seines Hausarztes mindestens ein Jahr gebunden. Eine fachärztliche Behandlung ist nur auf Überweisung möglich. Für die Krankenkassen besteht eine gesetzliche Verpflichtung zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung Verträge mit „besonders qualifizierten Hausärzten“ abzuschließen. Die Stellung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) wird geschwächt. Es können wirtschaftliche Anreize für den Arzt durch eine Zusatzvergütung und für den Versicherten durch Bonusregelungen gesetzt werden. Für den Arzt besteht dagegen auf Grund des fehlenden Kontrahierungszwangs kein Anspruch auf Abschluss eines Vertrages.

Vorteile:

Dieses Modell ist sehr stark auf eine gute Kooperation zwischen Hausarzt und Facharzt angewiesen. Auch durch Kooperationsmöglichkeiten mit Pflegeeinrichtungen und anderen sozialen Diensten soll die Versorgung von pflegebedürftigen Patienten besser werden. Das Krankenhaus soll als Träger der stationären Versorgung besser eingebracht werden.

Kritikpunkte:

Der Hauptkritikpunkt an der „Hausarztzentrierten Versorgung“ ist der Begriff „besonders qualifizierter Hausarzt“, der im Gesetz nicht näher spezifiziert wird und offensichtlich von den Krankenkassen festgelegt wird. Diese Einteilung darf jedoch nicht in die Entscheidungshoheit einer Institution fallen, deren originäre Aufgabe die Verwaltung und gerechte Verteilung der finanziellen Mittel der Solidargemeinschaft ist. Über die Qualifikation eines Arztes kann nur die Ärztekammer entscheiden, die diese Aufgabe vom Staat übertragen bekommen hat. Sie entscheidet durch Facharztprüfungen über eine besondere Qualifikation. In der Bindung des Patienten an einen bestimmten Hausarzt für ein Jahr, ohne dessen Überweisung keine Facharztconsultation erfolgen kann, ist die Tendenz in die Richtung des „Primärarztsystems“ deutlich erkennbar. Dieses Prinzip verhindert, dass der aufgeklärte und mündige Patient bei vielen eindeutigen Erkrankungen auch in eigener Regie einen Facharzt aufsuchen könnte. Es besteht ebenfalls die Gefahr einer Spaltung

der Ärzteschaft in „einfache und besondere“ Ärzte ihres Fachgebietes, was zu einer Stärkung des Einflusses der Krankenkassen führen wird. Eine Ausklammerung der Kassenärztlichen Vereinigungen bedeutet zudem einen ersten Schritt zu ihrer Abschaffung.

2. Medizinische Versorgungszentren gemäß § 95 Abs. 1 SGB V

Rechtliche Einordnung:

Bisher war die ambulante Behandlung nur dem Vertragsarzt, dem ermächtigten Arzt und in den neuen Ländern den unbefristet zugelassenen Einrichtungen nach § 311 SGB V (Polikliniken) erlaubt. Nach § 95 Abs. 1 SGB V darf auch das MVZ an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Es wird definiert als eine fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtung. Sie soll sektorale Grenzen in der medizinischen Versorgung überwinden. Zur Gründung sind Vertragsärzte, ermächtigte Ärzte oder ermächtigte Einrichtungen, Krankenhaussträger, Reha-Einrichtungen, Apotheken und Pflegedienste berechtigt. Im Rahmen der Bedarfsplanung dürfen sich Medizinische Versorgungszentren aller zulässigen Organisationsformen bedienen. MVZ bedürfen der Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung. Im MVZ können Ärzte als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sein. Die Anstellungsverhältnisse sind nach Zahl und Umfang frei zu gestalten. Eine Eintrittsgrenze für Ärzte besteht nicht. Anstellungsende im MVZ ist das 68. Lebensjahr.

Vorteile:

Im MVZ haben junge Ärzte die Möglichkeit, an der vertragsärztlichen Versorgung ohne wirtschaftliches Risiko teilzunehmen. Dadurch lässt sich z. B. Familie und Beruf besser koordinieren. Jeder Arzt erhält gemäß § 103 Abs. 4 a SGB V nach fünf Jahren auf Antrag eine Zulassung als niedergelassener Arzt, unbeschadet der im Planungsbereich bestehenden Zulassungsbeschränkungen. Ältere Vertragsärzte können sich einem MVZ anschließen, um schrittweise eine Reduzierung der Arbeitszeit anzustreben. Eine Anstellung auch für Krankenhausärzte nach dem 55. Lebensjahr ist möglich. Durch regelhafte Verzahnung, zum Beispiel bei Angliederung eines MVZ an ein Krankenhaus, soll eine kostengünstige Alternative und qualitativ hochwertige Versorgung entstehen. Die gemeinsame Nutzung von Geräten und Personal

und ein gemeinsames Qualitätsmanagement können günstigere Kostenstrukturen schaffen. Die Anstellungsverhältnisse können nach Zahl und Umfang (im Rahmen des Gesamtumfangs) frei gestaltet werden.

Die Möglichkeit der Gründung von Medizinischen Versorgungszentren wird von Krankenhausesseite begrüßt. Krankenhäuser können angestellte Ärzte, z. B. nach der Facharztprüfung, im MVZ weiter beschäftigen. Der ambulante Arbeitsplatz kann durch einen Facharzt besetzt werden, der stationäre Arbeitsplatz wird wieder frei für die Weiterbildung. Unklar bleibt die in § 20 Abs. 1 und 2 der Ärztezulassungsverordnung geforderte strenge Trennung der ambulanten von der stationären Tätigkeit. Das MVZ soll geeignet sein, die durch die DRG-Reform entstehende Lücke in der Nachbetreuung des jetzt wesentlich früher entlassenen Patienten zu schließen. Das kann unter anderem nur dann gelingen, wenn ein Teil der durch die Fallpauschalen-Reform eingesparten Gelder hier wieder eingesetzt wird.

Kritikpunkte:

Ob durch die Bildung von MVZ Versorgungslücken geschlossen werden können, ist fraglich. Es sollen zwar effektivere Arbeitsplätze geschaffen werden, jedoch ist anzunehmen, dass die Anzahl der Ärzte im Versorgungsgebiet gleich bleibt. Ein Ärztemangel, sowohl ambulant als auch stationär, bleibt nach wie vor bestehen. Durch die Eröffnung von MVZ entsteht ein deutlicher Wettbewerbsnachteil, insbesondere für die fachärztlichen Einzel- und Gemeinschaftspraxen. Die für das deutsche Gesundheitswesen hervorragende wohnortnahe fachärztliche Versorgung wird damit im Grunde in Frage gestellt. Es besteht die Gefahr, die bewährte jahrhundertealte Tradition der Freiberuflichkeit in der Medizin, deren wesentliches Kennzeichen die persönliche, eigenverantwortliche und fachlich unabhängige Erbringung von ärztlichen Leistungen ist, zu verlieren oder zumindest Einschränkungen hinnehmen zu müssen. Wenn das Prinzip der persönlichen Leistungserbringung verwischt wird, könnte sich die Ärzteschaft zunehmend weg vom freien Beruf hin zu einem Gewerbetreibenden entwickeln. Zudem könnte die Wahlfreiheit des Patienten eingeschränkt werden. Die Beschränkung der Tätigkeit im MVZ auf Ärzte mit abgeschlossener Facharztweiterbildung verschärft zudem das zurzeit schon anstehende Problem, dass

viele Weiterbildungsinhalte nicht in Krankenhäusern vermittelt werden können, da sie ausschließlich ambulant zu erbringen sind.

3. Teilöffnung von Krankenhäusern zur ambulanten Behandlung gemäß § 116 b SGB V

Rechtliche Einordnung:

Die Trennung der Sektoren bzw. die Schnittstelle zwischen der stationären Versorgung und der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung wird seit Jahren von der Politik als ein wesentlicher Grund für Qualitätsdefizite in der Versorgung der Patienten insbesondere bei der Behandlung von chronischen Erkrankungen angeführt. Bisher wurde diese Problematik durch so genannte Ermächtigungssprechstunden gemäß § 116 SGB V geregelt. Darüber hinaus gab es die gesetzlich geregelten Ausnahmen wie die vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus (§ 115 a SGB V), für ambulante Operationen im Krankenhaus (§ 115 b SGB V) sowie durch Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V) und psychiatrische Institutsambulanzen (§ 118 SGB V). Das GMG sieht gegenüber dem alten System vier Erweiterungen vor. Dies sind Öffnungen der Krankenhäuser im Rahmen von Disease-Management-Programmen (DMP) gemäß § 116 b Abs. 1 SGB V, für hochspezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen gemäß § 116 b Abs. 2 bis 5 SGB V, Öffnungen von Einrichtungen der Behindertenhilfe gemäß § 119 a SGB V und der Möglichkeit, dass Krankenhäuser bei Unterversorgung gemäß § 116 a SGB V an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen können.

Vorteile:

Aus der Sicht der Vertragsärzte ist die ambulante Behandlung im Krankenhaus dann als positiv zu bewerten, wenn tatsächlich eine Unterversorgung besteht und spezielle Krankheiten behandelt werden können. Konkurrenzsituationen zu den Praxen der Umgebung kann durch eine zeitliche Begrenzung der Verträge entgegengewirkt werden. Der Katalog von § 116 b Abs. 2 bis 5 SGB V kann im Bedarfsfall um aktuelle Veränderungen der Versorgungslage erweitert werden.

Kritikpunkte:

Da die Regelungen von §§ 116 a und 116 b SGB V „Kann-Bestimmungen“ sind und für

die Krankenkasse letztendlich daraus keine Kosteneinsparung resultiert, sondern lediglich ein bürokratischer Mehraufwand, ergeben sich daraus wohl Schwierigkeiten für die Realisierung.

4. Integrierte Versorgung gemäß §§ 140 a ff. SGB V

Rechtliche Einordnung:

Ziel der Integrierten Versorgung ist die Abstimmung der medizinischen Leistungen der verschiedenen ambulanten, stationären, pflegerischen oder rehabilitativen Sektoren. Sie soll ein reibungsloses Zusammenspiel allgemeinärztlicher und fachärztlicher Behandlung und ein eingespieltes Zusammenwirken aller Versorgungskomponenten ermöglichen. Die Krankenkassen können gemäß § 140 a SGB V Verträge über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung mit Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung mit den in § 140 b Abs. 1 SGB V genannten Vertragspartnern abschließen. Der Einfluss der Kassenärztlichen Vereinigungen ist explizit ausgeschlossen. Gemäß § 140 b Abs. 5 SGB V ist mit Zustimmung der Vertragspartner ein Beitritt Dritter zum Vertrag möglich. Gemäß den Vorgaben in § 140 b Abs. 3 SGB V müssen sich die Vertragspartner der Krankenkassen zu einer qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten verpflichten. Neu ist, dass die Vertragspartner der Integrierten Versorgung sich auf der Grundlage ihres jeweiligen Zulassungstatus für die Durchführung der Integrierten Versorgung darauf verständigen können, dass Leistungen auch dann erbracht werden können, wenn die Erbringung dieser Leistungen vom Zulassungs- oder Ermächtigungstatus des jeweiligen Leistungserbringers nicht gedeckt ist (§ 140 b Abs. 4 SGB V). Es handelt sich um eine parallele Versorgungsstruktur außerhalb des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen. Es werden einzelvertragliche Regelungen zwischen dem Integrationsverbund und der Krankenkasse ermöglicht. Die Vergütung wird zwischen den Vertragsparteien verhandelt. Die Abgeltung der Leistungen erfolgt durch ein kombiniertes Budget, allerdings zu Lasten des Gesamtbudgets des ambulanten und stationären Sektors.

Verträge zur Integrierten Versorgung sollen durch Wegfall von Rahmenvereinbarungen

der Kassenärztlichen Vereinigungen, durch Befreiung vom Grundsatz der Beitragsstabilität bis 31. 12. 2006, durch Anschubfinanzierung von 1 Prozent aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung und dem Krankenhausbudget sowie durch die Gründung von Integrationsverbänden von zugelassenen Leistungserbringern als auch Managementgesellschaften erleichtert werden.

Vorteile:

Vorteile der Integrierten Versorgung sollen in der Verbesserung von Qualität und Effizienz der Patientenversorgung, der Ressourcenschonung der eingesetzten Mittel, der Stärkung des Engagements und Arbeitszufriedenheit aller im Gesundheitswesen Tätigen und der Senkung der Bürokratiekosten bestehen.

Integrationsdefizite, wie

- durch Differenzierung und Spezialisierung in der Medizin,
- durch unterschiedliche Orientierung der verschiedenen Fachrichtungen,
- aus der hochentwickelten Wahlfreiheit der Krankenversicherten,
- aus den finanziellen Anreizen der Versorgungssysteme,
- aus den verschiedenen Rechtsbedingungen und Zuständigkeiten der einzelnen Sektoren,
- durch die starke Wettbewerbsorientierung im Gesundheitswesen und
- durch zunehmende betriebswirtschaftliche Orientierung vieler Leistungserbringer sollen abgebaut werden.

Kritikpunkte:

Hinsichtlich der Finanzierung erfolgt keine Bereinigung der Krankenhausbudgets in den Jahren 2004 bis 2006, weil bereits im Krankenhausbudget enthaltene Leistungen nicht in der Integrationsversorgung vergütet werden. In den Jahren 2004 bis 2006 erfolgt ein Pauschalabzug bis zu 1 Prozent von der vertragsärztlichen Gesamtvergütung und allen Krankenhausbudgets zur Finanzierung der Integrierten Versorgung, „soweit die einbehaltenen Mittel zur Umsetzung von nach § 140 b SGB V geschlossenen Verträgen erforderlich sind“. Eine Beitragssatzstabilität für Verträge, die bis Ende 2006 geschlossen werden, wird nicht gefordert (§ 140 b Abs. 4 SGB V). Dies bedeutet, dass keine zusätzlichen Mittel zur Verfügung gestellt werden und die Finanzierung aus der Neuverteilung erfolgt, was einer Mittelverminderung für die Gesamtversorgung infolge des erhöhten bürokratischen Aufwandes gleichkommt. Eine Beitragssatzstabilität wird nicht gefordert, was der Gesetzgeber mit hohen Kosten für die Erstellung von Konzepten begründet. Die Kassenärztliche Vereinigung als Vertragspartner ist dezidiert ausgeschlossen. Damit erfolgt eine Integrierte Versorgung außerhalb des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigung, was eindeutige „Parallelleistungen“ zur Folge haben kann. Für Krankenhäuser werden nur zusätzliche Leistungen in der Integrierten Versorgung vergütet, eine Budgetbereinigung erfolgt dagegen nicht. Mit den Verträgen sind außer den Versorgungsleistungen auch die

Vergütung der Leistungen zu regeln. Somit sind alle Preise zwischen den Kassen und dem Leistungserbringer einzeln zu verhandeln. Damit erhöht sich erneut der bürokratische Aufwand, was außerdem bedeutet, dass unterhalb eines Leistungsniveaus die dazu erforderlichen Mittel nicht zu erbringen sind. Die Umsetzung wird dadurch erschwert, dass ein Kassenarztsitz und ein weiterer Vertrag zwischen Vertragsarzt und Krankenhaus zu den finanziellen Modalitäten und eine sachgerechte anteilige Honorierung der einzelnen Leistungserbringer erforderlich ist. Zudem kann eine sinnvolle integrierte Versorgung erst dann stattfinden, wenn für die Patientenversorgung ein eigenes Budget existiert.

Der Abschluss von Integrierten Versorgungsverträgen außerhalb der KV-Zuständigkeit, und somit der Übergang des Sicherstellungsauftrages auf die neuen Vertragspartner, wird deshalb negativ bewertet, denn die Kassenärztlichen Vereinigungen besitzen die erforderlichen jahrzehntelangen Verhandlungserfahrungen und entsprechende strukturelle und logistische Voraussetzungen. Problematisch erscheint die Aufgabe der Beitragssatzstabilität und eine fehlende Öffnungsklausel zur Herstellung der Chancengleichheit zugelassener Vertragsärzte gegenüber medizinischen Versorgungspartnern. Damit sind die Versorgungspartner vom Gesetzgeber als Institution mit Verdrängungsfunktion gegenüber kleineren Einrichtungen konzipiert, insbesondere gegenüber dem spezialisiert tätigen Einzelarzt. Zudem scheint die Idee der Integrierten Versorgung nicht realisierbar auf Grund der politisch gesetzten Rahmenbedingungen und dem Spezialisierungstrend in der Medizin. Die Versorgung wird zudem noch unübersichtlicher. Es ist erkennbar, dass die umfassende Funktion des Arztes weiter zurückgedrängt werden soll. Weiterhin besteht die Gefahr, dass die Vertragsärzte in ihrer Gesamtheit gespalten und damit die Verhandlungsbasis nachhaltig geschwächt wird.

Die Funktion der Integrierten Versorgung dient damit nach unserer Ansicht auf Basis der jetzigen rechtlichen Grundlage nicht der Verbesserung der Versorgung. Bei gleichzeitiger Verfügbarkeit von Finanzmitteln für die Patientenversorgung (volkswirtschaftlicher Aspekt) und Sicherung von Finanzmitteln für die einzelne integrierte Einrichtung (betriebswirtschaftlicher Aspekt), wird das Gesamt-

system mit hohem Risiko umgewandelt. Versorgungsdefizite werden bewusst in Kauf genommen. Es besteht die Gefahr der schnellen Verausgabung von Finanzmitteln für Versorgungsformen, die sich kaum vom Status quo unterscheiden.

Wie bei allen von der jetzigen Bundesregierung vorgesehenen Modellen (DMP, DRG) sind keinerlei Pilotstudien vorgesehen, was das Gesamtvorhaben als Roulette erscheinen lässt (einzelne Gewinner, viele Verlierer und die Gewinner sind die Krankenkassen, der Nutzen für den Patienten = Zuschauer ist unübersichtlich).

5. Meinungsstand der Ausschüsse

Mit den „Neuen Versorgungsformen“ ist primär keine Integrierung des Gesamtsystems vorgesehen, sondern die Schaffung parallel agierender Verantwortungsbereiche mit nicht mehr überschaubarem Sicherstellungsauftrag. Integration im ärztlichen Sinn, als Integrierung der Versorgung für den Bürger, ist zwingend notwendig. Dabei ist nicht zu erkennen, dass dieser Aspekt mit dem neuen Gesetz als Folge der rein ökonomischen Sicht annähernd erfüllbar ist.

Die Schaffung neuer Strukturen führt unter diesen Aspekten zwangsläufig zu einer dramatisch anzusehenden Verschiebung von Finanzmitteln aus der Versorgung in die Schaffung neuer Strukturen und damit bei Konstanz der Gesamtmittel zu einer Verminderung des finanziellen Volumens für die Versorgung. Vom Gesetzgeber sind die Versorgungspartner gewollt als Institution mit Verdrängungsfunktion gegenüber kleineren Einrichtungen konzipiert, insbesondere gegenüber dem spezialisiert tätigen Einzelarzt. Dabei wird die Versorgung unübersichtlicher, die Funktion des einzelnen Arztes, jedoch auch die Funktion der beiden ärztlichen Körperschaften, zurückgedrängt. Es sei mit Nachdruck darauf verwiesen, dass dadurch lobbyistische Denkweisen gefördert werden, die einerseits zu einer Zersetzung des Zusammenhaltes der Ärzteschaft beitragen, andererseits zu einer zunehmenden Kommerzialisierung der medizinischen Versorgung führen.

Die Verfasser dieses Papiers sehen angesichts einer Vielzahl ungelöster Probleme, insbesondere aber der Intention des neuen Gesetzes, keine zukunftsweisenden Entwicklungen. Die

in den neuen Bundesländern bisher vorgenommenen Integrationsversuche werden unter versorgungspolitischen Aspekt negativ beeinflusst werden. Alle Versicherten – unabhängig vom Alter, Geschlecht und Einkommen – sollen auf Grund des GMG die notwendige medizinische Versorgung erhalten. Dabei sollen Solidarität, Subsidiarität und Selbstverwaltung in der GKV erhalten bleiben und das bei hohem Versorgungsniveau und angemessenen Beitragssätzen. Die Erreichung dieser anspruchsvollen Zielsetzung ist nach unserer Ansicht nur durch eine grundlegende Reform des derzeitigen Sozialsystems zu erreichen. Die mit dem Gesetz angedachten strukturellen Veränderungen führen nicht zur konsequenterweise notwendigen vollständigen Überwindung der sektoralen fachärztlichen Versorgungsschienen. Dies auch unter Berücksichtigung der sog. Diagnosis Related Groups (DRG), in deren Folge eine Reduzierung der stationären Einrichtungen eintreten wird.

Die Trennung des stationären Sektors vom vertragsärztlichen Bereich ist für eine qualitäts- und wettbewerbsorientierte Weiterentwicklung und Verbesserung der medizinischen Versorgung der Bürger hinderlich, unwirtschaftlich und nicht zukunftsfähig. Zu beachten ist hier auch der gemeinsame Sicherstellungsauftrag der ambulanten und stationären Versorgung, die in den vergangenen Jahren zunehmend auf immer weniger Ärzte im stationären Sektor verlagert wurde, indem die stationäre Notversorgung als eigene Aufgabe immer öfter auch allein getragen wird. Zudem muss die ambulante Notversorgung – Bereitschaftsdienst, durch übermäßige Frequentierung der Rettungsstellen am Krankenhaus durch Mangel an geeigneten Strukturen im ambulanten Bereich zunehmend übernommen werden. Auch das am 01.01.2005 in Kraft getretene Sächsische Gesetz über Brandschutz, Rettungsdienst und Katastrophenschutz geht in § 28 Abs. 3 davon aus, dass in Krankenhäusern Ärzte in ausreichender Zahl für die Wahrnehmung weiterer Aufgaben zur Verfügung stehen, was nicht der Fall ist.

Anzustreben ist eine Überwindung dieser strengen sektoralen Versorgung bei Wahrung der Freiberuflichkeit, unter Erhalt der fachärztlichen Versorgungsschiene auf Grund der hohen Effizienz sowie unter Berücksichtigung des wohnortnahen Versorgungsbedarfs von Patienten. Das in Deutschland praktizierte

Belegarztwesen ist bereits eine bewährtes und hocheffizientes Integrationsinstrument zwischen ambulanter und stationärer Behandlung. Es sollte im Rahmen der Integrierten Versorgung weiter ausgebaut werden. Aus unserer Sicht sollte man dabei in erster Linie bei ausgewählten Diagnosegruppen die Behandlungspfade des Patienten analysieren und eine Konzentration auf möglichst wenige Behandler erreichen. Dabei ist der Grundsatz ambulant vor stationär nur dann sinnvoll umzusetzen, wenn der Hauptbehandler in beiden Sektoren tätig sein kann.

Aus ärztlicher Sicht sind neue Versorgungsstrukturen vorrangig nach ärztlichen, patienten-

versorgungswirksamen und volkswirtschaftlichen Kriterien zu organisieren, wobei der ökonomische Aspekt notwendig, aber nicht vordergründig sein darf und privatwirtschaftliche Leistungserbringung nicht überbetont werden. Die Neubestimmung des Verhältnisses von Eigenverantwortung und Solidarität, die Schaffung einer nachhaltigen Finanzierung, die präventive Ausrichtung der gesundheitlichen Versorgung, die verantwortliche Lösung ethischer Konflikte und die künftige Umsetzung des medizinischen Fortschritts müssen in Vordergrund stehen.

Die Bundesärztekammer hat hierzu ein ärztliches Versorgungsstrukturmodell entwickelt,

das alle Vertragsformen bedient, eine handlungsstarke und medizinisch qualitätsvolle Kooperation der Partner im Gesundheitswesen vorsieht und als Gegengewicht gegen die Krankenkassen betrachtet werden kann.

Dr. med. Bernhard Ackermann
Vorsitzender des Ausschusses
Ambulante Versorgung

Dr. med. Eberhard Huschke
Vorsitzender des Ausschusses Krankenhaus

Dr. med. Hans-Joachim Verloren
Vorsitzender des Ausschusses
Schwerpunktbehandlung und -betreuung
chronisch Erkrankter in Praxis und Klinik

Auswirkungen des EUGH-Urteils zur Arbeitszeit im Krankenhaus

Der Ausschuss Krankenhaus beschäftigt sich seit zwei Jahren intensiv mit dem EUGH-Urteil und den Problemen mit der praktischen Umsetzung des auf Grund dieses Urteils geänderten Arbeitszeitgesetzes. In zahlreichen Debatten wurden die unterschiedlichen Standpunkte ausgetauscht.

Die Mitglieder des Ausschusses, Dr. Huschke, Vorsitzender, Dr. Steiniger, Vorstandsmitglied, und Dr. Fritz, Beauftragter der Sächsischen Landesärztekammer im Krankenhausplanungsausschuss des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, erarbeiteten gemeinsam folgendes Positionspapier, das in der Sitzung vom 24. November 2004 nochmals im Ausschuss Krankenhaus zur Diskussion stand und vom Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer am 2. März 2005 bestätigt worden ist.

1.

Das EUGH-Urteil vom 9. September 2003 und die daraufhin erfolgte Umsetzung im Arbeitszeitgesetz hat eine Situation geschaffen, die im Krankenhausbereich für Arbeitnehmer und Arbeitgeber gleichermaßen unlösbar ist. Es wurde eine Situation geschaffen, die über eine Zustimmungserklärung des Arbeitnehmers die Umsetzung des EUGH-Urteils in einer

Weise zu umgehen erlaubt, die dem Sinn des Urteils nicht entspricht:

In seinem Urteil hatte der EUGH explizit auch für Deutschland entschieden, dass der Bereitschaftsdienst vollumfänglich als Arbeitszeit im Sinne der Richtlinie 93/104/EG einzustufen ist. In der Begründung führte er entsprechend seiner bisherigen Rechtsprechung aus, dass Bereitschaftsdienst und Arbeitszeit äquivalent sei. Ein Arzt ist auch während des Bereitschaftsdienstes persönlich anwesend. Er leistet an seiner Arbeitsstelle Arbeitszeit, auch wenn es ihm gestattet ist, sich in Zeiten auszuruhen, in denen er nicht in Anspruch genommen wird. Der Gesetzgeber hat die auf Grund dieser Entscheidung erforderlichen Änderungen im Arbeitszeitgesetz im Rahmen der Arbeitsmarktreform umgesetzt.

Für die Krankenhausärzte fallen danach die normalen Tagdienste unter die Regelung des § 3 Arbeitszeitgesetz. Sie sind mithin Regeldienste, die gerade keinen Bereitschaftsdienst oder Rufbereitschaft darstellen. Gemäß § 3 Satz 1 Arbeitszeitgesetz beträgt die werktägliche Höchstarbeitszeit 8 Stunden und kann im Einzelfall auf 10 Stunden verlängert werden. Für den Bereitschaftsdienst ergibt sich die tägliche Höchstarbeitszeit zwar nicht explizit aus

dem Arbeitszeitgesetz, ist aber auf Grund der Gesetzessystematik der § 7 Abs. 1, 2a, 8, 9, § 5 Abs. 1 Arbeitszeitgesetz und Artikel 3 der Arbeitszeitrichtlinie mit 13 Stunden zu bemessen. Insoweit trägt der Gesetzgeber den Besonderheiten vor allem des Bereitschaftsdienstes Rechnung, bei dem es dem Arzt gestattet ist, Ruhezeiten einzulegen und er nur bei Bedarf zur tatsächlichen Arbeit herangezogen wird. Da eine Ruhezeitverkürzung im Einzelfall auf maximal 10 Stunden nach § 5 Abs. 2 Arbeitszeitgesetz unter Beachtung des entsprechenden Ausgleichszeitraumes möglich ist, ergibt sich ein arbeitszeitrechtlicher Verstoß, wenn der Arzt bei Nichtgewährung dieser Mindestruhezeit wieder zum Einsatz kommt. Das ist der Fall, wenn der Arzt für weniger als 10 Stunden die Klinik verlassen darf. Bei einem Dienst von mehr als 12 Stunden gilt gemäß § 7 Abs. 9 Arbeitszeitgesetz eine Ruhezeit von mindestens 11 Stunden.

Gemäß Artikel 18 Abs. 1b Buchstabe i der Richtlinie 93/104/EG besteht die Option einer abweichenden Vereinbarung der Arbeitszeit, sogenanntes individuelles Opt-Out, das eine individuelle Überschreitung der in Artikel 6 der Richtlinie 93/104/EG vorgesehenen Höchstarbeitszeit ermöglicht.

2.

Die Mitglieder des Ausschusses Krankenhaus begrüßen den Vorschlag der Europäischen Kommission vom 22. September 2004 für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates zur Änderung der EU-Arbeitszeitrichtlinie, die eine praxisnahe Umsetzung der Ziele des EUGH-Urteils ermöglichen könnte. Die dort vorgeschlagene Einführung der Begrifflichkeiten „Bereitschaftsdienst“ und „inaktive Zeit während des Bereitschaftsdienstes“ wird als sinnvoll erachtet. Bei einer intelligenten Umsetzung wird dies auch von den Krankenhausärzten getragen werden:

Der Richtlinienvorschlag belässt die von der Richtlinie 2003/88/EG vorgenommenen Definitionen von „Arbeitszeit“ und „Ruhezeit“ unverändert, führt aber zwei neue Begriffe ein – den des „Bereitschaftsdienstes“ sowie den der „inaktiven Zeit während des Bereitschaftsdienstes“. „Bereitschaftsdienst“ ist nach Artikel 2 Nr. 1a des Kommissionsvorschlages die Zeit, in welcher der Arbeitnehmer an seinem Arbeitsplatz zur Verfügung stehen muss, um nach Aufforderung des Arbeitgebers seine Tätigkeit auszuüben oder seine Aufgabe wahrnehmen zu können. Die „inaktive Zeit während des Bereitschaftsdienstes“ ist demgegenüber die Zeit, in welcher der Arbeitnehmer Bereitschaftsdienst hat, aber von seinem Arbeitgeber nicht zur Ausübung seiner Tätigkeit oder Wahrnehmung seiner Aufgaben aufgefordert wird, Artikel 2 Nr. 1b des Vorschlages. Letztere ist nicht als Arbeitszeit anzusehen, sofern nicht einer einzelstaatlichen Gesetzgebung oder tarifvertraglich oder, in Übereinstimmung mit der einzelstaatlichen Gesetzgebung, in einer Vereinbarung zwischen den Sozialpartnern etwas anderes vorgesehen ist. Zeiten, in denen der Arbeitnehmer tatsächlich eine Tätigkeit ausübt, sind aber stets Arbeitszeit.

3.

Sollte der Rat der Europäischen Union und das Europaparlament dem Vorschlag zustimmen, dann sollte die Ärzteschaft den Gesetzgeber auffordern, das neue Arbeitszeitgesetz unter den Aspekten der Europäischen Kommission zu verändern, um

- die fachliche Versorgung der Patienten in den Krankenhäusern sicher zu stellen und
- für Ärzte im Krankenhaus, zu deren Berufsbild die Durchführung von Bereitschaftsdiensten gehört, eine Begrenzung

der Arbeitszeit festzulegen, die mit Augenmaß Arbeitszeit und Bereitschaftszeit ohne Anfall von ärztlicher Tätigkeit beinhaltet.

Dies soll erläutert werden:

In der Vergangenheit hat der Krankenhausarzt neben seiner täglichen Arbeitszeit, die oft acht Stunden überschreitet, durch Bereitschaftsdienste zur Nachtzeit und an Sonn- und Feiertagen die ärztliche Versorgung von Akutpatienten gesichert. Das Arbeitszeitgesetz in der Fassung von 1994 mit der differenzierten Handhabung der Bereitschaftsstufen A und B sowie C und D hatte zum Ziel, eine unzumutbare Überschreitung von Höchstarbeitszeiten zu verbieten und damit dem Arbeitnehmerschutz zu dienen. In vielen Krankenhäusern wurden diese Ziele mit Mühe erreicht. In einigen Krankenhäusern sahen sich die Arbeitgeber jedoch auch im Recht, unter Verweis auf das Arbeitszeitgesetz, die Bezahlung für Arbeiten, die außerhalb des vorgeschriebenen Arbeitszeitlimits anfielen, zu verweigern. So war es möglich, dass Ärzte nach achtstündiger Arbeitszeit und sich anschließendem Bereitschaftsdienst während der danach beginnenden Freizeit noch einige Stunden vor Ort bleiben mussten, um weitere anstehende Aufgaben zu erledigen – sie jedoch keine Bezahlung dafür erhielten. So wurde aus der Absicherung von Arbeitnehmerrechten eine Lohnkostenreduzierung auf Arbeitgeberseite erzielt, ohne die Belastung des ärztlichen Mitarbeiters zu reduzieren.

Das EUGH-Urteil wollte diesem Missbrauch der Arbeitnehmerrechte entgegenwirken. Mit der jetzigen Rechtslage ist für den Arbeitgeber mit den vorhandenen Fachkräften und der bestehenden Finanzdecke jedoch keine Absicherung der Arbeitsaufgaben zu gewährleisten, wenn die gesamte Zeit des Bereithaltens als Arbeitszeit zählt. Der Krankenhausarzt als Arbeitnehmer kann bei Verwirklichung des Arbeitszeitgesetzes keine Nebeneinnahmen mehr erzielen. Die Festlegung eines Arbeitsstundenhöchstsatzes, in denen auch Bereitschaftsdienststunden mit einem geringen Anfall an aktiver Arbeit enthalten sind, hat für den Krankenhausarzt eine Herabsetzung der Grundvergütung zur Folge und macht ihn empfänglich für jegliche Opt-Out-Lösungen. Die Zustimmung zu Opt-Out-Lösungen durch die Arbeitnehmer hebt wiederum die arbeitszeitrechtlichen Regelungen aus.

Deshalb sind die Ausschussmitglieder der Meinung, dass die Durchsetzung und Verwirklichung des Arbeitszeitgesetzes im Krankenhaus im Sinne der ursprünglichen Fassung des Arbeitszeitgesetzes von 1994 erfolgen sollte. Diese Aufgabe ist mit gemeinsamer Anstrengung von Arbeitgeber und Arbeitnehmer zu schaffen. Der Marburger Bund sollte aus unserer Sicht die Forderungen des Arbeitszeitgesetzes alter Fassung durchsetzen, da die überzogenen Forderungen des EUGH-Urteils von dem eigentlichen Problem der Krankenhausärzte ablenkt, das darin besteht, unbezahlte Überstunden, unzureichende Vergütung und Verstöße gegen das Arbeitszeitgesetz alter Fassung abzubauen.

Wir begrüßen die neuen Überlegungen hinsichtlich der Definition des Bereitschaftsdienstes durch die Europäische Kommission und fordern eine Regelung, die mit Augenmaß und unter Beteiligung der Ärzte, die im Bereitschaftsdienst tätig sind, dafür sorgt, dass

- eine zumutbare Arbeitszeit nicht überschritten wird und
- eine notwendigerweise für den Arzt als zum Berufsbild gehörende Zusatzfähigkeit im Bereitschaftsdienst eine angemessene, über der Regelvergütung liegende Bezahlung erhält.

4.

Wir möchten abschließend allen Chefärzten und Oberärzten raten, sich nicht die Verantwortlichkeit für die Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes aufdrängen zu lassen (Funktion des Arbeitszeitbeauftragten). Zur Übernahme einer solchen Verpflichtung besteht kein Anlass und zumeist auch kein Rechtsgrund. Die Organisation und Sicherstellung der Patientenversorgung im Krankenhaus hat in erster Linie der Arbeitgeber vorzunehmen.

Aus berufspolitischer Sicht ist bei der Beurteilung des Problems: „Ärztlicher Bereitschaftsdienst und seine Einordnung ins gültige Arbeitszeitgesetz“ in erster Linie eine fachlich gesicherte Versorgung der Patienten im Krankenhaus zu jedem Zeitpunkt zu gewährleisten.

Es ist Aufgabe des Gesetzgebers, die dafür nötigen Rahmenbedingungen zu schaffen.

Dr. med. Eberhard Huschke
Vorsitzender des
Ausschusses Krankenhaus

24. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern

Dresden
2. April 2005

Die Vorsitzenden der Kreisärztekammern des Freistaates Sachsens, Mitglieder des Vorstandes und die Geschäftsführung der Sächsischen Landesärztekammer waren der Einladung des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer zur aktiven Teilnahme an der 24. Tagung gefolgt.

Zu Beginn der Tagung bedankte sich der Präsident für die detaillierten, berufspolitisch interessanten und aussagekräftigen Tätigkeitsberichte 2004 aus den 29 sächsischen Kreisärztekammern.

Schwerpunkthemen des Berichtes des Kammerpräsidenten, Herrn Prof. Dr. Jan Schulze, und der sich anschließenden regen und konstruktiven Diskussion über die „Aktuelle Gesundheits-, sozial- und berufspolitischen Lage“ waren:

Gesundheitsreform

Erste Wirkungen des Gesundheitsmodernisierungsgesetz sind:

- die Stärkung der Krankenkassen,
- eine finanzielle Verbesserung der Krankenkassen (rund 4 Mrd. € Überschuss, vor allem aus Einsparungen bei Sterbegeld, Haushaltshilfen und Arzneimitteln sowie Einnahmen durch Praxisgebühr),
- die Krankenversicherungsbeiträge fallen unbedeutend,
- ein Rückgang an Arztbesuchen ist wegen der Praxisgebühr und den Zuzahlungen nachweisbar,
- Leistungsbeschränkungen der GKV.

Weitere negative Effekte der Gesundheitsreform sind:

- Behinderung der freiberuflichen fachärztlichen Tätigkeit,
- Zielkonflikt Qualitätsverbesserung durch Einsparung,
- medizinische Notwendigkeiten werden an finanzielle Ressourcen angepasst,
- Fremdbestimmung der ärztlicher Berufsausübung durch Institute (G-BA, IQWiG),
- Krankenkassen schließen Hausarzt- und Hausapothekerverträge,
- Wartelisten für Operationen,
- DRG an Krankenhäusern und die Einführung von DMP richten das Gesundheitswesen nach ökonomischen, nach statistischen Größen aus,
- Schließung von ca. 500 Kliniken in Deutschland bis 2020 möglich.

Aufgaben der Selbstverwaltung

Die Ärzteschaft muss auch in Zukunft definieren, was gute Medizin ist. In der Diskussion über die Reform der Krankenversicherung muss die Ärzteschaft das medizinisch notwendige fordern:

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

Präventionsgesetz

Die Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

Das Präventionsgesetz des BMG ist auf dem Weg. Die Prävention als tragende Säule der medizinischen Versorgung muss ausgebaut werden. Die Finanzmittel [250 Mill. EUR/jährlich] reichen für wirksame Projekte nicht aus. Der Staat beteiligt sich an der Finanzierung der Prävention bisher nicht. Der Impfschutz und die Krebsvorsorge fehlen im Gesetz. Der ärztliche Sachverstand wird laut Bundesärztekammer ausgeblendet.

Aktueller Stand zu Disease Management Programmen

Die Kritikpunkte an der Einführung von DMP-Programmen, wie Fristsetzung, unregelmäßiger Datenfluss, fehlende hohe Behandlungsstandards und fehlende neueste Erkenntnisse der Nachsorge sowie Prävention bestehen weiterhin. Eine enorme bürokratische Belastung durch die DMP-Programme resultiert für Ärzte. Es gibt weiterhin keine Evaluation und Qualitätssicherung. Der absolut falsche Anreiz ist die Kopplung der DMP an den Risikostrukturausgleich. Die Motivation der Krankenkassen richtet sich nicht nach den Bedürfnissen ihrer versicherten Patienten, sondern nach der Erschließung einer Einnahmequelle.

Abbau der Bürokratie

Der Abbau der Bürokratie in der medizinischen Versorgung wurde durch die Gesundheitsministerkonferenz im Juni 2004 auf den Weg gebracht. Arbeitsgruppen aus der Gesundheitsministerkonferenz entstanden. Den Vorsitz im Freistaat Sachsen hat Frau Staatsministerin Helma Orosz. Die Sächsische Landesärztekammer hat konkrete Vorschläge zum Bürokratieabbau erarbeitet. Die Zuarbeit der

Sächsischen Landesärztekammer an das Sächsische Staatsministerium für Soziales erfolgte Anfang September 2004.

Der Bürokratieabbau ist auch ein Thema auf dem 108. Deutschen Ärztetag im Mai 2005 in Berlin.

Fortbildung

Das GMG verlangt die Fortbildungspflicht für alle Ärzte. Es besteht eine Nachweispflicht für die Vertragsärzte. Die Nachweispflicht für Krankenhausärzte ist in Vorbereitung. Eine starke Nachfrage zum Erwerb des Fortbildungszertifikates ist feststellbar. Im gesamten Jahr 2004 wurden durch die Sächsische Landesärztekammer 228 und bis zum 2. April 2005 bereits 62 Fortbildungszertifikate erteilt. Die Anträge auf Zertifizierung von Veranstaltungen haben signifikant zugenommen: 2004 wurden 3.981 Anträge und bis Februar 2005 bereits 1.200 Anträge abgefordert.

Arztzahlenentwicklung in Sachsen

Auch das aktuelle Gutachten des Bundesgesundheitsministeriums, abgedruckt im „Deutschen Ärzteblatt“, Heft 12, 2005, belegt erneut den Ärztemangel in den neuen Bundesländern. Die Gründe für einen Studienabbruch und für die Flucht aus dem Beruf wurden analysiert. Die Arbeitsbedingungen schrecken viele Medizinstudenten zur Weiterführung des Studiums ab.

Ein Ärztemangel wird aus 80 Prozent der sächsischen Kreisärztekammern signalisiert. Die finanziellen Lösungsansätze der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und Krankenkassen für den Kreis Torgau Oschatz wurden bisher von den Ärztinnen und Ärzten nicht angenommen.

Strukturelle Lösungsansätze zur Beendigung des Ärztemangels sind unter anderem:

- Erhöhung der Weiterbildungsstellen Allgemeinmedizin in Sachsen auf 150 Weiterbildungsstellen,
- Neuregelung der Anstellung von Ärzten in Niederlassung.

Motivation zum Arztberuf Auswertung einer Umfragestudie

*Uta Katharina Schmidt-Göhrich
Stellvertretende Vorsitzende der
Kreisärztekammer Dresden*

Der drohende Mangel an jungen Ärzten beherrscht weite Teile der Berufspolitik. Jedoch existieren keine validen Angaben zu Motiva-



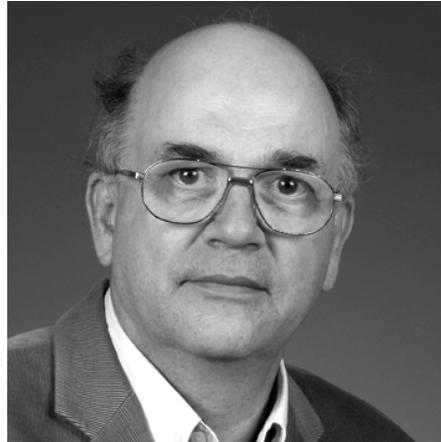
Uta Katharina Schmidt-Göhrich

tion, Leistungsanforderungen und Zukunftsplänen und Chancen der Medizinstudenten in Sachsen. Die vorliegende Studie dokumentiert die Befragung aller Medizinstudenten der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden im Wintersemester 2003/2004. Insgesamt wurden in den 6 Studienjahren 1365 Studenten befragt. Die Rücklaufquote betrug 43,5 Prozent.

Der überwiegende Teil (89,3 Prozent) der antwortenden Studenten möchte sich für eine kurative Tätigkeit nach dem Studium entschließen. 10 Prozent haben noch keine Entscheidung getroffen. Ausgehend von allen erreichbaren Studenten entspricht dies jedoch nur einer Quote von 38,5 Prozent der Absolventen mit kurativem Tätigkeitswunsch. Hinsichtlich des Ortes der späteren Berufsausübung ist ein starker lokaler Bezug festzustellen, der die Herkunft der Studenten aus Ost und West berücksichtigt. 15 der Absolventen möchten zunächst im Ausland tätig werden.

45 Prozent der Studenten aus den neuen Bundesländern sehen die Chancen für die spätere berufliche Entwicklung in der eigenen Region eher positiv, währenddessen 17 Prozent eine negative Entwicklung sehen. 37 Prozent legen sich hierbei nicht fest.

In der Analyse der erwarteten Arbeitszeit sowie der möglichen Dienstbelastung lässt sich über das Studium eine stetige Abnahme der möglichen Arbeitszeit verfolgen. 36,5 Prozent bevorzugen im 6. Studienjahr einen geregelten 8-Stunden Tag. Bis zu 3 zusätzliche Dienste (Nacht- und Wochenendbereitschaften) sind für 57,7 Prozent der Studenten, 3 bis 6 Dien-



Prof. Dr. med. Otto Bach

te für 35 Prozent der Studenten gerechtfertigt. Das dabei erwartete Netto-Durchschnittseinkommen liegt für den angestellten Bereich bei 3.050 Euro.

Die vorliegende Studie dokumentiert erstmals in Form einer Querschnittsanalyse die aktuelle Erwartungshaltung der Studenten einer Medizinischen Fakultät. Bedenklich stimmt, dass aktuell nur 38,5 Prozent der Befragten das initiale Studienziel mit der späteren beruflich kurativen Tätigkeit verbinden möchten. Jedoch kann davon ausgegangen werden, dass der überwiegende Teil der hiesigen Studenten auch eine spätere Tätigkeit in Sachsen anstrebt. In Auswertung der Daten sollte die Bedeutung des berufspolitischen Interesses unter den Studenten der Hochschulen hinterfragt und in Zukunft forciert werden.

Akkreditierung der Kreisärztekammern für die Selbstbepunktung eigener Fortbildungsveranstaltungen gemäß § 10 der Satzung Fortbildung und Fortbildungszertifikat

Professor Dr. Otto Bach

Vorsitzender der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung

Nach § 10 der Satzung Fortbildung und Fortbildungsordnung kann einem geeigneten Veranstalter durch die Ärztekammer für alle von ihm durchgeführten Veranstaltungen die Zusage erteilt werden, dass diese Fortbildungsveranstaltungen ohne Einzelprüfung anerkannt werden.

In diesem Sinne sind die Kreisärztekammern berechtigt, die von ihnen durchgeführten Fortbildungsveranstaltungen selbst mit Fortbildungspunkten zu bewerten.

Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und des elektronischen Heilberufsausweises (eHBA) ab 2006

Professor Dr. Hildebrandt Kunath, Institut für Medizinische Informatik und Biometrie, Medizinische Fakultät der TU Dresden

*Dr. Günter Bartsch, Vorstandsmitglied
Dipl.-Ök. Kornelia Keller, Kaufmännische Geschäftsführerin*

In drei Beiträgen wurde zum aktuellen Stand der Einführung beider Karten in das Gesundheitswesen nach §291 des Sozialgesetzbuches V (SGB V) berichtet. Zunächst stellte Herr Prof. Kunath, Arbeitsgruppe Multimedia der SLÄK, wesentliche Elemente der am 14. März 2005 auf der CEBIT durch die Fraunhofer-Gesellschaft erarbeitete Lösungsarchitektur für den Aufbau einer Telematik-Infrastruktur für das deutsche Gesundheitswesen vor. Danach bilden die eGK für die Versicherten bzw. Patienten und der eHBA für Ärzte, Apotheker und andere Leistungserbringer nicht nur Datenspeicher, sie sind vor allem Schlüssel für den Zugang zu dem zu errichtenden Dienstleistungshaus Telematik-Infrastruktur. Die Errichtung der Telematik-Infrastruktur wird von ihren Protagonisten als eines der größten und innovativsten IT-Projekte weltweit apostrophiert. Sie soll eine vollständige Vernetzung aller Ärzte, Krankenhäuser, Apotheken, Labore etc. ermöglichen. Für Sachsen sind das zurzeit 4,3 Mill. Bürger, 12.500 Ärzte, 3.260 Zahnärzte, 86 Krankenhäuser und 950 Apotheken. Mit der für das Jahr 2006 vorgesehenen Einführung beider Kartensysteme sind als Pflichtenwendungen neben dem Versicherten datendienst nur der sog. Verordnungsdienst (das elektronische Rezept) vorgesehen.

Herr Dr. Günter Bartsch, Leiter der Arbeitsgruppe Multimedia der SLÄK, erläuterte Aspekte der Einführung des Kartensystems aus Sicht eines niedergelassenen Arztes und verwies auf die zukünftig verfügbaren „freiwilligen“ Anwendungsdienste der eGK wie die elektronische Krankenakte, von denen dann wirkliche Unterstützungen der ärztlichen Tätigkeit in modernen Versorgungsstrukturen erwartet werden können. Zur Beantwortung vieler offener praktischer Fragen hat sich der Freistaat Sachsen als Modellregion für die Pilotierung der Karteneinführung beworben und das Projekt SaxMediCard für die Region des Landkreises Löbau-Zittau eingerichtet (www.saxmedicard.de).

Frau Dipl.-Ök. Kornelia Keller, Kaufmännische Geschäftsführerin in der Sächsischen Landesärztekammer, erläuterte abschließend über die vorbereitenden Arbeiten in Sachsen zur zeitgerechten Einführung und Ausgabe des eHBA für die sächsischen Ärzte.

In der Diskussion wurde darauf hingewiesen, dass die Akzeptanz der Infrastruktur bei Versicherten und Ärzten unter anderem abhängig sein wird vom Verhältnis der Datenschutzrisiken zu den Chancen des Systems, von den Kosten und ihren Kompensationen sowie der Einfachheit der technischen Anwendungslösungen bei den Dienste-Nutzern.

Neuer Internetauftritt der Sächsischen Landesärztekammer Gestaltung der Homepage der Kreisärztekammern

Dr. Günter Bartsch, Vorstandsmitglied Leiter der Arbeitsgruppe Multimedia Dipl.-Ing. Bernd Kögler, Informatiker
 Der Internet-Auftritt der Sächsischen Landesärztekammer wurde nach sieben Jahren durch eine Arbeitsgruppe vollständig neu gestaltet. Herr Dr. Bartsch hat bereits im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 3/2005, Seite 104 und 105, die neue Homepage www.slaek.de den Lesern unseres Kammerorgans vorgestellt. Design und Funktionalitäten sind optimiert. Die grafische Gestaltung ist klar auf den Inhalt ausgerichtet. Integriert ist nunmehr eine Suchfunktion. Die neue Homepage wurde im „Deutschen Ärzteblatt“, Heft 12, 2005 als „schnörkellos und informativ“ beurteilt.

Neben der Homepage der Sächsischen Landesärztekammer können die einzelnen sächsischen Kreisärztekammern in einer eigenen Homepage ihre Informationen/Fortbildungsveranstaltungen und die kreisärztekammer-spezifischen Besonderheiten nach Rücksprache mit der Arbeitsgruppe Multimedia präsentieren.

Erfahrungsaustausch zum Einsatz der Notebooks in den Kreisärztekammer

Dr. Günter Bartsch, Vorstandsmitglied Leiter der Arbeitsgruppe Multimedia Dipl.-Ing. Bernd Kögler, Informatiker
 Seit zwei Jahren arbeiten 23 Kreisärztekammervorsitzende mit den von der Sächsischen Landesärztekammer zur Verfügung gestellten Notebooks. Der Informationsaustausch zwischen den einzelnen Mitgliedern der Kreisärztekammern, zwischen den Vorsitzenden der Kreisärztekammern und zwischen der Sächsischen Landesärztekammer wurde dadurch wesentlich rationalisiert, kostengünstiger und beschleunigt. Der Nachrichtenaustausch und das Versenden von Serienbriefen und Einladungen ist problemlos. Per E-Mail erhalten die Kreisärztekammervorsitzenden alle relevanten Informationen, zum Beispiel der Bundesärztekammer und der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft über die Pressestelle Sächsischen Landesärztekammer. Durch die Informationsdichte muss der Vorsitzende dennoch das für ihn Relevante aus den Mitteilungen selektieren.

Prof. Dr. Klug

Leserbrief

Zu Ihrem Heft 4/2005 „Ärzte und Medizin im Nationalsozialismus“ möchte ich Ihnen von ganzem Herzen gratulieren.

Diese hautnahen Informationen werden jeden Arzt unserer Region ansprechen, und da wir Ärzte einen Publikumsberuf haben, auch weitergetragen werden in unser Bundesland. Das ist daher auch ein wirklich wirksames, präventives Mittel gegen den aufkeimenden Rechtsradikalismus, das politisch nicht hoch genug eingeschätzt werden kann.

Darf ich Sie bitten, mir noch zwei Hefte auf Rechnung zuzusenden, die ich an weitere Fachkollegen schicken möchte, die sich speziell mit dem Nationalsozialismus beschäftigen.

Und nochmals herzlichen Dank für diesen Glücksgriff.

Prof. Dr. Peter Stosiek
 Walter-Rathenau-Straße 15
 02827 Görlitz

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.

Redaktionsassistent: Ingrid Hüfner

Anschrift der Redaktion

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

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb

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

Verlagsleitung: Dr. Rainer Stumpe
 Anzeigendisposition: Silke El Gendy, Melanie Bölsdorff
 Z. Zt. ist die Anzeigenpreisliste Nr. 7 vom 1.1.2004 gültig.

Druck: Druckhaus Dresden GmbH,
 Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

Titelgestaltung: Hans Wiesenhütter, Dresden

Zuschriften redaktioneller Art bitten wir, nur an die Redaktion, Postanschrift: Postfach 10 04 65, 01074 Dresden, zu richten. Für drucktechnische Fehler kann die Redaktion keine Verantwortung übernehmen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt, Nachdruck ist nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers und Verlages statthaft. Mit Namen oder Signum des Verfassers gezeichnete Artikel entsprechen nicht unbedingt der Meinung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte Manuskripte übernehmen Redaktion und Verlag keine Haftung. Es werden nur unveröffentlichte Manuskripte angenommen. Mit der Annahme von Originalbeiträgen zur Veröffentlichung erwerben Herausgeber und Verlag das uneingeschränkte Verfügungsrecht. Die Redaktion behält sich Änderungen redaktioneller Art vor.

Bezugspreise/Abonnementpreise
 Inland: jährlich 89,00 € incl. Versandkosten
 Einzelheft: 8,40 € zzgl. Versandkosten 2,00 €

Bestellungen nimmt der Verlag entgegen. Die Kündigung des Abonnements ist mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf des Abonnements möglich und schriftlich an den Verlag zu richten. Die Abonnementgelder werden jährlich im Voraus in Rechnung gestellt.

Die Leipziger Verlagsanstalt ist Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranalyse Medizinischer Zeitschriften e.V.

ISSN: 0938-8478

Wahl des Vorstandes der Kreisärztekammer Chemnitz-Stadt



Dr. Andreas Bartusch, Dr. Albrecht Kobelt, Dr. Irmgard Kaschl, Dr. Bärbel Dräbenstedt, Dr. Roland Endesfelder (v.l.n.r.)

Nach fünfjähriger kontinuierlicher Arbeit wurde am 22. März 2005 die Wahl des Vorstandes für die neue Legislaturperiode notwendig. 35 Mitglieder der Kreisärztekammer sowie Herr Dr. Günter Bartsch in seiner Funktion als Vorstandsmitglied der Sächsischen Landesärztekammer waren erschienen.

Der bisherige Vorsitzende, Dr. Roland Endesfelder, eröffnete die Veranstaltung mit einem kurzen Abriss zur aktuellen berufs- und gesundheitspolitischen Situation. Frau Dr. Claudia Kühnert übernahm dankenswerterweise die weitere Leitung der Veranstaltung.

Herr Dr. Roland Endesfelder berichtete über die Arbeit des Vorstandes der letzten Wahlperiode. Als Schwerpunkte zu werten waren:

■ Die Schlichtungsarbeit: Der Vorsitzende gab eine Übersicht über die Entwicklung der

Vermittlungsfälle in den letzten Jahren, über die hauptsächlichs Beschwerdenursachen und die Möglichkeiten der Bearbeitung und/oder Weiterleitung der Fälle.

■ Die Fortbildung: Durch die Verlegung der Veranstaltungstermine auf einen anderen Wochentag und die noch sorgfältigere Auswahl der angebotenen Themen konnte die Zahl der Teilnehmer leicht gesteigert werden. Hier wurde großer Wert gelegt auf die Unterstützung der regionalen Zusammenarbeit auf fachlichem Gebiet.

■ Die Seniorenarbeit: Die aus dem aktiven Berufsleben ausgeschiedenen Ärztinnen und Ärzte erhalten die Möglichkeit des Kontaktes zu ihren ehemaligen Kollegen durch mehrere Treffen im Kollegenkreis. Auch die sachsenweiten Zentralveranstaltungen werden hier unterstützt.

■ Sonstiges: Regelmäßige Arbeitstreffen des Vorstandes und Teilnahme von Vorstands-

mitgliedern an aktuellen regionalen Ereignissen gehörten mit zu den „Routinearbeiten“ des Vorstandes.

Der Finanzbericht für das Jahr 2004 wurde von der Schatzmeisterin Frau Dr. Irmgard Kaschl vorgelegt. Dieser war ausgewogen und wurde nach kurzer Diskussion von der Mitgliederversammlung angenommen.

Nach der Entlastung des Vorstandes wurde der Wahlausschuss gewählt. Herr Dr. Gerrit Wollen als Wahlleiter übernahm den Vorsitz über die Veranstaltung und leitete beginnend mit der Vorstellung der Kandidaten die Wahl. Als Beisitzer fungierten Frau Dr. Gisela Thomas und Frau Dr. Helga Endesfelder.

Zur Wahl gestellt hatten sich sieben Kandidaten für fünf Sitze. Als neuer Vorsitzender der Kreisärztekammer Chemnitz-Stadt wurde Herr Dr. Roland Endesfelder wiedergewählt. Als stellvertretende Vorsitzende ebenfalls wiedergewählt wurde Frau Dr. Bärbel Dräbenstedt. Als Beisitzer in den Vorstand wählte die Versammlung erneut Frau Dr. Irmgard Kaschl und Herr Dr. Albrecht Kobelt. Neu hinzugekommen ist Herr Dr. Andreas Bartusch.

Herr Dr. Roland Endesfelder dankte in seiner Abschlussrede der Mitgliederversammlung für das entgegengebrachte Vertrauen. Weitere Dankesworte richtete er an den scheidenden Vorstand, an die Veranstaltungsleiterin und die Mitglieder der Wahlkommission, an den Vorstandspaten Herrn Dr. Günter Bartsch, an die Sachbearbeiterin Frau Beatrix Thierfelder, an die Leitung der Bezirksstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und an Herrn Melzer vom Betriebsrestaurant der Kassenärztlichen Vereinigung. Er versprach, dass der Vorstand die in der Diskussion eingebrachten Wünsche der Mitglieder in seiner Arbeit berücksichtigen und sich weiterhin für deren Interessen einsetzen werde.

*Dr. Roland Endesfelder
Vorsitzender der
Kreisärztekammer Chemnitz-Stadt*

Podium »Menschenwürde bis zum Ende leben«

Die Veranstaltungsreihe „Menschenwürde bis zum Ende leben“ der Sächsischen Landesärztekammer und des Deutschen Hygiene-Museums fand mit einem Podium am 23. März 2005 ihren Abschluss. Bei den insgesamt sechs Veranstaltungen konnten rund 800 Gäste begrüßt werden. Darunter war neben Ärzten und Pflegepersonal auch ein Drittel interessierte Bürger. Über das schwierige Thema Sterbebegleitung diskutierten zum Abschluss der Landesbischof der evangelisch-lutherischen Landeskirche Sachsen, Jochen Bohl, die Pflegedienstleiterin vom Städtischen Klinikum St. Georg Leipzig, Frau Ulrike Nieß, der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. Jan Schulze sowie Prof. Dr. Klaus Tanner von der Universität Jena.

In der letzten Veranstaltung wurde deutlich, viele Menschen haben in der Situation der Todesnähe den Wunsch, ihr Tod möge sanft, leicht und schmerzlos sein. Hinter solchem Empfinden steht oftmals die Angst vor einem schmerz- und leidvollem Lebensende. Eine Angst aber auch davor, die letzten Augenblicke hilflos, verzweifelt zu verbringen und nicht mehr frei entscheiden zu können. Verständlich ist vor diesem Hintergrund das Verlangen nach einem friedlichen und menschenwürdigem Sterben. Doch wie lässt sich dieser Wunsch umsetzen?

Auch auf dem Hintergrund des christlichen Menschenbildes betont der christliche Glaube die Würde des Menschen – im Leben wie auch im Sterben. Der Mensch ist sich dabei gewiss, dass Gott, das Leben und das Sterben gleichermaßen umfängt. In der Diskussion um den Einsatz der passiven Sterbehilfe gilt es nach Ansicht von Landesbischof Bohl, das Maß zu finden, wie lange medizinische Interventionen angebracht sind und wann das Widerfahrnis des Sterbens anzuerkennen ist. Auch bietet das christliche Menschenbild hinreichende Argumente dafür, die Eigenständigkeit und die Bedeutung der passiven, notfalls auch der indirekten Sterbehilfe deutlich zu machen, gleichzeitig aber die Formen einer aktiven Sterbehilfe abzulehnen.



Prof. Schulze wies auf die Richtlinien zur ärztlichen Sterbegleitung der Bundesärztekammer hin. Darin wird ein striktes Nein zur aktiven Sterbehilfe gefordert. Eine Mitwirkung des Arztes bei Selbsttötung ist unärztlich und deshalb abzulehnen. Vielmehr ist es wichtiger, in ausweglosen Fällen eine Therapiezieländerung anzustreben. Das Ziel ist dann nicht mehr zu heilen, sondern Prozesse zu verlangsamen und Leid zu lindern.

Frau Nieß sieht in einer Verbesserung der Kommunikation zwischen Ärzten, Pflegenden, Angehörigen und den Sterbenden wichtige Potenziale, um eine Therapie oder auch eine Therapiezieländerung besser zu vermitteln. Dadurch könnten auch vielfältige Missverständnisse vermieden werden, die sich negativ auf die „gefühlte“ Betreuung Sterbender und deren Angehöriger auswirken. Auch müssen diese Fragen neu beantwortet werden: Wie gehen wir mit Sterbenden und deren Angehörigen um? Was bedeutet der Tod für uns? Aufbahrung im Krankenhaus – muss das sein? Wie können wir den Angehörigen zur Seite stehen?

In der Diskussion mit dem Publikum wurde das große Interesse an dem Thema Sterbebe-

gleitung noch einmal besonders deutlich. Viele der Anwesenden machten auf Grund eigener Erfahrungen auf die Notwendigkeit der Auseinandersetzung mit dem Sterben aufmerksam. Je stärker in den Familien über das Thema gesprochen wird, desto besser ist der Mensch auf das Lebensende vorbereitet. Von einer Vielzahl von Gästen wurde auch der Wunsch einer besseren Kommunikation im Krankenhaus geäußert. Oftmals besteht der Eindruck, dass Ärzte sich zu wenig Zeit nehmen, um mit den Sterbenden oder den Angehörigen zu sprechen. Entscheidend ist dabei auch die Gesprächssituation. Einen Behandlungsabbruch sollte man nicht auf dem Flur eines Krankenhauses beraten.

Im Folgenden geben wir das Referat von Herrn Dr. Mathias Antonioli der Veranstaltungsreihe wieder. Für das zweite Halbjahr 2005 ist eine Vortragsreihe zum Thema „Volkskrankheiten“ mit dem Deutschen Hygiene-Museum in Vorbereitung.

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

Sterbehilfe und Sterbebegleitung in Europa: Zwischen Euthanasie, Hospizdienst und Leben um jeden Preis



Dr. Dr. Mathias Antonoli

Die Auseinandersetzung mit Fragen zur Betreuung von Patienten am Lebensende und deren Beantwortung gehen in Europa derzeit weit auseinander. Die heterogene Lage der europäischen Praxis und gesetzlichen Regelungen für die Sterbehilfe sprechen für die Vielfalt der kulturellen, gesellschaftlichen und historischen Hintergründe. Im Folgenden werde ich auf die Situation der Länder Belgien und den Niederlanden eingehen (Adam, M.; Nys, H., 2005) die derzeit einzigen in der Welt, in denen die Euthanasie ($\hat{=}$ aktive Sterbehilfe) legalisiert worden ist.

Sterbebegleitung ist die ärztliche und pflegerische Versorgung des sterbenden Patienten sowie die psychische Betreuung ohne Eingriff in den Sterbeprozess selbst. Indirekte Sterbehilfe ist die Gabe von Schmerzmitteln mit lebensverkürzender Wirkung. Sie ist zulässig und nicht strafbar, wenn die Wirkung des Mittels gegenüber dem eigentlichen therapeutischen Ziel der Schmerzlinderung nur von untergeordneter Bedeutung ist. Aktive Sterbehilfe ist die gezielte unmittelbare Beendigung des Lebens des Patienten in der Absicht, ihm weitere Leiden zu ersparen. In Deutschland ist sie strafbar als Totschlag (§ 212 StGB) oder Mord (§ 211 StGB) oder als Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB). Unter passiver Sterbehilfe versteht man das Sterbenlassen des Patienten durch Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen, Beatmung, künstliche Ernährung oder Gabe von Medikamenten und das Nichtbeginnen solcher Maßnahmen.

Zur Situation in Belgien und in den Niederlanden

Seit September 2002 können belgische Ärzte Euthanasie an Patienten durchführen, ohne dabei eine kriminelle Handlung zu begehen. Das Gesetz legalisiert die Tötung auf Verlangen, wenn der Patient an einer unheilbaren Krankheit leidet. Die Tötung kann auch erfolgen, wenn der definitive Sterbeprozess in absehbarer Zeit noch nicht eintreten wird.

In den Niederlanden trat am 1. April 2002, nach einer jahrzehntelang geführten Debatte, das Gesetz zur Beendigung des Lebens auf Wunsch und Selbsttötung durch Beihilfe in Kraft. Ein wesentlicher Unterschied zwischen beiden Gesetzen besteht darin, dass in der niederländischen Gesetzgebung eine zweite Komponente, die Beihilfe zur Selbsttötung, mit inbegriffen ist. Das Gesetz kann angewandt werden, wenn es sich um „aussichtslose und unerträgliche Leiden“ handelt. Der Arzt ist weder verpflichtet, über noch verbleibende therapeutische Alternativen zu informieren, noch eine palliative (schmerzlindernde) Versorgung vorzuschlagen.

Im belgischen Gesetz muss der Patient 18 Jahre oder älter sein. Im niederländischen Gesetz ist dies grundsätzlich anders. Abschnitt 2, §3 des Gesetzes führt aus, dass auch dem Wunsch eines Minderjährigen zwischen 16 und 18 Jahren auf Euthanasie entsprochen werden kann, wenn ein grundsätzliches Verständnis der eigenen Situation vorliegt. Allerdings müssen Eltern oder Betreuer dem zustimmen. Im § 4 wird aktive Sterbehilfe für Minderjährige im Alter zwischen 12 und 16 Jahren ausgeweitet, die ebenfalls ein grundsätzliches Verständnis ihrer Situation aufweisen und die Einwilligung der Eltern bzw. der Betreuer besitzen.

Entscheidende Bedeutung kommt dem Willen des Patienten zu. Dieser kann einerseits durch eine unmittelbare Willensäußerung andererseits durch eine Patientenverfügung geäußert werden. Bei unmittelbar geäußerten Willen ist es von entscheidender Bedeutung, dass er nach dem belgischen Gesetz freiwillig, wohl überlegt und wiederholt geäußert werden muss (Abschnitt 3, §1-§5). Im Gegensatz dazu spricht das holländische Gesetz lediglich von einer freiwilligen und gut überlegten Willensäußerung.

Problematisch in beiden Gesetzgebungen ist die Definition eines Patienten im terminalen

Stadium seiner Erkrankung. Dabei ist herauszustellen, dass der Patient und nur der Patient bestimmt, was für ihn ein anhaltendes und untragbares physisches oder mentales Leiden bedeutet. Die Binnenperspektive des Patienten ist also maßgeblich hinsichtlich der Bewertung, ob er sich in einem Terminalzustand befindet oder nicht. Die Aufgabe des Arztes ist es, den Eindruck des Patienten zu bestätigen. In diesem Sinne stellt der Wunsch von Patienten, die sich nicht in einer Terminalphase ihrer Erkrankung befinden und euthanasiert werden wollen, ein besonderes Problem dar.

In Belgien haben Palliativorganisationen darauf hingewiesen, dass Euthanasie nur dann gerechtfertigt werden kann, wenn eine gute Palliativversorgung vorhanden ist. Die Forderung nach Euthanasie nehme ab, wenn die Qualität der Palliativversorgung zunimmt.

In diesem Zusammenhang wurde immer wieder behauptet, dass die Palliativversorgung in den Niederlanden sehr dürftig ausgebaut sei. Tatsächlich wurde erst in den neunziger Jahren ein flächendeckendes Netz in den Niederlanden aufgebaut. Im Gegensatz dazu startete die Diskussion um die Einführung der Euthanasie bereits in den sechziger Jahren.

In Belgien besteht hingegen ein gut ausgebautes, vielschichtiges Netz an Palliativversorgung. Es besteht aus palliativ unterstützenden Teams im ambulanten sowie stationären Bereich von Krankenhäusern und Altenheimen sowie Palliativstationen in Krankenhäusern. Dabei hat sich im Vorfeld der Euthanasiegesetzgebung die Föderation für Palliativpflege in Flandern, engagiert an den Diskussionen beteiligt. Sie verdeutlicht den Standpunkt, dass eine Legalisierung der Euthanasie ohne eine korrespondierende Erhöhung der Palliativpflege unakzeptable Konsequenzen haben werde. Die Mehrheit der Patienten die Euthanasie gefordert haben, gaben den Wunsch auf, nach dem sie eine gute palliative Versorgung erfahren hatten. Palliativer Versorgung gehe es nicht ausdrücklich um ein humanes Sterben, vielmehr um ein humanes Leben im Angesicht des Todes. Aus dieser Sicht sei die Wahl für Euthanasie nicht eine Wahl, die die Autonomie des Patienten unterstreicht, sondern eher als ein Ruf nach Hilfe zu verstehen. Aus diesem Grund wurde ein „Palliativ Filter“ eingebaut, das heißt eine palliativmedizinische Konsultation des betroffenen Patienten

vor Durchführung der Euthanasie, wobei vermeintliche Euthanasiewünsche heraus gefiltert werden sollen.

Palliativversorgung und Euthanasie sind weder Alternativen noch Gegensätzen. Wenn ein Arzt bereit ist, dem Euthanasiewunsch eines Patienten zu entsprechen, der kontinuierlich, und aus seiner Sicht unerträglich leidet, obwohl eine bestmögliche Versorgung vorhanden ist, dann ist kein abrupter Bruch zwischen der Palliativversorgung, die der Arzt bis zu diesem Punkt zur Verfügung gestellt hat und der Euthanasie, die er durchführen wird, zu erkennen. Aus dieser Perspektive stellt Euthanasie einen Teil von Palliativversorgung dar. Die meisten Patienten äußern den Wunsch nach Euthanasie in einem bestimmten Moment ihres Krankheitsprozesses, wenn das Leid für sie nicht mehr tragbar ist. Dabei spielen verschiedene Faktoren und deren Kombination eine entscheidende Rolle, zum Beispiel Zukunftsängste, respiratorische Beschwerden, physischer Schmerz, Kontrollverlust von Körperfunktionen, zunehmende Schwäche und Abhängigkeit von anderen. So korreliert der Euthanasiewunsch offensichtlich mit einer Abnahme der Lebensqualität. Diese Einschätzung trifft der Patient aus seiner Binnenperspektive. Euthanasie dürfe daher ausgeführt werden, wenn ein Leiden vorliegt, welches nicht verringert werden kann sowie in einer Situation, für welche keine andere vernünftige Lösung vorliegt, um das Leiden des Patienten zu mildern.

Palliative Sedierung beinhaltet das, was wir in Deutschland unter indirekter Sterbegleitung verstehen. Um die Zweideutigkeit dieses Begriffs und der daraus folgenden Intentionen der Handlungsträger zu vermeiden, wurde eine Konkretisierung der bisherigen Definition notwendig. Palliative Sedierung ist als eine intentionale Verabreichung von sedierenden Medikamenten in Dosierungen und Kombinationen zu verstehen, die dazu eingesetzt werden, das Bewusstsein eines Patienten in der Terminalphase so weit wie nötig zu reduzieren, um so zu einer adäquaten Linderung der Symptomatik beizutragen (Broeckeaert, B.; Janssens, R., 2005).

Palliative Care in Europa

Der Anteil der über 65-jährigen in der europäischen Bevölkerung wird sich von 16,1 Prozent im Jahr 2000 auf 22 Prozent im Jahr 2025 und weiter auf 27,5 Prozent im Jahr

2050 erhöhen. Fast jeder zehnte Europäer wird 2050 über 80 Jahre alt sein. Mit sinkenden Geburtenraten ergeben sich daraus dramatische Veränderungen. Bisher wurde das Thema „Überalterung“ in den europäischen Gesellschaften ignoriert, ebenso die brisanten und gesellschaftspolitisch relevanten Fragen, die sich daraus ergeben. Zunehmend kommen die Folgen des demographischen Wandels in der öffentlichen Diskussion an (Gronemeyer, R.; Fink, M.; Globisch, M.; et al., 2004).

Das Lebensende ist heute charakterisiert durch: die Institutionalisierung des Sterbens (die Mehrzahl der Menschen in Europa sterben in Institutionen, obwohl sie es nicht wünschen); und durch die Medikalisierung des Sterbens (bis zum 19. Jahrhundert war die Sterbesituation das Areal der Familie und der Geistlichen, nicht der Ärzte).

Obwohl die meisten Menschen den Wunsch formulieren, zu Hause zu sterben, wird der Tod in einer Institution zunehmend zur Normalität. In Deutschland ereignen sich zirka 80 Prozent aller Sterbefälle in Pflegeheimen, Krankenhäusern oder anderen Einrichtungen. Obwohl die Situation in der überwiegenden Zahl der europäischen Länder ähnlich ist, bilden die baltischen Länder und die Niederlande eine Ausnahme. Immerhin 65 Prozent der Krebstoten in den Niederlanden verbringen ihre letzten Stunden in vertrauter Umgebung zu Hause.

Angesichts von Personalknappheit in den Institutionen und des zunehmenden ökonomischen Drucks in den Krankenhäusern werden Sterbende zum „Problem“. Die Betroffenen selber wünschen oft keine High-Tech-Medizin am Ende des Lebens, zugleich wird aber immer unverhohlener ausgesprochen, dass chronische Krankheiten und Alterskrankheiten nicht zu teuer werden dürfen – und es ist eine Frage der Zeit, wann sich der kostendeckende Faktor auch auf das Lebensende erstrecken wird.

Die vielfältigen Ratlosigkeit – Rückzug der Familie, Überforderung der pflegenden Institutionen, unangemessene Versorgung von Sterbenden im Krankenhaus – haben zur Entwicklung von Palliative Care geführt, die heute in allen europäischen Ländern präsent ist. Palliative Care Strukturen sind in den letzten 15 Jahren in verschiedenen europäischen Län-

dern mit beträchtlicher Geschwindigkeit und hohen Wachstumsraten neu entstanden. Fast überall in Europa existieren ambulante und stationäre Dienste parallel. Fast in allen Ländern gibt es nationale und regionale Gesetze zur Palliativversorgung und zunehmend auch eine geregelte Finanzierung.

Es zeigt sich ein Wohlstandsgefälle von West nach Ost, vor allem in der finanziellen Ausstattung von Palliative Care. Während es zum Beispiel in Italien ausgesprochen luxuriöse Hospize gibt, sind die Palliativeinrichtungen in Ungarn und den baltischen Ländern einfach ausgestattet. Im Kontrast zu der langsamen Entwicklung in Osteuropa gibt es eine explosionsartige Entwicklung in weiten Teilen Westeuropas. Während es zum Beispiel in Italien im Jahr 1999 lediglich 30 Betten gab, gibt es heute 2133. Ebenfalls stieg die Anzahl der vorhandenen stationären Hospiz- und Palliative Care Betten in den Niederlanden um das beinahe fünffache von 119 im Jahr 1999 auf 590 (2004) Betten an. In Deutschland hat nahezu eine Verdopplung in den letzten fünf Jahren stattgefunden, wie der Anstieg von 889 (1999) auf 1788 (2004) Betten zeigt.

Die Hospizbewegung hat sich zunächst als Modell der Sterbegleitung verstanden und konstituiert sich zunehmend im Kontrast zur aktiven Sterbehilfe, wie sie in den Euthanasiegesetzen in den Niederlanden und Belgien verankert wurde. Es wird mittelfristig die Frage auftauchen, ob die Trennung zwischen Sterbegleitung und Euthanasie in Europa strikt aufrechterhalten werden kann. Bisweilen sind schon jetzt die Grenzen in der Praxis fließend, zum Beispiel bei der passiven und der indirekten Sterbehilfe und möglicherweise in der Beihilfe zum Suizid.

Die europäische Gesellschaft ist im Begriff, auf das Problem des Sterbens eine neue gemeinsame Antwort zu finden. Palliative Care löst regionale Formen des Umgangs mit Sterben und Tod ab, die so vielfältig sind, wie die Kulturen, die Sprachen, die Ernährung, die Erziehung usw.

Ethisch-moralische Ableitungen

Für die Euthanasie sprechen:

- Das Argument der individuellen Freiheit. Dieses beinhaltet unter anderem das Recht des Betroffenen, ein für ihn als sinnlos empfundenes Leid abzulehnen.

- Das Argument vom Verlust der menschlichen Würde.
- Das Argument der Leidensbekämpfung.

Gegen die Euthanasie sprechen:

- Das Argument von der Heiligkeit des menschlichen Lebens, welches sowohl religiös als auch gesellschaftlich sozial begründet werden kann. (Euthanasie stellt die „Säulen der Gesellschaft“ in Frage, wenn diese das Lebensrecht nicht mehr für jeden garantieren würden).
- Das Argument vom Dammbrech (slippery slope).
- Das Argument des möglichen persönlichen Missbrauchs durch Ärzte und Angehörigen des Betroffenen. (Gefahr des Vertrauensverlustes in der Arzt-Patienten Beziehung).
- Das Argument der Gefahr der falschen Diagnosestellung und der Entdeckung neuer Behandlungsformen in der Medizin.

Zentrale moralische Probleme der Euthanasie ergeben sich mit den Begriffspaaren:

- aktiv/passiv
- freiwillig/unfreiwillig
- direkt/indirekt

Ein weiteres moralisches Grundproblem der Euthanasie hat mit der Bewertung der Lebensqualität zu tun, denn letztlich läuft es auf die Frage hinaus, ob der Tod nicht in dieser Situation dem Leben vorzuziehen sei.

Lange Zeit dominierte im Bereich der Medizin das bioethische Grundprinzip von „Gutes tun“. Während der letzten 40 Jahre wurde es durch das Prinzip „Respekt vor Autonomie“ abgelöst (Beauchamp, T.; Childress, J., 2001). Ein wesentlicher Grund für diesen Prinzipienwechsel war das Aufbegehren der Patienten gegen die ausgeprägt paternalistische Tendenzen in der Medizin. Für die Problematik am Lebensende äußerte sich die zunehmende Autonomie in der Formulierung des Rechtes auf Sterben. Das dieser Forderung zu Grunde liegende Autonomieverständnis, leitet sich von John Stuart Mill ab. Er versteht unter Freiheit als Autonomie, dass jeder sein eigenes Schicksal frei selbst bestimmen kann, solange er die Rechte anderer nicht verletzt.

Das Selbstbestimmungsrecht basiert auf dem Prinzip des Respekts vor Autonomie und stellt die zentrale Verbindung zwischen der belgischen und niederländischen Euthanasie-

gesetzgebung dar. Dabei leitet sich dieses Autonomieverständnis von einer negativen Freiheit ab. Im Gegensatz dazu soll hier ein Autonomieverständnis referiert werden, welches sich auf einer positiven Freiheitsauffassung bekundet. Anstatt einer Freiheit von, wie sie beispielsweise in der Forderung nach Euthanasie voraussetzungslos enthalten ist, wird einer Freiheit für entgegengesetzt. Das heißt, der Betreffende trägt auch in der Situation des Sterbens Mitverantwortung für sein Sterben. Je mehr Verantwortung der Sterbende für sein Sterben übernimmt, desto autonomer ist er. Dabei kann eingewendet werden, dass diese Patienten zum Zeitpunkt ihres Sterbens die Fähigkeit verloren haben, ihren Willen zu äußern. Das kann beispielsweise durch das Vorhandensein einer Patientenverfügung umgangen werden. Ob eine solche Patientenverfügung vorliegt, ist ebenfalls die Verantwortung der Sterbenden.

Der Grad der Autonomie entspricht dem Grad der Verantwortung. In diesem Sinn ist Autonomie an den Grad meiner Verantwortungsübernahme gebunden.

Auf der anderen Seite steht das Prinzip „Gutes tun“ für das ärztliche Handeln. Dieses Prinzip kann auch als Fürsorge für den Anderen verstanden werden. Die inhaltliche Wandelung trägt der veränderten Patient-Arzt-Beziehung bzw. allgemeiner der Beziehung zwischen den Helfenden und den Patienten Rechnung. Auch dem Fürsorgeprinzip geht es um die Verantwortung, welche sich jedoch auf den Anderen richtet. Im Prinzip der Verantwortung hebt sich daher das Prinzip der Autonomie und das Prinzip der Fürsorge auf der Grundlage der Beziehungen zwischen Helfenden und Patienten auf. Fürsorge und Autonomie sind zwei Seiten ein und derselben Medaille. An dieser Stelle schließt sich die Dichotomie zwischen Autonomie und Fürsorge.

Europa zwischen Palliative Care und Euthanasie

Der Europarat hat am 27. Juni 2004 nach heftigen Debatten die Initiative des Schweizer Dick Marty, der für ein europäisches Euthanasiegesetz wirbt, an den Sozialausschuss zurückverwiesen. Marty behauptet, dass Sterbehilfe in den meisten der 45 Mitgliedstaaten des Europarates zwar strafrechtlich verboten, in der Praxis aber weit verbreitet sei. Eutha-

nasie findet heimlich und unkontrolliert statt. In den Niederlanden sind im Jahr 2001 2054 Fälle von Euthanasie gezählt worden, Schätzungen gehen indes von 3800 tatsächlichen Fällen aus. Die deutsche Hospizstiftung rechnet bei einer Legalisierung der aktiven Sterbehilfe auf Grund des Kostendrucks EU-weit mit 24.000 Euthanasie-Opfern.

Sterben in Europa ist heutzutage ein Problem geworden, weil es zu teuer ist. Während die Menschen sich noch vor sinnloser Lebensverlängerung fürchten, wird schon längst über die Rationierung von Gesundheitsleistungen diskutiert. Man kann deshalb nicht übersehen, dass Palliative Care in der Gefahr ist, eine kostengünstige Antwort auf ein europäisches Megaproblem zu werden. Hospiz- und Palliativmedizin können billiger sein als Intensivmedizin. Angesichts der Überalterung Europas droht damit Palliative Care ein Missbrauch. Aus dem Versuch, eine bessere Versorgung Sterbender zu garantieren, könnte im schlimmsten Fall eine kostengünstige „Entsorgungsstruktur“ werden, die unter der Devise Outsourcing laufen könnte.

Palliative Care wird sich mit der Frage auseinander setzen müssen, wie eine europaweite Egalisierung bei gleichzeitiger Beseitigung aller kultureller Differenzen vermieden werden kann.

Zusammenfassung

Die Debatte über aktive Sterbehilfe (Euthanasie) wird in Europa seit Legalisierung der Euthanasie in Belgien und den Niederlanden im Jahr 2002 kontrovers geführt. Dabei findet eine zunehmende Polarisierung zwischen Sterbebegleitung und Euthanasie statt. Eine Alternative zur Legalisierung aktiver Sterbehilfe zeigt der Ausbau von Palliativ Care Systemen in weiten Teilen Europas. Im Prinzip der Verantwortung wird eine Perspektive möglich, die die Dichotomie zwischen Sterbebegleitung und Euthanasie überwindet.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
Dr. Dr. Mathias Antonioli,
EMBioethics, MA phil.

Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie
am Städtischen Krankenhaus Dresden-Neustadt
Heinrich-Cotta Straße 12, 01324 Dresden
E-Mail: mathias.antonioli@khdn.de

Niederlassung und berufliche Kooperation – Neue Möglichkeiten –

Hinweise und Erläuterungen zu §§ 17-19 und 23 a-d (Muster-) Berufsordnung (MBO)

Stand 21.01.2005

bestätigt vom Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer am 02.03.2005

I. Einleitung

Ziel der Neufassung der (Muster-) Berufsordnung ist die Weiterentwicklung der Strukturen ärztlicher Berufsausübung sowie die Stärkung der Kooperation von Ärztinnen und Ärzten untereinander und mit anderen Gesundheitsberufen. Dies dient insbesondere der Verbesserung der Patientenversorgung, aber auch der Verbesserung der Berufszufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten. Kooperative Berufsausübung schafft nicht nur gleiche Wettbewerbschancen mit neuen Versorgungstypen, wie dem „Medizinischen Versorgungszentrum“. Kooperative Berufsausübung kann auch zu Entlastungen der Ärztinnen und Ärzte führen, weil zum Beispiel Arbeitszeiten sinnvoller eingeteilt werden können und so eine Verbesserung der Patientenversorgung durch höhere Erreichbarkeit, aber auch durch Nutzung von Synergieeffekten der regelhaften Zusammenarbeit verschiedener Fachgebiete erreicht werden kann. Dabei sollen vor allem die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in die Lage versetzt werden, bei zunehmend starkem Wettbewerb auch zukünftig konkurrenzfähig zu bleiben und tatsächliche oder vermeintliche Wettbewerbsvorteile „Medizinischer Versorgungszentren“ auszugleichen.

Ärztinnen und Ärzten sollten weitergehende Möglichkeiten der Berufsausübung und Kooperation eröffnet werden. Die mit der integrierten Versorgung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung eröffneten Möglichkeiten und insbesondere der durch das GKV-Modernisierungsgesetz in § 95 SGB V neu geschaffene Versorgungstyp des „Medizinischen Versorgungszentrums“ haben eine Novellierung der (Muster-) Berufsordnung erforderlich gemacht, da „MVZ's“ kraft Gesetzes in allen zulässigen Organisations- und Gesellschaftsformen gegründet werden können. Einem Medizinischen Versorgungszentrum, das auch mit angestellten Ärztinnen und Ärzten betrieben werden kann, sind damit andere Möglichkeiten eröffnet, als den herkömmlich niedergelassenen Tätigen. Bei der Weiterentwicklung wurden folgende Eckpunkte zugrundegelegt:

- Unabhängig von der gewählten Form der Berufsausübung oder Kooperation muss das Schutzniveau im Patienten-Arzt-Verhältnis gleichartig sein und der Besonderheit dieses Verhältnisses Rechnung getragen werden,
- auch bei kooperativer Leistungserbringung ist der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung zu beachten, es ist Transparenz über die Form der Berufsausübung und Kooperation sowie über die daran Beteiligten sicherzustellen.

Neu ist:

- Die strikte Bindung an einen Praxissitz wird aufgegeben, Tätigkeiten an bis zu zwei weiteren Orten sind zulässig (§§ 17 Abs. 2, 18 Abs. 1 und 3).
- Eine Unterscheidung zwischen ausgelagerter Praxisstätte und Zweigpraxis findet nicht mehr statt (§§ 17 Abs. 2).
- Die bisherige Regelung, nur einer einzigen Berufsausübungsgemeinschaft anzugehören, wird aufgegeben (§ 18 Abs. 3),
- die Möglichkeit, überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften auch bei patientenbezogener Tätigkeit zu bilden (§ 18 Abs. 3).

- Es können Kooperationen auch beschränkt auf einzelne Leistungen gebildet werden (§ 18 Abs. 1).
- die Möglichkeit, fachgebietsfremde Ärztinnen und Ärzte anzustellen (§ 19 Abs. 2).
- die Erweiterung der Möglichkeit der Kooperation mit Leistungserbringern der medizinischen Fachberufe in allen Kooperationsformen (§ 23b Abs. 1).
- die Möglichkeit, Ärztgesellschaften als juristische Personen des Privatrechts zu gründen (§ 23a).

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales hat mit Schreiben vom 16. 11. 2004, AZ 21-5415.21/6 II, die Genehmigung für die Umsetzung der Neuerungen der (Muster-) Berufsordnung in der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer mit Ausnahme der Bestimmungen in § 19 Abs. 2 und § 23 a erteilt. Diese bedürfen vor einer Umsetzung in Satzungsrecht einer geänderten gesetzlichen Grundlage. Der Gesetzgeber wird zu entscheiden haben, ob und wie die geltende Bedarfsplanung und andere Besonderheiten des Vertragsarztrechtes vom Berufsrecht abweichende Modifikationen erfordern.

II. Die Vorschriften im Einzelnen

1. § 17 Niederlassung und Ausübung der Praxis

1.1 § 17 Absatz 1

Der Praxissitz ist der Ort, an dem sich Ärztinnen und Ärzte niederlassen und regelmäßig erreichbar sind; dort sind sie in jedem Fall Mitglied der Ärztekammer. Ob darüber hinaus bei einer Tätigkeit in einer anderen Ärztekammer, Mitgliedschaften bei weiteren Ärztekammern begründet werden, bestimmt sich nach den Heilberufs- und Kammergesetzen der Länder.

Durch die Änderung des Begriffes „in eigener Praxis“ in den Begriff „in einer Praxis“ wird klargestellt, dass es nicht auf die Eigentumsverhältnisse der Praxis ankommt. Wie bisher muss die Praxis aber verantwortlich von Ärztinnen oder Ärzten geleitet werden. Von einer verantwortlichen Leitung kann gesprochen werden, wenn die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte über die sächlichen Ausstattung verfügen und Personalentscheidungen treffen können, und wenn sie die medizinische Verantwortung tragen und der Behandlungsvertrag mit ihnen geschlossen wird.

Soweit diese Voraussetzungen vorliegen, ist auch immer eine persönliche Leitung nach § 19 Abs. 1 (Muster-) Berufsordnung gegeben.

1. 2 § 17 Abs. 2 MBO

§ 17 Abs. 2 MBO ersetzt die bisherige Regelung des § 18 Abs. 1 und 2 MBO, die zwischen ausgelagerter Praxisstätte und Zweigpraxis unterschieden hat. Die frühere Fassung hatte dazu geführt, dass vielfach eine klare Grenzziehung zwischen „ausgelagerter Praxisstätte“ und „Zweigpraxis“ nicht mehr möglich war.

Nach § 17 Abs. 2 MBO ist es Ärztinnen und Ärzten zukünftig möglich, über den Praxissitz hinaus an zwei weiteren Orten tätig zu sein. Voraussetzung ist allerdings, dass die Ärztinnen und Ärzte Vorkehrungen für eine ordnungsgemäße Versorgung ihrer Patienten an allen Orten ihrer Tätigkeit treffen. Konkret bedeutet dies, dass Ärztinnen und

Ärzte, die nicht nur am Praxissitz ambulant ärztlich tätig sein wollen, dafür zu sorgen haben, dass auch an dem jeweilig anderen Ort ihrer Tätigkeit eine ordnungsgemäße Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten erfolgt.

Eine ordnungsgemäße Versorgung ist zum Beispiel dann gewährleistet, wenn die Orte der ärztlichen Tätigkeit so gewählt werden, dass die Ärztinnen und Ärzte alle Orte innerhalb kurzer Zeit erreichen können.³ Darüber hinaus ist eine ordnungsgemäße Versorgung i.d.R. gegeben, wenn durch einen Partner einer Gemeinschaftspraxis oder angestellte Ärztinnen und Ärzte eine qualitativ gleichwertige Versorgung sichergestellt wird. Darüber hinaus kann eine ordnungsgemäße Versorgung grundsätzlich auch durch einen beauftragten anderen Arzt gewährleistet werden. Aus dem Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung folgt für diese Fallkonstellation, dass der Behandlungsvertrag mit dem anderen Arzt zustande kommt und diese(r) selbst abrechnet.

Bereits die zahlenmäßige Begrenzung auf zwei weitere Orte soll dazu beitragen, dass gewährleistet werden kann, dass eine ordnungsgemäße Versorgung der Patientinnen und Patienten an jedem Ort sichergestellt ist. Aus dem Sinn und Zweck der Norm ergibt sich, dass diese Beschränkung nicht für Anästhesistinnen und Anästhesisten bezogen auf deren anästhesiologische Tätigkeit gilt.

Da die Regelung an die Person anknüpft, bedeutet dies, dass auch jede Ärztin und jeder Arzt einer Berufsausübungsgemeinschaft an bis zu zwei weiteren Orten tätig sein kann.

Anders als nach bisher geltendem Recht für die Zweigpraxis bedarf die Aufnahme der ärztlichen Tätigkeit an weiteren Orten keiner Genehmigung durch die Ärztekammern. Auch kann an jedem Ort der Tätigkeit ein Erstkontakt mit Patientinnen und Patienten stattfinden und es können ggf. auch identische Leistungen an allen Orten der Tätigkeit angeboten werden. Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, gem. § 17 Abs. 5 MBO die Aufnahme ärztlicher Tätigkeit an weiteren Orten der Ärztekammer anzuzeigen. Die Anzeige hat immer gegenüber der Ärztekammer, bei der sie Mitglied sind, und darüber hinaus gegenüber der Ärztekammer, in deren Bereich sie tätig werden, zu erfolgen.

Unverändert ist die Ausübung der ambulanten Tätigkeit im Umherziehen berufsrechtswidrig. Keine unzulässige Form der Ausübung der ambulanten Tätigkeit im Umherziehen stellt die aufsuchende medizinische Gesundheitsversorgung dar, wie zum Beispiel die medizinische Behandlung von Obdachlosen; in diesem Fall kann die Ärztekammer auf Antrag eine Ausnahme vom Niederlassungsgebot genehmigen. Erbringen Ärztinnen und Ärzte an weiteren Orten ärztliche Leistungen müssen sie diese dort durch ein Hinweisschild im Sinne von § 18 MBO kenntlich machen. Das Schild sollte Angaben zur Erreichbarkeit und zur Art der dort erbrachten Leistungen enthalten.

2. § 18 Berufliche Kooperation

Auch durch § 18 MBO-neu wird die bisherige Differenzierung zwischen Zweigpraxis und ausgelagerten Praxisräumen aufgehoben. Er enthält jetzt eine neue Grundregel zu den Möglichkeiten und Grenzen beruflicher Kooperation.

2.1 § 18 Abs. 1 MBO

§ 18 Abs. 1 MBO stellt klar, dass Ärztinnen und Ärzte sich zu Berufsausübungsgemeinschaften zusammenschließen dürfen. Neu ist, dass diese Berufsausübungsgemeinschaft nicht das gesamte Leistungsspektrum umfassen muss. Es ist auch möglich, „Teil-Gemeinschaftspraxen“ oder „Teil-Partnerschaften“ oder sonstige „Teil-Kooperationsgemeinschaften“ zu bilden. Dies bedeutet, dass Ärztinnen bzw. Ärzte, die an

ihrer (Einzel-) Praxis festhalten wollen, für die Erbringung bestimmter Leistungen eine geregelte und auch ankündbare Kooperation eingehen können. Wie bei anderen Gemeinschaftspraxen kommt der Behandlungsvertrag in diesem Fall mit der „Teilgemeinschaftspraxis“ zustande. Es ist daher zulässig, dass innerhalb der (Teil-) Gemeinschaftspraxis die Leistungserbringung zwischen den Partnern aufgliedert wird (so zum Beispiel die arbeitsteilige Trennung von Untersuchungs- und Befundungsleistungen, insbesondere bei bildgebender Diagnostik). Dieses gilt auch für überörtliche Gemeinschaftspraxen, bei denen eine Leistungsaufteilung zum Beispiel auch unter Einsatz telemedizinischer Verfahren denkbar ist.

Eine „Teil-Kooperation“ kann auch von mehreren Berufsausübungsgemeinschaften gebildet werden. Diese Teil-Kooperationen können in den Praxisräumen eines Kooperationspartners stattfinden oder aber auch an einem anderen Ort im Sinne des § 17 Abs. 2 Satz 1 MBO. Auch bei solchen Kooperationen sind die Voraussetzungen des § 17 Abs. 2 Satz 2 MBO zu beachten. Wie in § 18 Abs. 4 MBO geregelt, ist auch in Teil-Kooperationen die freie Arztwahl zu gewährleisten. Teilkooperationen sind gemäß § 18a MBO anzukündigen, und zwar am Ort der Leistungserbringung.

Zukünftig ist zum Beispiel folgende Kooperation denkbar:

Eine niedergelassene Kinderärztin möchte regelhaft mit einem Neurologen an einem Tag in der Woche Kinder mit neurologischen Problemen versorgen. In der sonstigen Zeit möchten sowohl der Neurologe als auch die Kinderärztin an ihrem Praxissitz ihre Einzelpraxis führen. Nach den bisherigen berufsrechtlichen Vorschriften war eine solche geregelte auf Dauer angelegte systematische Kooperation nicht möglich und nicht ankündigungsfähig. Möglich war lediglich, dass die niedergelassene Kinderärztin beispielsweise im Einzelfall an einem Konsilium in der Praxis des Neurologen teilnahm, um kinderneurologische Untersuchungen im Einzelfall gemeinsam durchzuführen. Dies ist jetzt anders.

2.2 § 18 Abs. 2 MBO

In der Vergangenheit konnten Berufsausübungsgemeinschaften nur in Form von Personengesellschaften also als BGB-Gesellschaften oder Partnerschaftsgesellschaften gegründet werden. Zukünftig können niedergelassene Ärztinnen und Ärzte zwischen allen für den Arztberuf zulässigen Gesellschaftsformen wählen, wenn ihre eigenverantwortliche medizinisch unabhängige sowie nicht gewerbliche Berufsausübung gewährleistet ist. Zulässig sind GmbHs und AGs, soweit landesrechtliche Vorschriften nicht entgegenstehen. Gesellschaftsformen, die nur von Vollkauffleuten betrieben werden können, wie zum Beispiel OHG und KG stehen Ärztinnen und Ärzten nach wie vor nicht offen. Auch Stiftungen und Vereine kommen als Rechtsform nicht in Frage. Unabhängig von der gewählten Rechtsform dürfen auch in Kooperationen ärztliche Dienstleistungen nicht in gewerblicher Form und wie von Gewerbetreibenden (zum Beispiel in Kaufhäusern und in Supermärkten) angeboten werden.

Bei jeder beruflichen Zusammenarbeit, gleich in welcher Form, hat jede Ärztin und jeder Arzt zu gewährleisten, dass die ärztlichen Berufspflichten eingehalten werden. Schon im Vorfeld von Vertragsverhandlungen ist darauf zu achten, dass die Kooperation so ausgestaltet ist, dass Ärztinnen und Ärzte ihre beruflichen Pflichten beachten können.

2.3 § 18 Abs. 3 MBO

Während es in der Vergangenheit nur Ärztinnen und Ärzten, die nicht unmittelbar patientenbezogen tätig waren (zum Beispiel Laborärzte, Pathologen), gestattet war, überörtliche Gemeinschaftspraxen zu bilden,

³ In Übereinstimmung mit der Rechtsprechung zur Belegarztstätigkeit kann davon ausgegangen, dass diese Voraussetzung jedenfalls dann erfüllt ist, wenn die Orte innerhalb von 30 Minuten erreicht werden können. Generelle Vorgaben, wie weit die weiteren Orte von dem Ort der Niederlassung entfernt sein dürfen, enthält die (Muster-)Berufsordnung allerdings nicht mehr. Eine Bindung an den Kammerbezirk ist nicht vorgeschrieben.

ist nunmehr diese Möglichkeit allen Ärztinnen und Ärzten eröffnet worden. Dies bedeutet: Auch Ärztinnen und Ärzte, die patientenbezogen tätig sind, können miteinander überörtlich kooperieren. Dies setzt – in Abgrenzung zur überörtlichen Praxisgemeinschaft aber auch zum Praxisverbund – zwingend eine gemeinsame Berufsausübung mit gemeinsamer Patientenbehandlung auf der Grundlage eines Behandlungsvertrages zwischen Patientin bzw. Patient und Gemeinschaft voraus. Sichergestellt sein muss, dass an jedem der Praxissitze mindestens ein Mitglied der Berufsausübungsgemeinschaft hauptberuflich tätig ist. Eine hauptberufliche Tätigkeit liegt dann vor, wenn die überwiegende Arbeitszeit an dem Praxissitz verbracht wird. Das ist dann der Fall, wenn die Tätigkeit an anderen Orten nicht mehr als 13 Stunden pro Woche beträgt.

Alle Kooperationen sind den Ärztekammern anzuzeigen, in denen die Ärztinnen und Ärzte Mitglied sind und in denen die Kooperation stattfindet.

3. § 18 a Ankündigungen von Berufsausübungsgemeinschaften und Kooperationen

Die Transparenz über das Leistungsgeschehen und über die Zugehörigkeit zu Kooperationsgemeinschaften ist ein wesentlicher Gesichtspunkt bei der Neufassung der (Muster-)Berufsordnung. Diesem Aspekt trägt § 18 a Abs. 1 und 2 MBO Rechnung, indem er die Ärztinnen und Ärzte verpflichtet, Transparenz über die kooperative Leistungserbringung herzustellen. Nur so können Patientinnen und Patienten ihr Recht auf freie Arztwahl wahrnehmen. Aus diesem Grund ist an dem Ort oder ggf. den Orten der kooperierenden Leistungserbringung durch ein Schild auf die gemeinschaftliche Tätigkeit unter Nennung der Namen und Fachgebiete der beteiligten Ärztinnen und Ärzte hinzuweisen. Überörtliche Teil-Kooperationen können darüber hinaus am Praxissitz angekündigt werden.

Zusammenschlüsse zu reinen Organisationsgemeinschaften (zum Beispiel Praxisgemeinschaften) dürfen zukünftig ebenfalls angekündigt werden.

4. § 19 Beschäftigung angestellter Ärztinnen und Ärzte

Während § 19 Abs. 1 MBO der bisher geltenden Bestimmung entspricht, stellt § 19 Abs. 2 MBO klar, dass die Beschäftigung fachgebietsfremder angestellter Ärztinnen und Ärzte zulässig ist. Dies setzt voraus, dass ein Behandlungsauftrag regelhaft nur von Ärztinnen und Ärzten verschiedener Fachgebiete gemeinschaftlich durchgeführt werden kann. Es ist jetzt also möglich, dass zum Beispiel operativ tätige Ärztinnen und Ärzte eine Anästhesistin bzw. einen Anästhesisten anstellen können oder umgekehrt. Aber auch im Rahmen von DMP-Programmen kann es sinnvoll sein, die erforderliche fachgebietsüberschreitende Versorgung gemeinsam mit angestellten Ärztinnen und Ärzten zu gewährleisten.

§ 19 Abs. 2 MBO ist in Hinblick auf § 4 Abs. 2 GOÄ zum Teil auf Kritik gestoßen. Um dem Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung Rechnung zu tragen, muss der Praxisinhaber dem angestellten Arzt im Dienstvertrag ein eigenes Liquidationsrecht einräumen, so dass der angestellte Arzt die von ihm erbrachten Leistungen selbst abrechnen kann.

§ 19 Abs. 3 MBO sieht jetzt expressiv verbis vor, dass die Beschäftigung von angestellten Ärztinnen und Ärzten nur zu angemessenen Bedingungen erfolgen darf. Ärztinnen und Ärzten, die in Anstellung tätig sind, muss eine angemessene Zeit zur Fortbildung eingeräumt werden. Im Falle des Ausscheidens bei vereinbarten Konkurrenzschutzklauseln müssen Regelungen für eine angemessene Ausgleichszahlung vorgesehen werden.

Neu ist, dass die Patientinnen und Patienten über die Tätigkeit der angestellten Ärztinnen und Ärzte in der Praxis in geeigneter Weise zu

informieren sind. Soweit ein eigenständiges Liquidationsrecht eingeräumt wird, ist auch darüber zu informieren. Dies kann zum Beispiel durch Praxisbroschüren oder Aushänge erfolgen. Im Unterschied zu früher kann die Beschäftigung der angestellten Ärztinnen und Ärzte auch auf dem Praxisschild angekündigt werden.

5. § 23 a Ärztegesellschaften

Der Deutsche Ärztetag hat sich dafür ausgesprochen, wie bei anderen Freiberuflern auch, die Gründung einer juristischen Person des Privatrechts (Ärztegesellschaft) zu ermöglichen. Dies ist nicht zuletzt aufgrund der durch das GKV-Modernisierungsgesetz eröffneten Möglichkeit geschehen, „Medizinische Versorgungszentren“ in jeder zulässigen Rechtsform betreiben zu können. Eine Analyse hat ergeben, dass dem Patientenschutz auch dann in ausreichendem Maße Rechnung getragen werden kann, wenn die ärztliche Leistung über die Konstruktion einer Kapitalgesellschaft erbracht wird. Der Umsetzung stehen zurzeit noch in einigen Bundesländern Regelungen in den Heilberufs- und Kammergesetzen entgegen.

§ 23 a Abs. 1 MBO enthält Kriterien, die gewährleisten, dass auch bei der Ausübung der ambulanten Heilkunde durch eine Gesellschaft die den Beruf prägenden Merkmale im Interesse des Patientenschutzes eingehalten werden können. Nach der Zielsetzung des Deutschen Ärztetages wird Ärztinnen und Ärzten ermöglicht, solche Gesellschaften zu gründen, wenn

- diese Gesellschaft verantwortlich von einer Ärztin oder einem Arzt geführt wird, Geschäftsführer mehrheitlich Ärztinnen und Ärzte sind,
- die Mehrheit der Geschäftsanteile und der Stimmrechte den Ärztinnen und Ärzten zusteht,
- Dritte nicht am Gewinn der Gesellschaft beteiligt sind
- und eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung für jede/jeden in der Gesellschaft tätige Ärztin/tätigen Arzt besteht.

Die Ärzte-Gesellschaft tritt neben die in einigen Ärztekammern zulässige Heilkunde-GmbH.

6. § 23 b Medizinische Kooperationsgemeinschaft zwischen Ärzten und Angehörigen anderer Fachberufe

§ 23 b MBO entspricht im wesentlichen der bisher geltenden berufsrechtlichen Regelung. Allerdings ist anders als in der Vergangenheit nicht mehr ein abschließender Katalog der Berufe aufgeführt, mit denen eine medizinische Kooperationsgemeinschaft gebildet werden kann. Vielmehr ist eine Generalklausel aufgenommen worden, damit den Entwicklungen im Bereich der anderen medizinischen Fachberufe Rechnung getragen werden kann. Kooperationsgemeinschaften können insbesondere gegründet werden mit:

- Zahnärztinnen und -ärzten
- Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten, Diplompsychologinnen und -psychologen
- Klinischen Chemikerinnen und Chemikern, „Ernährungswissenschaftlerinnen und -wissenschaftlern“ und anderen Naturwissenschaftlerinnen und -wissenschaftlern
- Diplom-Sozialpädagoginnen und -pädagogen, Diplom-Heilpädagoginnen und -pädagogen
- Hebammen und Entbindungspflegern
- Logopädinnen und Logopäden und Angehörigen gleichgestellter sprachtherapeutischer Berufe
- Ergotherapeutinnen und -therapeuten
- Angehörigen der Berufe in der Physiotherapie
- Medizinisch-technischen Assistentinnen und Assistenten
- Angehörigen stattdlich anerkannter Pflegeberufe
- Diätassistentinnen und -assistenten.

Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker sind weiterhin ausgenommen.

Arzt – Werbung – Öffentlichkeit

Hinweise und Erläuterungen zu den §§ 27 ff. der (Muster-)Berufsordnung (MBO)

beschlossen von den Berufsordnungsgremien
der Bundesärztekammer am 12.08.2003 und für Sachsen vom Vorstand der
Sächsischen Landesärztekammer am 02.03.2005

Vorbemerkung/ Einleitung

Der 105. Deutsche Ärztetag 2002 hat eine Neufassung der §§ 27 ff. (Muster-)Berufsordnung zur beruflichen Kommunikation von Ärzten (Verbot berufswidriger Werbung) verabschiedet. Hierzu haben die Berufsordnungsgremien der Bundesärztekammer die nachstehenden Auslegungsgrundsätze beschlossen. Sie erläutern dem Arzt die ihm zur Verfügung stehenden Möglichkeiten der Information, sie sollen aber auch diejenigen, die darüber hinaus mit der Anwendung der Vorschriften befasst sind, bei ihrer Arbeit unterstützen.

1. Erläuterung des Normzwecks, Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts

Aufgrund zahlreicher höchstrichterlicher Entscheidungen ist es erforderlich geworden, die Vorschriften der beruflichen Kommunikation der §§ 27 ff. (Muster-) Berufsordnung i.V.m. Kapitel D I Nr. 1 bis 5 neu zu fassen. Im Einzelnen sind folgende Entscheidungen bei der Weiterentwicklung der berufsrechtlichen Vorschriften durch den 105. Deutschen Ärztetag berücksichtigt worden:

- Bundesverwaltungsgericht vom 05.04.2001, Az.: 3 C 25/00:

Das in der Berufsordnung einer Ärztekammer ausgesprochene Verbot, dass der Arzt auf dem Praxisschild nicht auf die von ihm angewandte Akupunktur hinweisen darf, ist jedenfalls dann mit dem Grundrecht der Berufsfreiheit (Art. 12 GG) unvereinbar, wenn durch einen Zusatz klargestellt wird, dass es sich nicht um eine von der Ärztekammer verliehene Qualifikation handelt.

- Bundesverfassungsgericht vom 25.04.2001, Az.: 1 BvR 494/00:

Bei verfassungskonformer Auslegung steht die Regelung der Berufsordnung für Rechtsanwälte, wonach diese für ihre Außendarstellung neben dem Fachanwalt nur als solche bezeichnete Interessen- und Tätigkeitsschwerpunkte verwenden dürfen, einer (werbemäßigen) Aufzählung der strafrechtlichen Tätigkeitsgebiete nicht entgegen, da diese Angaben den Fachanwaltsbereich konkretisieren und auffächern.

- Bundesverfassungsgericht vom 16.05.2001, Az.: 1 BvR 2252/00:

Der Begriff „Schwerpunkt“ (neben der zulässigen Angabe von Interessen- und Tätigkeitsschwerpunkten) auf Kanzleibögen der in einer Anwaltssozietät tätigen Rechtsanwälte ist als irreführende Werbung unzulässig.

- Bundesverfassungsgericht vom 06.07.2002, Az.: 1 BvR 1063/00:

Eine Anwaltskanzlei darf als Information über ihre Dienstleistungen mitteilen, welche Schwerpunkte sie nach fachanwaltlicher Spezialisierung tatsächlich setzt.

- Bundesverfassungsgericht vom 23.07.2001, Az.: 1 BvR 873/00:

Das Verbot für Zahnärzte, ihren Tätigkeitsschwerpunkt „Implantologie“ auf Briefbögen oder auf dem Praxisschild mitzuteilen, ist dann verfassungswidrig, wenn der Zahnarzt bereits ein Zertifikat über den Nachweis besonderer Kenntnisse und Fähigkeiten im Bereich der oralen Implantologie erworben hat.

- Bundesverfassungsgericht vom 12.09.2001, Az.: 1 BvR 2265/00:

Dem Anwalt ist eine Anzeige, die zum einen dem Interesse des Adressatenkreises gerecht wird, eine sachlich angemessene Information zu finden, formal und inhaltlich angemessen gestaltet ist und keinen Irrtum erregt, grundsätzlich erlaubt.

- Bundesverfassungsgericht vom 08.01.2002, Az.: 1 BvR 1147/01:

Die Bezeichnung eines bestimmten Arztes als „Spezialist“ (hier Wirbelsäulen- und Kniespezialist) stellt grundsätzlich eine interessenge-

rechte und sachangemessene Information dar. Hierbei besteht nicht die Gefahr einer Verwechslung mit Facharztbezeichnungen, da unter der Bezeichnung „Spezialist“ ein Fachmann verstanden wird, der über besondere Erfahrungen in einem engeren Bereich verfügt, während die Facharztbezeichnung eine förmlich erworbene Qualifikation darstellt.

- Bundesverfassungsgericht vom 18.02.2002, Az.: 1 BvR 1644/01:

Grundsätzlich dürfen auch die Angehörigen der freien Berufe durch Zeitungsanzeigen werben, sofern diese nicht nach Form, Inhalt oder Häufigkeit übertrieben wirken. Zulässig ist demnach die anlassbezogene Information eines Tierarztes in einer kostenlos verteilten Stadtteilzeitung mit Mitteilung über Adresse, Öffnungszeiten und eingerichteter Röntgenstelle.

Aus den Entscheidungen ergibt sich folgende verfassungsrechtliche Bewertung der Außendarstellung von Ärzten:

„Das Werbeverbot für Ärzte soll dem Schutz der Bevölkerung dienen. Es soll das Vertrauen der Patienten darauf erhalten, dass der Arzt nicht aus Gewinnstreben bestimmte Untersuchungen vornimmt, Behandlungen vorsieht oder Medikamente verordnet. Die ärztliche Berufsausübung soll sich nicht an ökonomischen Erfolgskriterien, sondern an medizinischen Notwendigkeiten orientieren. Das Werbeverbot beugt einer gesundheitspolitisch unerwünschten Kommerzialisierung des Arztberufes vor. Werberechtliche Vorschriften in der ärztlichen Berufsordnung hat das Bundesverfassungsgericht daher mit der Maßgabe als verfassungsmäßig angesehen, dass nicht jede, sondern lediglich die berufswidrige Werbung verboten ist. ...“

Für interessengerechte und sachangemessene Informationen, die keinen Irrtum erregen muss im rechtlichen und geschäftlichen Verkehr Raum bleiben (vgl. Bundesverfassungsgericht vom 23.07.2001, Az.: BvR 873/00, Rd.-Nr. 17).“

Nach der oben genannten verfassungsrechtlichen Rechtsprechung blieb dem Satzungsgeber ein – wenn auch geringer – Gestaltungsspielraum zur Regelung der Vorschriften zur beruflichen Kommunikation. Eine völlige Freigabe der Beschränkungen im Bereich der beruflichen Kommunikation war nicht erforderlich. Sie wäre auch im Hinblick auf den Patientenschutz nicht sachgerecht gewesen.

2. Grundzüge der Neuregelung

– Die Neufassung regelt generalklauselartig die Abgrenzung zwischen zulässiger Information und berufswidriger Werbung. Die Rechtsprechung hat gezeigt, dass sich detaillierte Regelungen wegen der Vielzahl der Fallgestaltungen nicht bewährt haben. Einschränkungen der „ärztlichen Werbung“ bedeuten einen Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit (Art. 12 Grundgesetz) des Arztes. Solche Eingriffe sind nur dann gerechtfertigt, wenn diesen besondere Gemeinwohlbelange gegenüberstehen. Ein solcher Gemeinwohlbelang ist grundsätzlich der Schutz des Patienten; gleichzeitig ist aber auch dem Interesse des Patienten an Information Rechnung zu tragen. In der neuen Rechtsprechung wird dabei dem Informationsbedürfnis des Patienten zunehmend breiterer Raum eingeräumt.

– Alle Werbeträger, wie zum Beispiel Praxisschild, Briefbogen, Rezeptvordrucke, Internetpräsentationen, Anzeigen werden gleich be-

handelt. Es wird nicht mehr zwischen den verschiedenen Medien unterschieden. Auch Rundfunk- und Fernsehwerbung ist als grundsätzlich zulässig anzusehen; allerdings kommt es auch hier auf die konkrete Ausgestaltung von Form, Inhalt und Umfang im Einzelfall an.

- Zukünftig dürfen neben nach Weiterbildungsrecht erworbenen Qualifikationen auch angegeben werden:
 - Sonstige öffentlich-rechtliche Qualifikationen
 - Tätigkeitsschwerpunkte
 - Organisatorische Hinweise
- Informationen sind unabhängig von besonderen Anlässen (Urlaub, Praxisvertretung, Änderung der Sprechzeiten etc.) und in allen Medien zulässig.
- Für Verzeichnisse ist die bisherige Sonderregelung beibehalten worden.
- § 17 Abs. 4 legt den obligaten Inhalt des Schildes fest; fakultativ sind weitere Angaben zulässig.
- § 18a enthält abschließende Regelungen zu den Ankündigungsmöglichkeiten von Kooperationen.

3. Die Regelungen im Einzelnen

§ 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 Abs. 4 Nr. 1 bis 3 sind nur zulässig, wenn der Arzt die umfassten Tätigkeiten nicht nur gelegentlich ausübt.

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.

3.1 Zu Absatz 1

Absatz 1 enthält eine Beschreibung des Normzweckes. Im Sinne der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts ist Normzweck der Vorschriften der beruflichen Kommunikation der Schutz des Patienten durch sachgerechte angemessene Information einerseits und die Vermeidung einer dem Selbstverständnis des Arztes zuwiderlaufenden Kommerzialisierung des Arztberufes andererseits. Dieser Normzweck ist Prüfmaßstab für alle öffentlichkeitswirksamen Aktivitäten eines Arztes.

3.2 Zu Absatz 2

In Übereinstimmung mit der bisherigen Regelung wird in Absatz 2 klargestellt, dass sachliche berufsbezogene Informationen zulässig sind. Die zulässigen Informationen ergeben sich im Einzelnen aus Absatz 4. Erlaubt ist nur eine im Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit des Arztes stehende Information. Die Information muss überdies wahr, sachgerecht und für den Patienten verständlich sein.

3.3 Zu Absatz 3

Absatz 3 beschreibt das Verbot berufswidriger Werbung im Detail. Die Berufswidrigkeit kann sich unter Berücksichtigung der Besonderheiten des jeweils gewählten Mediums insbesondere aus Form, Inhalt und Umfang der Darstellung ergeben.

Berufswidrig ist insbesondere eine anpreisende, irreführende oder vergleichende Werbung. Diese Begriffe sind typische, aber beispielhafte Formen berufswidriger Werbung. Die Aufzählung ist daher nicht abschließend. Berufswidrig kann Werbung auch dann sein, wenn Werbemethoden der gewerblichen Wirtschaft übernommen werden.

3.3.1 Anpreisend

Anpreisend ist eine gesteigerte Form der Werbung, insbesondere eine solche mit reißerischen und marktschreierischen Mitteln. Diese kann schon dann vorliegen, wenn die Informationen für den Patienten als Adressaten inhaltlich überhaupt nichts aussagen oder jedenfalls keinen objektiv nachprüfbar Inhalt haben. Aber auch Informationen, deren Inhalt ganz oder teilweise objektiv nachprüfbar ist, können aufgrund ihrer reklamehaften Übertreibung anpreisend sein.

Grundsätzlich nicht anpreisend ist die publizistische Tätigkeit von Ärzten sowie die Mitwirkung des Arztes an aufklärenden Veröffentlichungen medizinischen Inhalts. Unbeschadet sachlicher Kritik sind Äußerungen in herabsetzender Form über Kollegen, ihre Tätigkeit und über medizinische Methoden zu unterlassen.

In diesem Sinne ist im Regelfall:

Erlaubt	Verboten
zum Beispiel → Hinweise auf Ortstafeln, in kostenlos verteilten Stadtplänen und über Bürgerinformationsstellen, → Wiedereinbestellungen auf Wunsch des Patienten, → Tag der offenen Tür, Kultur-, Sport- und Sponsoring, → Geburtstagsglückwünsche an eigene Patienten ohne Hinweise auf das eigene Leistungsspektrum, → Hinweis auf Zertifizierung der Praxis, → nicht aufdringliches (Praxis-)Logo → sachliche Informationen in Medien	zum Beispiel → Verbreiten von Flugblättern, Postwurfsendungen, Mailingaktionen, → Plakatierung, z.B. in Supermärkten, Trikotwerbung, Bandenwerbung, Werbung auf Fahrzeugen, → unaufgeforderte Wiedereinbestellungen ohne medizinische Indikation → Angabe von Referenzen bildliche Darstellung in Berufskleidung bei der Berufsausübung, wenn ein medizinisches Verfahren oder eine ärztliche Behandlungsmaßnahme beworben wird

3.3.2 Irreführend

Berufswidrig ist eine Werbung, die Angaben enthält, die geeignet sind, potenzielle Patienten über die Person des Arztes, über die Praxis und über die Behandlung irre zu führen und Fehlvorstellungen von maßgeblicher Bedeutung für die Wahl des Arztes hervorzurufen. Dies kann unter anderem durch mehrdeutige, unvollständige und unklare Angaben und durch verschwiegene Tatsachen geschehen (zum Beispiel durch

Irreführung und Täuschung über eine Medizinische Exklusivität – oder durch eine Alleinstellungsbehauptung, wie zum Beispiel Allgemeinmedizin Bielefeld oder durch Internet-Domain-Namen, zum Beispiel www.gynäkologie.Lübeck.de.)

Irreführend ist die Ankündigung von solchen „Qualifikationen“, denen kein entsprechender Leistungs- bzw. Kenntniszuwachs im Vergleich zu den nach der Weiterbildungsordnung geregelten Qualifikationen gegenübersteht. Der Qualifikation des Arztes soll also ein entsprechender Nutzen für den Patienten entsprechen, ansonsten handelt es sich um eine „Scheinqualifikation“ (zum Beispiel Praxis für Gesundheitsförderung), die zu einem Irrtum des Patienten führt. Derartiges ist unzulässig.

Probleme können bei der Ankündigung von Professorentiteln und anderen akademischen Graden entstehen, wenn es sich um Titel handelt, die nicht von einer medizinischen Fakultät verliehen wurden. Um jede Irreführung zu vermeiden, sollten Professorentitel, die nicht von medizinischen Fakultäten verliehen wurden und andere akademische Grade in der Form geführt werden, in der sie verliehen wurden und die Fakultät oder Hochschule benennen. Ebenso sollten im Ausland erworbene Bezeichnungen in der Fassung der ausländischen Verleihungsurkunde geführt werden.

3.3.3 Vergleichend

Bei persönlicher vergleichender Werbung wird auf die persönlichen Eigenschaften und Verhältnisse ärztlicher Kollegen, bei vergleichender Werbung auf die Arztpraxis oder Behandlung anderer Ärzte Bezug genommen. Letzteres geschieht entweder in negativer Form, um Kollegen in der Vorstellung des Patienten herabzusetzen, oder in positiver Form, um deren Vorzüge als eigenen Vorteil zu nutzen. Aber auch eine Werbung wie zum Beispiel „Bei uns geht’s ohne Operation“ ist berufswidrig.

3.3.4 Sonstiges

Die Kategorien „anpreisend“, „irreführend“ und „vergleichend“ sind nicht abschließend. Außerhalb dieser Kategorien bleibt dem Arzt auch zukünftig verboten:

- das Auslegen von Hinweisen auf die eigene Tätigkeit/Praxis bei anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen (zum Beispiel in Apotheken, Fitness-/Wellnesseinrichtungen, Massagepraxen)
- eigene Zeitungsbeilagen
- das Inverkehrbringen von auf die ärztliche Tätigkeit hinweisenden Gegenständen außerhalb der Praxis (zum Beispiel Kugelschreiber, T-Shirt, Kalender, Telefonaufkleber)
- produktbezogene Werbung durch/für Dritte im Wartezimmer
- das Bezeichnen seiner Praxis zum Beispiel als
 - Institut
 - Tagesklinik
 - Ärztehaus/Gesundheitszentrum
 - Praxis für Venenverödung oder ähnliches
 - Partner des Olympiastützpunktes X oder ähnliches
- Sonderangebote
- das Herausstellen einzelner Leistungen mit und ohne Preis außerhalb der Praxis.

Demgegenüber ist dem Arzt in seinen Räumen gestattet zum Beispiel:

- das Auslegen von
 - Flyern/Patienten-Informationsbroschüren (auch „Wartezimmerzeitungen“) mit organisatorischen Hinweisen und Hinweisen zum Leistungsspektrum (solche Hinweise dürfen wie bisher im Internet geführt werden)
 - Plastikhüllen für Chipkarten
 - Kugelschreibern und sonstigen Mitgaben von geringem Wert (zum Beispiel Kalendern mit Namens-/ Praxisaufdruck)
- Serviceangebote
- Kunstaussstellungen.

3.4 Zur Vermeidung von Umgehungen ist nicht nur die aktive berufswidrige Werbung untersagt, sondern in Satz 3 auch solche, die vom Arzt veranlasst oder geduldet wird. Aufgrund dieser Regelung ist der Arzt verpflichtet, gegen ihm bekannt gewordene berufswidrige Werbung einzuschreiten.

3.5 Satz 4 der Vorschrift stellt klar, dass neben den Vorschriften der Berufsordnung, das Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb und das Heilmittelwerbegesetz zu beachten sind.

Soweit sich die Werbemaßnahme des Arztes nicht auf seine Arztpraxis als solche im Sinne einer Unternehmens-, Image- bzw. Vertrauenswerbung bezieht, sondern es um die Bewerbung eines konkreten medizinischen Verfahrens oder einer ärztlichen Behandlungsmaßnahme im Sinne einer Absatzwerbung geht, sind die Vorschriften des Heilmittelwerbegesetzes zu beachten; danach darf gem. § 11 HWG außerhalb der Fachkreise bei der Bewerbung eines konkreten medizinischen Verfahrens zum Beispiel nicht geworben werden

- mit Gutachten, Zeugnissen, wissenschaftlichen oder fachlichen Veröffentlichungen sowie Hinweisen darauf,
- mit Angaben, dass das Verfahren oder die Behandlung ärztlich empfohlen oder geprüft ist oder angewendet wird,
- mit der Wiedergabe von Krankengeschichten sowie Hinweisen darauf,
- mit der bildlichen Darstellung von Angehörigen der Heilberufe und medizinischen Fachberufen in der Berufskleidung oder bei der Ausübung der Tätigkeit,
- mit der bildlichen Darstellung von Veränderungen des menschlichen Körpers oder seiner Teile durch Krankheiten, Leiden oder Körperschäden,
- mit der bildlichen Darstellung der Wirkung eines Verfahrens oder einer Behandlung durch vergleichende Darstellung des Körperzustandes oder des Aussehens vor und nach seiner Anwendung,
- mit der bildlichen Darstellung des Wirkungsvorganges eines Verfahrens oder einer Behandlung am menschlichen Körper oder seinen Teilen,
- mit fremd- oder fachsprachlichen Bezeichnungen, soweit sie nicht in den allgemeinen deutschen Sprachgebrauch eingegangen sind,
- mit einer Werbeaussage, die geeignet ist, Angstgefühle hervorzurufen oder auszunutzen,
- mit Äußerungen Dritter, insbesondere mit Dank-, Anerkennungs- oder Empfehlungsschreiben, oder mit Hinweisen auf solche Äußerungen.

Gänzlich verboten ist die Werbung für Verfahren und Behandlungen, die sich auf die Erkennung, Beseitigung oder Linderung von

- nach dem Infektionsschutzgesetz meldepflichtigen, durch Krankheitserreger verursachten Krankheiten,
 - Geschwulstkrankheiten,
 - Krankheiten des Stoffwechsels und der inneren Sekretion, ausgenommen Vitamin- und Mineralstoffmangel und alimentäre Fettsucht,
 - Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe, ausgenommen Eisenmangelanämie,
 - organische Krankheiten des Nervensystems, der Augen und Ohren, des Herzens und der Gefäße (ausgenommen allgemeine Arteriosklerose, Varikose und Frostbeulen), der Leber und des Pankreas, der Harn- und Geschlechtsorgane,
 - Geschwüre des Magens und des Darms
 - Epilepsie,
 - Geisteskrankheiten,
 - Trunksucht,
 - krankhafte Komplikationen der Schwangerschaft, der Entbindung und des Wochenbetts
- beziehen.

3.6 Zu Absätzen 4 und 5

Absatz 4 Satz 1 enthält eine Aufzählung der zulässigen Informationen, die gegeben werden können. Bezeichnungen, die auf der Grundlage von

weiterbildungsrechtlichen Bestimmungen erworben wurden und sonstige, auf öffentlich-rechtlichen Vorschriften beruhende Qualifikationen einerseits und Tätigkeitsschwerpunkte sowie organisatorische Hinweise andererseits, dürfen danach angekündigt werden.

Alle Angaben sind nur zulässig, wenn der Arzt die umfassten Tätigkeiten nicht nur gelegentlich ausübt. Das ist nach Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts dann der Fall, wenn die Tätigkeiten jedenfalls mehr als 20% der Gesamtleistung ausmachen.

3.6.1 Weiterbildungsbezeichnungen

Hierunter fallen die Gebiets-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnungen, die durch die zuständige Ärztekammer nach Maßgabe der jeweiligen Weiterbildungsordnung zuerkannt wurden, aber auch bisher nicht führungsfähige fakultative Weiterbildungen und Fachkunden, soweit letzterem zur Zeit nicht noch eine andere Regelung im jeweiligen Heilberufs- oder Kammergesetz entgegenstehen. Hierzu wird eine Abstimmung mit der zuständigen Ärztekammer empfohlen.

Die verliehenen Bezeichnungen dürfen nur in der nach der Weiterbildungsordnung zulässigen Form geführt werden. Der Hinweis auf die eine Qualifikation verleihende Ärztekammer kann durch deren Namensangabe oder durch Hinzufügen eines geschützten Markenzeichens der Kammer gegeben werden.

3.6.2 Nach sonstigen öffentlich-rechtlichen Vorschriften erworbene Qualifikationen

a) Neben den nach der Weiterbildungsordnung erworbenen Bezeichnungen enthalten auch sonstige öffentlich-rechtliche Vorschriften fachliche Qualifikationserfordernisse, die zum Teil über das Weiterbildungsrecht hinausgehen. Hierzu zählen durch Fortbildung erworbene EU-Qualifikationen und Zertifikate der Ärztekammern sowie Qualifikationen, die nach den Vorschriften des SGB V erworben worden sind. Dieses sind zur Zeit insbesondere Regelungen zur Sicherung der Strukturqualität nach § 135 SGB V. Dabei handelt es sich um genehmigungspflichtige Leistungen wie z.B. Kernspintomographie, Schlafapnoe, LDL-Elimination, Arthroskopische Operationen, Stoßwellenlithotripsie, also um solche Qualifikationen, hinsichtlich derer ein besonderes Informationsinteresse der Patienten ohne Irreführungsgefahr besteht.

b) Tätigkeitsvorbehalte und Qualifizierungsregelungen im sonstigen Gesundheitsrecht

Außerhalb des Weiterbildungsrechts und des Vertragsarztrechts enthalten verschiedene andere gesundheitsrechtliche Vorschriften und sonstige Rechtsvorschriften Regelungen, welche an eine Qualifikation des Arztes besondere Anforderungen stellen. In Frage kommen hier zum Beispiel Fliegerärztliche Untersuchungsstelle, Gelbfieberimpfstelle oder Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle. Im Recht der Berufsgenossenschaften handelt es sich um die Qualifikation als „D-Arzt“ oder „H-Arzt“.

3.6.3 Tätigkeitsschwerpunkte

Unter Tätigkeitsschwerpunkt ist ein Angebot bestimmter Leistungen zu verstehen, denen sich der Arzt besonders widmet. Dies wird häufig eine Behandlung in einem Gebiet bezeichnen, das enger als seine Gebietsbezeichnung ist (zum Beispiel Osteopathie, Neuropädiatrie).

3.6.4 Ausschluss der Verwechslung

Tätigkeitsschwerpunkte dürfen nur angekündigt werden, wenn sie nicht mit Bezeichnungen des Weiterbildungsrechts verwechselt werden können. Sie sind als solche zu bezeichnen. Auch eine Verwechslung der sonstigen Qualifikationen mit denen nach den Weiterbildungsordnungen verliehenen Qualifikationen muss ausgeschlossen werden. Insbesondere darf nicht der Anschein erweckt werden, es handele sich bei den sonstigen Qualifikationen und Tätigkeitsschwerpunkten um eine durch die Ärztekammer verliehene Qualifikation. Bei Unsicherheiten über eine potenzielle Verwechslungsgefahr wird eine Abstimmung mit der Ärztekammer empfohlen.

3.7 Organisatorische Hinweise

Ebenso wie für die Ankündigung von Qualifikationen dürfen organisatorische Hinweise nur angekündigt werden, wenn sie nicht irreführend, anpreisend oder vergleichend sind. Entsprechend den bisherigen Regelungen des Berufsrechts können nachstehende Hinweise ohne Verletzung berufsrechtlicher Pflichten angekündigt werden:

- Zulassung zu den Krankenkassen
- „Hausärztliche Versorgung“/„Hausarzt“
- Zugehörigkeit zu einem Praxisverbund nach § 23 d
- Bereitschaftsdienst- oder Notfallpraxis
- Lehrpraxis der Universität X

Ein Arzt, der Belegarzt ist, darf auf seine belegärztliche Tätigkeit durch den Zusatz auf dem Praxisschild „Belegarzt“ und die Hinzufügung des Namens des Krankenhauses, in dem er die belegärztliche Tätigkeit ausübt, hinweisen.

Die Ankündigung ist in der Regel dann nicht irreführend, wenn folgende Hinweise beachtet werden:

- Der Arzt, der ambulante Operationen ausführt, darf dies mit dem Hinweis „Ambulante Operationen“ auf dem Praxisschild ankündigen, wenn er ambulante Operationen, die über kleine chirurgische Eingriffe hinausgehen, ausführt und die Bedingungen der von der Ärztekammer eingeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen erfüllt.
- Ein Arzt darf mit der Bezeichnung „Praxisklinik“ eine besondere Versorgungsweise und besondere Praxisausstattung auf seinem Praxisschild ankündigen, wenn er
 - im Rahmen der Versorgung ambulanter Patienten bei Bedarf eine ärztliche und pflegerische Betreuung auch über Nacht gewährleistet,
 - neben den für die ärztlichen Maßnahmen notwendigen Voraussetzungen auch die nach den anerkannten Qualitätssicherungsregeln erforderlichen, apparativen, personellen und organisatorischen Vorkehrungen für eine Notfallintervention beim entlassenen Patienten erfüllt.

In der Regel sind diese Voraussetzungen erfüllt, wenn

- eine angemessene Pflege, sofern der Aufenthalt des Patienten in der Praxis länger als 6 Stunden beträgt, sichergestellt ist,
- die Anwesenheit mindestens einer qualifizierten Hilfskraft, die die Patientenbetreuung auch außerhalb der Sprechstundenzeiten sicherstellt,
- die Rufbereitschaft eines verantwortlichen Arztes außerhalb der Sprechstundenzeiten gewährleistet ist und
- mindestens zwei Betten in Räumen mit ausreichender Belüftung und Beleuchtung
 - Sanitärraum mit Waschgelegenheit
 - gut erreichbare adäquate Notrufanlage
 - apparative Ausstattung für eine Notfallintervention
 - räumliche Anbindung der Übernachtungsmöglichkeiten zur Praxis und
- die Möglichkeit von Liegendtransporten vorhanden sind.

3.8 Zu Absatz 6

Die Ärztekammer kann anlassbezogen die Überprüfung der Ankündigungen vornehmen. Hierzu sind auf Verlangen die zur Prüfung der Voraussetzungen der Ankündigung der erforderlichen Unterlagen innerhalb einer angemessenen Frist vorzulegen und Auskünfte zu erteilen.

4. Sonstiges

§ 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.

Für Verzeichnisse gibt es eine Sonderregelung, die den kostenlosen Grundeintrag der Ärzte, die die Kriterien erfüllen, sicherstellt, um die Chancengleichheit aller Ärzte zu gewährleisten und Patienten auf diese Weise eine umfassende Information über alle Ärzte gibt.

Der Arzt kann sich in mehreren Verzeichnissen aufnehmen lassen; eine zahlenmäßige Beschränkung gibt es nicht. Bei bundesweit verbreiteten Ärzteverzeichnissen überprüft die Kammer, in der der Herausgeber des Verzeichnisses seinen Sitz hat, anlassbezogen das Verzeichnis auf die inhaltliche Übereinstimmung mit dem ärztlichen Berufsrecht. Der Arzt ist nicht verpflichtet, sich ausschließlich in reinen Ärzteverzeichnissen aufzuführen zu lassen. Eine gemeinsame Aufführung mit Psychologischen Psychotherapeuten sollte vermieden werden. Die Errichtung von Verzeichnissen, die Ärzte enthalten, welche nicht ausdrücklich eingewilligt haben, ist unzulässig. Verzeichnisse dürfen in keinem Falle Angaben über die Vergütungshöhe enthalten oder ein sogenanntes „ranking“ vornehmen, wonach etwa Kriterien der Kundenfreundlichkeit bei der Einstufung zugrunde zu legen sind. Unter diesen Voraussetzungen sind Sonderverzeichnisse zulässig.

§ 17 Abs. 4 Niederlassung und Ausübung der Praxis

(4) Die Niederlassung 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 ihrer Niederlassung durch ein Praxisschild absehen, wenn sie dies der Ärztekammer anzeigen.

In § 17 Abs. 4 wird der obligate Inhalt des Praxisschildes als Ankündigung der Niederlassung bestimmt. Weitere Angaben sind darüber hinaus zulässig. Die Berufsordnung enthält keine Beschränkungen hinsichtlich der Anzahl und Größe der Schilder. Ein unaufdringliches

Praxislogo ist erlaubt. Erlaubt ist auch ein Hinweis auf eine neue Wirkungsstätte im Falle der Praxisverlegung für die Dauer eines halben Jahres.

§ 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 führungsfähige 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.

§ 18a regelt abschließend wie Kooperationen angekündigt werden können.

In Absatz 3 Satz 2 wird ausdrücklich klargestellt, dass die Zugehörigkeit zu einem Praxisverbund durch Hinzufügen des Namens des Verbundes angekündigt werden darf.

Besonderheiten bei der Ankündigung in elektronischen Medien

Für die Internetpräsentation gilt das Vorstehende gleichermaßen. Besonderheiten ergeben sich aus dem Teledienstgesetz und Teledienstschutzgesetz, die besondere Informationspflichten für Dienstanbieter und damit auch für die Ärzte, die eine Homepage anbieten, enthalten. Danach sind Ärzte unter anderem verpflichtet, die Kammer, die gesetzliche Berufsbezeichnung, den Staat, in dem die Berufsbezeichnung verliehen worden ist, die zuständige Aufsichtsbehörde sowie die Bezeichnung der beruflichen Regelungen und Informationen dazu auf der Homepage anzugeben.

S. Bigl, D. Beier

Schutzimpfungen im Freistaat Sachsen

Unterschiede in den Impfeempfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut (STIKO) und denen der Sächsischen Impfkommission (SIKO) und deren Begründung

Aus gegebenen Anlass (Vortrag „Überlegungen zum Verhältnis der Empfehlungen der STIKO und SIKO“ von A. Nassauer, RKI, auf dem 9. Sächsischen Impftag am 5. 3. 2005 in Leipzig) sind nachstehende detaillierte Erläuterungen und Richtigstellungen der Unterschiede STIKO- und SIKO-Empfehlungen notwendig geworden. Oben genannter Vortrag hat zur Verunsicherung mancher ärztlicher Kollegen geführt und war geeignet, die herausragende Situation des Impfwesens im Freistaat Sachsen zu unterminieren.

1. Geschichtliches – warum gibt es eine SIKO?

Öffentliche Empfehlungen für Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe konnte und kann nach den Gesetzen der föderativen Bundesrepublik nur das jeweilige Bundesland, nicht der Bund aussprechen (BSeuchG § 14(3) bzw. IfSG § 20(3)).

Aus: „Einführung in den Einigungsvertrag vom 31. August 1990“ Kapitel IV, 3. b (1)

Das in Anlage II aufgenommene Recht der ehemaligen DDR bleibt vorläufig entweder unverändert oder mit den aufgeführten Änderungen und Maßgaben als partielles Bundesrecht in Kraft. Soweit das ehemalige Recht der DDR nach der Kompetenzordnung des GG als Landesrecht anzusehen ist, gilt es automatisch fort. Es wird also in der Anlage II grundsätzlich nicht ausdrücklich erwähnt. Voraussetzung ist allerdings, dass das DDR-Landesrecht nicht dem vorrangigen Bundesrecht oder dem Recht der Europäischen Gemeinschaften widerspricht (vgl. Art. 9 des Einigungsvertrags).

Nach der Wiedervereinigung Deutschlands am 3. 10. 1990 galt laut Einigungsvertrag Kapitel IV, 3.b DDR-Recht als Länderrecht automatisch fort, wenn es nicht dem vorrangigen Bundesrecht und dem Recht der Europäischen Gemeinschaft widersprach (Abb. 1). Auf dieser Rechtsgrundlage haben verantwortliche Mediziner des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (in der DDR „Hygieneinspektion“) in einigen neuen Bundesländern, so auch in Sachsen, das in vielerlei Hinsicht bessere Management der Bekämpfung von Infektionskrankheiten einschließlich Impfwesens der DDR 1990 zu erhalten versucht. Das Bestreben vieler fachkundiger Leihbeamter aus den alten Bundesländern in Form der sofortigen Einführung westdeutscher Verhältnisse, wie zum Beispiel die Abschaffung der Pertussisimpfung und des Masernbekämpfungsprogrammes wurden so zunächst abgewendet. Zur Schaffung einer stabilen wissenschaftlichen und organisatorischen Grundlage unter den neuen gesellschaftlichen Verhältnissen (zum Beispiel auch der größeren Impfstoffpalette) hat dann auf Bitten und Drängen dieser Mediziner nach Wiedergründung des Freistaates Sachsen der erste sächsische Staatsminister für Gesundheit, Soziales und Familie 1991 eine eigene Sächsische Impfkommission am Hygieneinstitut Chemnitz (später Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen) berufen.

In ähnlicher Weise wurde das DDR-Meldewesen zum Beispiel für alle impfpräventablen Erkrankungen, wie zum Beispiel Masern, Mumps, Pertussis und andere, in der sächsischen SeuchMeldeVO vom 11. 11. 1995 (Sächs. GVBl 1995, S. 377) jetzt sächsische IfSG MeldeVO vom 3. 6. 2002 (SächsGVBl 2002,

S. 114/115) auf bundesdeutschem Recht neu begründet. An den Vorschlägen und der Mitarbeit an den Verordnungsentwürfen beteiligten sich die Mitglieder der SIKO maßgeblich. Ein vergleichender Überblick dieser Entwicklungen nach 1945 zwischen den alten und neuen Bundesländern ist aus der Abbildung 2 ersichtlich.

2. Geschäftsordnung der STIKO und SIKO

Obwohl die aus dem Komitee zur Bekämpfung der Poliomyelitis hervorgegangene STIKO am Bundesgesundheitsamt (BGA), später Robert-Koch-Institut (RKI), bereits seit 1972 existierte, hatte sie keine eigene Geschäftsordnung, wie auf eine persönliche und schriftliche Anfrage 1991 beim damaligen Präsidenten Prof. Dr. Großklaus in Erfahrung gebracht wurde. Eine spezifische STIKO-Geschäftsordnung wurde erst 1998 eingeführt. Damit war Sachsen 1991 vor die Aufgabe gestellt, entsprechend den Zielen und Aufgaben einer Impfkommission eigenständig eine Geschäftsordnung zu entwickeln, die dann am 13. 5. 1993 vom Staatsminister bestätigt wurde.

Diese historischen Gegebenheiten erklären die Unterschiede STIKO – SIKO. Die Aufgaben in Sachsen sind umfassender, unmittelbarer und praxisorientierter. Die SIKO berät das Sächsische Staatsministerium für Soziales (SMS) in allen Fragen des Impfwesens, also auch in punkto Infektionsmeldung, Dokumentation durchgeführter Impfungen, Analyse von Impfschäden, Bekämpfungsstrategien durch postexpositionelle Impfungen und andere. Sie ist mittelbar im Rahmen der Sächsischen Landesärztekammer auch für die Aus-, Weiter- und Fortbildung der Impfpärzte zuständig. Das SMS hat vor Veröffentlichung der SIKO-Ber-

Impfeempfehlungen in Deutschland seit 1945 (2)

alte Bundesländer		neue Bundesländer / Sachsen	
nach 1945:	Impfpläne ärztlicher Gesellschaften	nach 1945:	Impfungen durch sowjetische Militäradministration angeordnet
ab 1952:	gutachterliche Stellungnahmen durch das neugegründete Bundesgesundheitsamt (BGA)	1949-1953:	Impfungen durch Länder verfügt
1972:	Ständige Impfkommission (STIKO) am BGA berufen durch Präsident BGA/RKI, gibt Impfeempfehlungen	seit 1953:	Zuständigkeit für Impfungen liegt im Ministerium für Gesundheitswesen der DDR (MfGe)
1979-2000:	BSeuchG § 14 (3) Bundesländer können Impfungen öffentlich empfehlen	1987:	„Beraterkommission für Impfungen“ am MfGe berufen
1998:	(20.10.) Vorläufige Geschäftsordnung der STIKO in Kraft gesetzt (vorher galt allgemeine Geschäftsordnung des BGA)	1990-2000:	(03.10.) BSeuchG § 14 (3) Bundesländer können Impfungen öffentlich empfehlen
01.01.2001	IfSG § 20 (2): STIKO, Berufung durch BMG IfSG § 20 (3): Bundesländer sollen Impfungen öffentlich empfehlen	1991:	(31.07./12.11.) Berufung einer Sächsischen Impfkommission (SIKO) durch den Staatsminister
		1993:	(13.05.) Geschäftsordnung d. SIKO
		01.01.2001:	IfSG § 20 (2): STIKO, Berufung durch BMG IfSG § 20 (3): Bundesländer sollen Impfungen öffentlich empfehlen

Unterschiede zwischen STIKO- und SIKO-Geschäftsordnung (3)

STIKO	SIKO
<p>Präambel, Abschnitt 3</p> <p>„Die Ständige Impfkommission (STIKO) ist eine Kommission am Robert Koch-Institut. Sie gibt Empfehlungen zur Durchführung von Schutzimpfungen und anderer Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe übertragbarer Krankheiten. Außerdem erarbeitet sie Kriterien für die Begutachtung von gesundheitlichen Folgen einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung.“</p>	<p>§ 1 Ziele und Aufgaben</p> <p>Die Sächsische Impfkommission ist ein Fachgremium, das das Sächsische Staatsministerium für Soziales (SMS), in allen Fragen des Impfwesens berät. Mit ihren Empfehlungen, Informationen und Aus-, Weiter- und Fortbildungsaktivitäten bietet sie darüber hinaus allen impfenden Ärzten im Freistaat Sachsen direkte Entscheidungshilfen. Sie beteiligt sich durch Öffentlichkeitsarbeit an der Gesundheitsförderung und -aufklärung der sächsischen Bevölkerung in allen Fragen der Infektionsprävention.</p>
<p>Beschlüsse werden den obersten Landesgesundheitsbehörden zur Stellungnahme 4 Wochen vor Veröffentlichung zugeleitet</p>	<p>Beschlüsse bedürfen der Zustimmung des SMS vor Veröffentlichung</p>
<p>Gäste (beratend): BMG, Oberste Landesgesundh. Behörden, PEI, RKI</p>	<p>Gäste: SMS, AOK, VdAK, KVS</p>
<p>Arbeitsweise, Sitzungen, Vorsitz, Beschlussfähigkeit, Interessenskonflikte, Ehrenamt vergleichbar</p>	



schlüsse Veterecht usw. (Weitere Unterschiede siehe Abbildungen 3 und 4)

3. Inhaltliche Unterschiede STIKO – SIKO, Stand 2004

Die SIKO ist seit Gründung bemüht, die Unterschiede zur STIKO abzubauen, indem sie weitestgehend wörtlich die STIKO-Empfehlungen übernimmt, sofern sie keinen Rückschritt gegenüber der bisherigen Verfahrensweise, wie für 1990 geschildert, darstellen. Umgekehrt ist erfreulich festzustellen, dass sich die STIKO im Laufe der 14 Jahre nach der Wiedervereinigung in die richtige Richtung bewegt, so dass die Unterschiede sich ständig verringert haben. Als Beispiele seien genannt: Wiederempfehlung der Pertussisimpfung als Standardimpfung durch die STIKO 1991, verstärkte Aufnahme von postexpositionellen Impfungen (P) und Impfungen im Rahmen der Berufstätigkeit (B) entsprechend der Biostoffverordnung.

Jüngere Beispiele sind:

Die 5. Pertussisimpfung wurde durch die SIKO 1998, durch die STIKO 2000 empfohlen, die Standard-Impfempfehlung für Varizellen: SIKO 1. 7. 2003, STIKO 1. 7. 2004.

Eine generelle Impfempfehlung gegen Hepatitis A und B aller empfänglichen Bürger jeden Alters, wie sie in Sachsen seit 1998 besteht, und die Meningokokken-C-Impfung, die nach englischem Vorbild durch die SIKO seit 1. 7. 2003 in Sachsen empfohlen wurde, werden hoffentlich bald folgen.

Den erfolgreichen Weg Sachsens beim Paradigmenwechsel hin zu mehr prophylaktischen medizinischen Maßnahmen sollen einige Zahlen belegen:

Laut KBV-Mitteilungen wurden im Jahre 2003 im Freistaat Sachsen 2.217 Mill. Schutzimpfungen durchgeführt, davon 1.32 Mill. Influenzaimpfungen. Hinzu kommen die statistisch nicht erfassbaren Impfungen privat Versicherter. Statistisch gesehen wird also bereits jetzt jeder zweite Sachse einmal jährlich impft; die im Influenzapandemieplan anvisierte Rate der Schutzimpfungen von 1/3 der Bevölkerung war 2003 schon erreicht. Leider ist dieser wirtschaftliche und gesellschaftliche Bonus bisher nicht erfasst worden und wird zu wenig beachtet.

Die noch bestehenden wesentlichen Unterschiede 2004 sind folgende:

1. In der Synopsis der SIKO-Standardimpfungen in Sachsen ist die Meningokokken-C-Impfung enthalten; die Zeitangaben lauten „im... Monat/Lj.“; die Legende ist differenzierter.
2. Impfempfehlungen zu einzelnen Sachfragen werden in Sachsen getrennt und detailliert abgehandelt und veröffentlicht (wegen der Übersicht und Lesbarkeit). Sie bleiben in Kraft bis zu einer Novellierung wie zum Beispiel „E2 – Allgemeine Kontraindikationen bei Schutzimpfungen“

gen vom 2. 9. 1993, Stand: 1. 12. 2003“ (Abb. 5 u. 6).

3. Choleraimpfung: Die SIKO hat Kategorie „B“ und Impfung im Katastrophenfall aufgenommen.
4. Diphtherieimpfung: Die SIKO hat Kategorie „B“ aufgenommen.
5. Die SIKO hat eine Indikationserweiterung bei der Diphtherie-, Tetanus-, Poliomyelitis-Impfung in den Impfkalendar aufgenommen: Personen vor und/oder nach Organtransplantationen.
6. HIB-Impfung: Die SIKO hat „vor Cochlea-Implantation“ und „Risikopatienten nach dem 6. Lebensjahr“ aufgenommen.
7. Kombinierte Hepatitis A- und B-Impfung im 2. bis 18. Lebensjahr in Sachsen empfohlen.
8. Hepatitis A- und B-Impfung: alle Sero-negativen jeden Alters seit 1998 in Sachsen empfohlen.
9. Indikationsimpfung Hepatitis A laut SIKO: für Lebensmittelpersonal seit 1996 und für Personal in Förderschulen empfohlen,
10. Die 2. Masernimpfung als Standardimpfung verbleibt wie seit Einführung 1982 im Vorschulalter (im 6. Lebensjahr) (Begründung Abb.7).
11. Zweimalige MMR-Impfung für alle Empfänglichen auch im Erwachsenenalter und Definition von „empfindlich“ durch die SIKO seit 1996 (Abb. 8).
12. Meningokokken C – Impfung seit 1. 7. 2003 von SIKO vom 3. Lebensmonat bis 18. Lebensjahr als Standardimpfung für alle nach englischem Vorbild empfohlen.
13. Mumpsimpfung: Definition von „empfindlichen Personen“ und andere Details der Kategorie „P“ durch die SIKO.

E1 bis E6 (5)

- **E1:** Empfehlungen der Sächsischen Impfkommission zur Durchführung von Schutzimpfungen im Freistaat Sachsen Vom 02.09.1993, Stand: 01.07.2004
- **E2:** Empfehlungen der Sächsischen Impfkommission Allgemeine Kontraindikationen bei Schutzimpfungen Vom 02.09.1993, Stand 01.12.2003
- **E3:** Empfehlungen der Sächsischen Impfkommission zur Durchführung der Pertussisimpfung Vom 02.09.1993
- **E4:** Stellungnahme der Sächsischen Impfkommission zu den "Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer - Tetanusprophylaxe" (Dt. Ärzteblatt 89, Heft 15, 10.04.1992, C 755-758) Vom 02.09.1993
- **E5:** Empfehlungen der Sächsischen Impfkommission zu Impfabständen Vom 08.11.1994
- **E6:** Empfehlungen der Sächsischen Impfkommission zu Impfungen im Zusammenhang mit Operationen Vom 08.11.1994

E7 bis E12 (6)

- **E7:** Empfehlungen der Sächsischen Impfkommission zu hygienischen Grundbedingungen bei der Durchführung von Schutzimpfungen Vom 08.11.1994, Stand: 05.03.1998
- **E8:** Empfehlungen der Sächsischen Impfkommission zur Aufklärungspflicht bei Schutzimpfungen Vom 13.05.1996, Stand: 01.01.2003
- **E9:** Empfehlungen der Sächsischen Impfkommission zur Organisation der Dokumentation von Schutzimpfungen Vom 15.05.1998, Stand 01.12.2003
- **E10:** Empfehlungen der Sächsischen Impfkommission beim Auftreten von atypischen Impfverläufen im Freistaat Sachsen Vom 15.05.1998, Stand 01.12.2003
- **E11:** Immunisierung gegen Kinderlähmung und zur Realisierung des nationalen Eradikationsprogrammes im Freistaat Sachsen (Poliomyelitis-Schutzimpfung und -Eradikation) Vom 05.03.1998, Stand 01.01.2000
- **E 12:** Empfehlung der Sächsischen Impfkommission Schutzimpfungen bei chronisch Kranken und Immunsupprimierten Vom 01.01.2004

Gründe für das Belassen des 2. Masernimpftermins im Vorschulalter (im 6. Lebensjahr) in Sachsen seit 1982 (7)

1. Fehlen einer evidenzbasierten Begründung für das Vorverlegen
2. Beachtung beider Effekte der 2. Masernimpfung:
 - primäre Impfersager und
 - Boosterung
3. Internationaler Konsens: fast alle Länder haben gleichen 2. Impftermin
4. z.Z. keine epidemiologische Notwendigkeit in Sachsen
5. funktionierendes Herdbekämpfungsprogramm
6. Impfkalender müssen zur Akzeptanzhöhung eine hohe Konstanz aufweisen
7. kein Argument für Impfgegner

Empfehlungen für die Definition der Masernimmunität (8)

Als immun gelten:

1. alle Personen, die 1958 und zuvor geboren sind,
2. Säuglinge von immunen Müttern bis 4. (6.) Lebensmonat,
3. Säuglinge ab 6. Lebensmonat, Kinder, Jugendliche und Erwachsene
 - mit Erstimpfung und positivem Immunitätsnachweis (IgG-Ak),
 - oder zweimaliger MMR-Impfung (oder MM- oder M-Impfung)
 - Erstimpfung nach dem 1. Geburtstag und Mindestabstand 6 Monate zur ersten Applikation für die Zweitimpfung).

Als empfindlich werden alle Personen definiert, die nicht als immun gelten.
(Ausnahmen: Personen, für die die Biostoffverordnung gilt).

14. Die 5. Pertussisimpfung erfolgt in Sachsen vor der Einschulung ab dem 6. Lebensjahr (wie 1971- 1979 in der DDR), nicht ab 10. (Begründung Abb. 9).
15. Eine Pertussisboosterung sollte alle 10 Jahre für das gesamte Personal im Gesundheitswesen, Kindereinrichtungen und bei besonderer Gefährdung nach SIKO erfolgen.
16. Die Poliomyelitisboosterung wird alle 10 Jahre bis zur weltweiten Eradikation von der SIKO empfohlen.
17. Varizellenstandardimpfung: STIKO: 11. – 14 Mon.; SIKO: 13. – 24. Mon.
18. In Sachsen ist die Aufnahme in den Impfkalender von empfohlenen Impfungen „im Rahmen der sächsischen Herdbekämpfungsprogramme“ bei Masern, Hepatitis A, Meningitis, Pertussis (= postexpositionelle Detailregelung) erfolgt (Abb. 10).
19. Die Aufnahme der Impfungen laut Biostoffverordnung und Berufsgenossenschaft-

lichen Grundsätzen bei Tuberkulose und Typhus ist in Sachsen erfolgt.

20. Die Tetanusimpfung im Verletzungsfalle erfolgt bei vorliegender dokumentierter Grundimmunisierung nach 10 nicht 5 Jahren in Tradierung der sinnvollen ehemaligen DDR-Regelungen.

Die unterschiedlichen Verfahrensweisen in der Strategie der einzelnen Schutzimpfungen sollen am Beispiel der Masernbekämpfung nochmals gezeigt werden und belegen die Richtigkeit eines komplexeren eigenen sächsischen Weges nach 1990 (s. Tabelle).

Bewährt haben sich dabei in Sachsen die Definition der Empfänglichkeit bzw. Immunität nach Absprache mit dem NRZ nach amerikanischem Muster seit 1996 (siehe Abb. 8), die zweimalige Impfung auch der Erwachsenen, die Beibehaltung des seit 20 Jahren bewährten Impfkalenders und das Herdbekämp-

fungsprogramm. Es gab deshalb bei den jüngsten Ausbrüchen wie zum Beispiel in Italien keinerlei Unklarheiten bei den Impfarzten, Reisewilligen gegenüber.

Zusammenfassung

Die erfolgreiche Bekämpfung von Infektionskrankheiten bedarf einer komplexen staatlich organisierten, koordinierten und kontrollierten Vorgehensweise. Schutzimpfungen sind nur ein wichtiger Bestandteil in diesem System. Die Rechtsgrundlagen dazu sind in der BRD im wesentlichen vorhanden, sie bedürfen aber einer ständigen Novellierung und insbesondere einer konsequenten praktischen Umsetzung. Die SIKO hat sich diesbezüglich in Sachsen um alle Probleme sehr bemüht und deshalb eine gewisse Vorreiterrolle in Deutschland, die andererseits auch Anlass zur Kritik war und ist. Die Unterschiede sind letztlich in der differenten Geschichte begründet. Betrachtet man nur die Impfempfehlungen, so ist be-

Gründe für die 5. Pertussisimpfung zur Einschulung (ab 6. Lebensjahr) im Freistaat Sachsen (9)

1. in der epidemiologischen Analyse seit 1993 hohe altersspezifische Morbidität der Schulkinder (6.-15.Lebensjahr)
2. gute Compliance bei Ärzten und Eltern
 - 1971 bis 1979 in der DDR praktiziert
 - wie gültiger Impfkalender USA
3. hohe Durchimpfungsrate zur Einschuluntersuchung, nicht ab 10.Lbj.
4. Ab 6. Lebensjahr erfolgt auch Boosterung gegen Diphtherie und Tetanus, obwohl diese Toxoide stark immunogen sind. Wieso soll eine Boosterung mit schwächer immunogenen Ag später erfolgen?
5. 5. Pertussis-Impfung in Sachsen seit 1998 empfohlen
Pertussis-Impfung deutschlandweit seit 2000 empfohlen

Sächsische Herdbekämpfungsprogramme zu impfpräventablen Erkrankungen (10)

Empfehlungen zur Verhütung und Bekämpfung von:

- Diphtherie (Stand November 2001)
- Virushepatitis A (Stand Juni 1999)
- Masern (Stand Oktober 1995)
- Meningokokken- und Haemophilus influenzae b-Meningitis (Stand Juli 2003)
- Pertussis (Stand Februar 2000)
- www.lua.sachsen.de → Humanmedizin → Infektionsschutz
- www.ghuss.de → Infektionsschutz im Freistaat Sachsen

DDR / Sachsen	BRD / alt (neu)
<ul style="list-style-type: none"> – Meldepflicht Erkrankung 1962 – seither epidemiologische Analyse – 1970 Pflichtimpfung – 1983 2. Masernimpfung verfügt – 1986 Herdbekämpfungsprogramm laufend, modernisiert, letzte Novellierung 1995 konsequente Umsetzung durch die Gesundheitsämter – Morbidität: seit 1986 <2 o/oooo, seit 1997 < 1 o/oooo – 2003: 2 Fälle = 0,05 o/oooo gemeldet 	<ul style="list-style-type: none"> – Meldepflicht Erkrankung 2001 – keine epidemiologische Analyse möglich – 1974 Empfehlung monovalent (1980 Empfehlung MMR) – 1991 2. Masernimpfung empfohlen – 1999 MMR-Interventionsprogramm, keine konsequente Umsetzung (siehe Epidemie Coburg 2001/1002) – Morbidität: bis 2000 10-100 o/oooo; 2002 5,6 o/oooo – 2003: 779 Fälle = 0,9 o/oooo gemeldet

reits jetzt nach 14 Jahren eine weitestgehende Kongruenz erreicht. Es sollte aber darüber nachgedacht werden, ob das Aufgabenspektrum der STIKO nicht entsprechend der Geschäftsordnung der SIKO zu erweitern wäre, um größere Möglichkeiten der Einwirkung dieses hochspezialisierten Gremiums auf die meist fachfremden Verantwortungsträger in Politik, einschließlich der Spitzenmanager der Krankenkassen, zu gewährleisten.

Verfasser und Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl
Ludwigsburgstraße 21, 09114 Chemnitz,
Tel.:0371 3360422
E-mail: siegwart@bigl.de

Sächsische Impfkommision neu berufen

Die Sächsische Staatsministerin für Soziales, Frau Helma Orosz, hat die Sächsische Impfkommision (SIKO) nach Ablauf der Beruungsperiode 2001 bis 2004 für die Beruungsperiode 2005 bis 2008 neu berufen.

Mit ihrem Schreiben an die bisherigen und die neu hinzugekommenen Mitglieder dankt die Staatsministerin allen Mitgliedern für Ihr Engagement, insbesondere für die Ausarbeitung und ständige Aktualisierung der Impfempfehlungen für den Freistaat Sachsen, für ihre Tätigkeit als Impfberater, ihr Mitwirken an der studentischen Ausbildung und der ärztlichen Weiter- und Fortbildung. Die Impfempfehlungen der SIKO E 1 bis E 12 werden unter Beachtung des § 20(2) IfSG an die herausragende Situation des Impfwesens in Sachsen adaptiert und in der „Verwaltungsvorschrift des Sächsischen Staatsministerium für Soziales über öffentlich empfohlene und zur unentgeltlichen Durchführung bestimmte Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe“ (VwV Schutzimpfungen), (letzte Fassung vom 29. November 2004, Sächsisches Amtsblatt vom 23. Dezember 2004, Nr. 52, S. 1284-1286), entsprechend Absatz 5 IfSG § 20 für rechtskonform erklärt.

Auf der 25. Sitzung der SIKO am 11. März 2005 wurden entsprechend der Geschäftsordnung der neue Vorsitzende der Beruungsperiode 2005 bis 2008 gewählt, der zukünftige Arbeitsplan erstellt und die Modernisierung der Impfempfehlungen besprochen.

Mitglieder der Sächsischen Impfkommision 2005 bis 2008 sind:

Herr Dr. med. Dietmar Beier, Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen – Standort Chemnitz, Sekretär; Herr Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl, Kinderambulanz des DRK-Krh. Chemnitz, Vorsitzender; Herr Priv.-Doz. Dr. med. habil. Michael Borte, Städtisches Klinikum „St. Georg“ Leipzig; Herr Chefarzt Dr. med. Hans-Christian Gottschalk, Städtisches Klinikum Görlitz GmbH; Frau Dr. med. Carola Hoffmann, Dresden, niedergelassene Kinderärztin; Frau Dr. med. R. Krause-Döhring, Amtsärztin, Gesundheitsamt Muldentalkreis, Grimma; Herr Prof. Dr. med. habil. Wolfgang Leupold, Universitätsklinik Dresden; Herr Dr. med. Wilfried Oettler, Sächsisches Staatsministerium für Soziales Dresden; Herr Priv.-Doz. Dr. med. habil. Jürgen Prager, Chefarzt, Erzebirgsklinikum Annaberg gGmbH, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Annaberg-Buchholz; Herr Dr. med. Jörg Wendisch, Gesundheitsamt Dresden -Impfstelle; Herr Chefarzt Dr. med. Bernd-W. Zieger, Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt – Städt. Klinikum Institut für Tropenmedizin Dresden.
Erreichbarkeit der Mitglieder der SIKO siehe Internetseite (www.lua.sachsen.de/Veröffentlichungen/LUA – Mitteilung Nr. 01/2005/Sächsische Impfkommision).

Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl
Vorsitzender der Sächsischen Impfkommision

Mitteilung

Zurückweisung unwissenschaftlicher Darstellungen von Impfgegnern Gemeinsamer Brief an die Eltern

Das Staatsministerium für Soziales, der Landesverband Sachsen im Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, der Landesverband Sachsen der Ärzte und Zahnärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst und die Sächsische Impfkommision haben gemeinsam einen Brief an Eltern geschrieben, der helfen soll, die empfohlenen Schutzimpfungen zum Wohl unserer Kinder und aller Bürger bestmöglichst umzusetzen. Insbesondere werden die unwissenschaftlichen Darstellungen – oft verbunden mit Horrorpropaganda – von Impfgegnern zurückgewiesen.

Dieser Brief sollte in jeder Praxis von Impfärzten im Freistaat Sachsen (Kinder- und Jugendärzte, Allgemeinmediziner und andere) ausgelegt werden.

Der Wortlaut ist im Internet ([www.ghuss.de/Impfen/Brief an Eltern](http://www.ghuss.de/Impfen/Brief%20an%20Eltern)) abrufbar.

Im Auftrag der Sächsischen Impfkommision
Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl
Vorsitzender

15. Sächsischer Ärztetag/ 32. Kammerversammlung am 24./25. Juni 2005

Der 15. Sächsische Ärztetag/32. Kammerversammlung findet am 24. und 25. Juni 2005 im Kammergebäude der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, Plenarsaal, statt. Die Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer können an den Arbeitstagen mit Vorlage des Arztausweises als Zuhörer teilnehmen.

Tagesordnung 15. Sächsischer Ärztetag Freitag, 24. Juni 2005, 14.00 Uhr

1. **Eröffnung des 15. Sächsischen Ärztetages und Feststellung der Beschlussfähigkeit**
Herr Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Präsident
 2. **Arzt und Patient unter den neuen Versorgungsbedingungen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG)**
Referat: Herr Prof. Dr. med. Marcus Siebolds,
Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen, Köln
Fachbereich Gesundheitswesen - Medizinmanagement
- Podiumsdiskussion:**
Teilnehmer:
1. Frau Prof. Dr. med. habil. Dr. phil. Ortrun Riha,
Medizinische Fakultät der Universität Leipzig,
Direktorin des Karl-Sudhoff-Instituts für Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften
 2. Herr Prof. Dr. med. Marcus Siebolds, Köln
 3. Herr Dieter Blaßkiewitz, Leipzig
Vorsitzender der Krankenhausgesellschaft Sachsen
 4. Herr Heinz Windisch, Arnsdorf
Präsident des Verbandes der Krankenversicherten Deutschlands e.V.
 5. Herr Prof. Dr. med. habil. Otto Bach, Leipzig
Vorstandsmitglied, Vorsitzender der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung
 6. Herr Dr. med. Stefan Windau, Leipzig
Vizepräsident Sächsischen Landesärztekammer,
Vorsitzender der Vertreterversammlung der
Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen
- Moderation: Herr Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Präsident

Abendveranstaltung Freitag, 24. Juni 2005, Beginn 19.30 Uhr

- **Begrüßung**
Herr Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Präsident
- **Totenehrung**
- **Verleihung der „Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille“ 2005 für die Verdienste um die sächsische Ärzteschaft**
- **Würdigung der Verleihung der Paracelsus-Medaille anlässlich des 108. Deutschen Ärztetages vom 3. bis 6. Mai 2005 in Berlin**
- **Grußwort:**
Frau Staatsministerin Helma Orosz,
Sächsisches Staatsministerium für Soziales
- **Festvortrag: Carl Gustav Carus – Arzt und Maler**
Referent: Herr Prof. Dr. med. habil. Albrecht Scholz,
Medizinische Fakultät der Technischen Universität Dresden,
Direktor des Instituts für Geschichte der Medizin

Fortsetzung der Arbeitstagen der 32. Kammerversammlung Sonnabend, 25. Juni 2005, 9.00 Uhr

3. **Begrüßung und Feststellung der Beschlussfähigkeit**
Herr Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Präsident
4. **Aktuelle Probleme der Gesundheits- und Berufspolitik**

- Bericht: Herr Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Präsident
Ausführliche berufspolitische Aussprache zu
– dem Bericht des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer
– dem Tätigkeitsbericht 2004 der Sächsischen Landesärztekammer
5. **Einführung von elektronischer Gesundheitskarte und elektronischem Heilberufeausweis ab 2006**
Bericht: Herr Prof. Dr. med. habil. Hildebrand Kunath,
Medizinische Fakultät der Technischen Universität Dresden,
Direktor des Instituts für Med. Informatik u. Biometrie
Frau Dipl.-Ök. Kornelia Keller, Kaufmännische
Geschäftsführerin, Sächsische Landesärztekammer
Herr Dr. rer. oec. Klaus Wolf, Kassenärztliche Vereinigung
Sachsen, ehem. stellv. Hauptgeschäftsführer
 6. **Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer**
Bericht: Prof. Dr. med. habil. Gunter Gruber,
Vorsitzender des Ausschusses Weiterbildung
 7. **Satzung zur Änderung der Satzung zur Erteilung des Fachkundenachweises Leitender Notarzt**
Bericht: Dr. med. Michael Burgkhardt, Vorsitzender des Ausschusses
Notfall- und Katastrophenmedizin
 8. **Finanzen**
 - 8.1. **Jahresabschlussbilanz 2004**
Bericht: Herr Dr. med. Claus Vogel, Vorstandsmitglied,
Vorsitzender des Ausschusses Finanzen
Herr Dipl.-Kfm. Wulf Frank, Wirtschaftsprüfer,
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Bansbach, Schübel,
Brösztl & Partner
 - 8.2. **Entlastung des Vorstandes und der Geschäftsführung für das Jahr 2004**
 - 8.3. **Wahl des Abschlussprüfers für das Jahr 2005**
 9. **Bekanntgabe des Termins der 33. Kammerversammlung und des 16. Sächsischen Ärztetages (34. Kammerversammlung)**
 10. **Verschiedenes**

16. Erweiterte Kammerversammlung Sächsische Ärzteversorgung Sonnabend, 25. Juni 2005, 14.00 Uhr

1. **Eröffnung der 16. erweiterten Kammerversammlung und Feststellung der Beschlussfähigkeit**
Herr Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Präsident
2. **Tätigkeitsbericht 2004 der Sächsischen Ärzteversorgung**
- 2.1. **Bericht des Vorsitzenden des Verwaltungsausschusses**
Bericht: Herr Dr. med. Helmut Schmidt
- 2.2. **Bericht des Vorsitzenden des Aufsichtsausschusses**
Bericht:
- 2.3. **Jahresabschlussbericht für das Jahr 2004 und Diskussion**
Bericht: Herr Dipl.-Kfm. Wulf Frank, Wirtschaftsprüfer,
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Bansbach,
Schübel, Brösztl & Partner
- Versicherungsmathematisches Gutachten
Rentenbemessungsgrundlage und Rentendynamisierung 2005**
Bericht: Herr Dipl.-Math. Hans-Jürgen Knecht, Mitglied des
Verwaltungsausschusses der Sächsischen Ärzteversorgung
- 2.5. **Entlastung des Verwaltungsausschusses, des Aufsichtsausschusses und der Verwaltung für das Jahr 2004**
3. **Satzungsänderungen**
4. **Haushaltplan 2006**
Bericht: Herr Dr. med. Helmut Schmidt, Vorsitzender des
Verwaltungsausschusses der Sächsischen Ärzteversorgung
5. **Wahl der Mitglieder des Aufsichtsausschusses**
6. **Wahl der Mitglieder des Verwaltungsausschusses**
7. **Bekanntgabe des Termins der 17. erweiterten Kammerversammlung**
8. **Verschiedenes**

Ende: gegen 18.00 Uhr

3. Deutsch-polnisches Symposium in Breslau



Vom 9. bis 11. September 2005 führen die Sächsische Landesärztekammer und die polnische Niederschlesische Ärztekammer das 3. Deutsch-polnische Symposium in Breslau/Wrocław unter dem Titel „Vergangenheit verstehen – Zukunft gestalten“ durch. Neben Referaten zur Geschichte der Schlesischen Ärztekammer bis 1945, dem 100. Todestag von Mikulicz und der ärztlichen Selbstverwaltung in der II. und III. Republik Polen stehen auch Vorträge zu ersten Erfahrungen aus der Erweiterung der Europäischen Union und die Abwanderung polnischer Ärzte auf der Tagesordnung. Die Referenten Dr. Konstantin

Radziwiłł (Vorsitzender der polnischen Ärztekammer), Dr. Otmar Kloiber (Generalsekretär des Weltärztebundes) und Dr. Thomas Ulmer (Mitglied des europäischen Parlaments) widmen sich den aktuellen gesundheitspolitischen Fragen.

Die feierliche Eröffnung des Symposiums durch die Präsidenten beider Ärztekammern erfolgt in der berühmten Aula Leopoldina der Universität in Breslau.

Termin:

9. bis 11. September 2005 in Breslau/Wrocław

Teilnahmegebühr:

100,- EUR pro Person (inkl. Transfer ab Dresden, ÜN und Verpflegung)

Anmeldung:

Bei Frau Preißler, Telefon: 0351 8267311

Hinweis:

Die Teilnehmerzahl ist auf 100 begrenzt!

Für das Symposium werden 8 Fortbildungspunkte auf das sächsische Fortbildungszertifikat vergeben.

Knut Köhler M. A.,

Referant für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Seniorentreffen der Kreisärztekammer Dresden

Zum zweiten Treffen möchten wir Sie – nun zum üblichen Termin – für

Mittwoch, dem 1. Juni 2005, 15.00,

in den Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer einladen.

Zu Gast ist Herr Dr. Hans-Ulrich Lehmann, stellvertretender Direktor des Kupferstich-Kabi-

netts der Staatlichen Kunstsammlungen Dresden. Herr Dr. Lehmann referiert zur Geschichte und zu aktuellen Aspekten der Sammlung. Sie sind mit Ihrem Partner herzlich eingeladen.

Ihr Seniorenausschuss
der Kreisärztekammer Dresden

Viva la Danza!

Die Kreisärztekammer Dresden beehrt sich einzuladen zum

12. DRESDNER ÄRZTEBALL

am 27. August 2005 um 19 Uhr in die

ORANGERIE SCHLOSS PILLNITZ

Es erwarten Sie zu „La Notte della Danza“:

Ein Galaempfang ab 18 Uhr

Musik, kulinarische Genüsse aus Küche und Keller, ein festliches Feuerwerk und tänzerische Verführungen auf gepflegtem Tanzparkett

Dem tanzfreudigen Publikum steht eine dem edlen Schuhwerk und den rasantesten Tänzen angemessene Parkettfläche zur Verfügung. Um baldmögliche Kartenreservierung wird höflich gebeten bei **Frau Riedel**,

Sächsische Landesärztekammer, Postfach 10 04 65, 01074 Dresden, Telefon 8267 426.

Der Preis der Ballkarte beträgt 65 Euro, ermäßigt 40 Euro.

Konzerte und Ausstellungen

Konzerte

Sonntag, 5. Juni 2005, 11.00 Uhr

Junge Matinee

Aus Lied, Oper und Operette
Abschlusskonzert im Aufbaustudium
Musiktheaterkorrepetition
Eun-Kyung Lee
(Klasse Prof. Karl Heinz Knobloch)
Hochschule für Musik
Carl Maria von Weber Dresden

Donnerstag, 16. Juni 2005, 19.30 Uhr

Junge Soiree

Rund um die Violine
Studentinnen und Studenten der Klasse
Prof. Ivan Ženaty
Hochschule für Musik
Carl Maria von Weber Dresden

Ausstellungen

Foyer der
Sächsischen Landesärztekammer
und 4. Etage

Ulla Andersson

Ansichtssache
Malerei/Zeichnung/Collage
bis 22. Mai 2005

Gunter Herrmann

Malerei und Grafik
25. Mai bis 17. Juli 2005
Vernissage:
Donnerstag, 26. Mai 2005, 19.30 Uhr
Einführung: Alexander Lange,
Kunstwissenschaftler

Foyer der
Sächsischen Ärzteversorgung

Karin Junge

Experimente mit dem Innenleben
Collagen und Druckgrafik
bis 15. September 2005



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 Chirurgie

Reg.-Nr. 05/C022

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 05/C023

Chemnitz-Stadt

Facharzt für Urologie (Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)

Reg.-Nr. 05/C024

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 24.05.2005 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel.: (0371) 27 89-406 oder 27 89-403 zu richten.

Chemnitz-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 05/C025

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Reg.-Nr. 05/C026

Stollberg

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

(Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)

Reg.-Nr. 05/C027

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

(Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)

Reg.-Nr. 05/C028

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

(Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)

Reg.-Nr. 05/C029

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

(Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)

Reg.-Nr. 05/C030

Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Chirurgie

Reg.-Nr. 05/C031

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Reg.-Nr. 04/C032

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Reg.-Nr. 05/C033

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 05/C034

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 05/C035

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 05/C036

Chemnitzer Land

Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten/Phlebologie/Allergologie

Reg.-Nr. 05/C037

Zwickauer Land

Facharzt für Orthopädie, Reg.-Nr. 05/C038

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 07.06.2005 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel.: (0371) 27 89-406 oder 27 89-403 zu richten.

■ Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Görlitz-Stadt/

Niederschlesischer Oberlausitzkreis

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
(Vertragsarztsitz in Gemeinschaftspraxis)

Reg.-Nr. 05/D033

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
(Vertragsarztsitz in Gemeinschaftspraxis)

Reg.-Nr. 05/D034

Löbau-Zittau

Facharzt für Chirurgie, Reg.-Nr. 05/D035

Meißen

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 05/D036

Facharzt für Innere Medizin*)

(hausärztlicher Versorgungsbereich)

Reg.-Nr. 05/D037

Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten

Reg.-Nr. 05/D038

Facharzt für Innere Medizin*)

(hausärztlicher Versorgungsbereich)

Reg.-Nr. 05/D040

Sächsische Schweiz

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 05/D039

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10.06.2005 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: (0351) 88 28-330 zu richten.

■ Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

Muldentalkreis

Facharzt für Chirurgie (Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)

Reg.-Nr. 05/L027

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 27.05.2005 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunschweigstraße 16, 04347 Leipzig, Tel.: (0341) 243 21 53 zu richten.

Leipzig-Stadt

Facharzt für Chirurgie (Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)

Reg.-Nr. 05/L024

Delitzsch

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 05/L025

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Reg.-Nr. 05/L026

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 12.06.2005 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunschweigstraße 16, 04347 Leipzig, Tel.: (0341) 243 21 53 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

Freiberg

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

geplante Praxisabgabe: 31.12.2005

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

geplante Praxisabgabe: sofort

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel.: (0371) 27 89-406 oder 27 89-403.

■ Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Dresden-Stadt

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

geplante Praxisabgabe: ab April 2006

Hoyerswerda-Stadt/Kamenz

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

geplante Praxisabgabe: I/2006 bis II/2006

Weißeritzkreis

Stadt Freital

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

geplante Praxisabgabe: nach Absprache

Stadt Freital

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

geplante Praxisabgabe: 01.01.2006

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirks-geschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: (0351) 88 28-330.

■ **Bezirksgeschäftsstelle Leipzig**

Leipzig-Stadt

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

geplante Praxisabgabe: Ende 2005
Facharzt für Allgemeinmedizin*)
(Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)
geplante Praxisabgabe: Anfang 2006
Facharzt für Allgemeinmedizin*)
(Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)
geplante Praxisabgabe: Anfang 2006

Muldentalkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: 2005

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirks-geschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig Tel.: (0341) 243 21 53.

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Landesgeschäftsstelle

1. Curriculum der Sächsischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (www.sgam.de)



Dr. Frauke Höhn (2. Vizepräsidentin) und Dr. Johannes Dietrich (Präsident) der SGAM – wissenschaftliche Leitung

Kernpunkte der Aufgaben einer Wissenschaftlichen Gesellschaft sind die Weiter- und Fortbildung sowie die Forschung im Fachgebiet. Dieser Maxime folgend hat sich das Präsidium der SGAM (Sächsische Gesellschaft für Allgemeinmedizin in der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin) bereits im Frühjahr 2004 zur Aufgabe gemacht, eine Fortbildungsreihe für die Fachärzte für Allgemeinmedizin Sachsens und darüber hinaus zu aktuellen und alltäglichen Problemen der Hausärzte anzubieten.

In der Konzeption stand eine Alternative zu anderen Fortbildungsveranstaltungen zu suchen und Wissen hausärztlich geprägt durch Fachkompetenz konzentriert anzubieten.

Im Kontext dieser Vorgaben sah das Präsidium der SGAM als beste Variante, eine Kompaktfortbildung ähnlich der anderer Fachgesellschaften und unter Zugrundelegung guter Erfahrungen aus früheren Jahren. Die fachlich-wissenschaftliche Leitung und Organisation

übernahmen Herr Dr. J. Dietrich aus Mühlau – Präsident der SGAM und Frau Dr. Frauke Höhn aus Chemnitz 2. Vizepräsidentin der SGAM, beratend stand das Präsidium der SGAM zu Seite.

Bei der Auswahl der Themata wurde Wert auf aktuelle hausärztliche Tätigkeit gelegt, welche durch spezialistisch geprägte Fortbildungsveranstaltungen nicht abgedeckt ist, gleichsam galt es in der Planungsphase gesundheitspolitische Vorgaben umzusetzen.

Aus diesen Überlegungen heraus sollte sich das erste Curriculum im Januar 2005 in einen orthopädischen, einen rehabilitativen (Umsetzung der Richtlinien zur Beantragung einer Rehabilitation für die GKV) und einen chirurgischen Teil gliedern.

Währenddessen sich die Planungen zur Umsetzung der beiden fachspezifischen Fortbildungen einfach gestaltete, zeigten sich im Schwerpunkt Rehabilitation deutliche Widerstände auf Seiten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen und der Landesversicherungsanstalt. Zu guter letzt musste allerdings wegen mangelnder Einigung der Spitzenverbände zur Umsetzung der Vorgaben, die Fortbildung Rehabilitation umgestaltet werden.

Nach schwieriger und langwieriger Suche konnte ein geeigneter Fortbildungsort in Weinböhla gefunden werden. Prämissen waren Familienfreundlichkeit, angenehme Umgebung und kulturelle Möglichkeiten.

Am Mittwoch, dem 19. Januar 2005, referierte der Chefarzt der Orthopädischen Klinik des Klinikums Chemnitz, Herr PD Dr. med. habil. Michael Wagner, über klinische Untersuchungs-

techniken in der Orthopädie. Er demonstrierte an Hand eines Modells und anhand von Bildern die klinische Untersuchung von Schulter- und Kniegelenk, erläuterte wichtige Symptome und Syndrome in Diagnostik und Therapie. Dabei kamen besonders das Impingement-syndrom der Schulter und Deformierungen der Füße zur Sprache. Es wurde der sinnvolle Einsatz der technischen Diagnostik, wie Gesichtspunkte der Aussagefähigkeit bildgebender Verfahren erläutert.

Im weiteren Verlauf wurde uns Hausärzten die operative Vorgehensweise bei bestimmten orthopädischen Krankheitsbildern erklärt und mit uns die hausärztliche Nachsorge nach orthopädischen Operationen bezüglich Belastbarkeit und Physiotherapie abgestimmt.

Der 20. Januar 2005 stand ganz im Zeichen der Rehabilitation. Hier konnten Frau CA Dr. Betz und Herr Dipl.-psych. Wendler aus den Kliniken Carolabad Chemnitz gewonnen werden. Grundlagen der rehabilitativen Medizin wurden ebenso nahe gebracht, wie auch die Darstellung an praktischen Beispielen. Besonders Interesse fanden einige wichtige Therapieschwerpunkte wie psychosomatische Rehabilitation oder auch Schlafstörungen.

Trotz Absagen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen und der Landesversicherungsanstalt konnte der 21. Januar 2005 kurzfristig sehr gut gestaltet werden. Der Tag begann zur Freude aller Teilnehmer mit einem Gedächtnistraining. Herr Jürgen Siegert vom Geiselhart – Team-Ost brachte Tipps und Tricks zum besseren Gedächtnis näher. Viel Freude machten dabei die praktischen Übungen und die Erkenntnis zu welchen Leistungen ein Ge-

dächtnis bei guter Nutzung fähig sein kann. Im weiteren referierte Frau Dr. Pottins, stellvertretende Referatsleiterin des medizinischen Dienstes der BfA Berlin. Sie erläuterte Fragen der Beantragung einer Rehabilitation, wie auch Grundlagen der Rehabilitation. Nicht zuletzt wurde großer Wert auf Zusammenhangsfragen gelegt.

Nach dem wie immer angenehmen Mittagessen und einer mittäglichen Ruhepause widmeten wir uns Problemen der Laboratoriumsmedizin. Herr Dr. Oliver Tribel, Institut für klinische Chemie der Medizinischen Fakultät der TU Dresden gab Hinweise und beantwortete Fragen zur Interpretation von Befunden der klinischen Chemie. Insbesondere wurden Hinweise zu Fehlermöglichkeiten gegeben. Probenentnahme, Lagerzeiten und Transportprobleme interessierten die Kolleginnen und Kollegen im Besonderen.

Den Abschluss des 3. Tages bildeten Diskussionen zu Behandlungsfehlern und Behandlungsfehlervorwürfen. Dieses Thema wurde dankend aufgenommen, da besonders in der hausärztlichen Einzel-Praxis eine Teambesprechung oder Konsultation unter Kolleginnen/Kollegen nicht sofort bei schwierigen Fragestellungen möglich ist. Insgesamt konnten aus 6 Fällen Schlüsse für das tägliche Arbeiten gezogen werden. Nicht zuletzt ist immer zutage getreten, dass eine ordnungsgemäße Anamnese und klinische Untersuchung unabdingbar und die Prinzipien der Allgemeinmedizini-

schen Handlungsweise des „abwartenden offenen Lassens“ und des abwendbar gefährlichen Verlaufs“ in der täglichen Praxis immer wieder anwendbar sind.

Der 4. und letzte Tag des diesjährigen Curriculums stand ganz im Zeichen der Chirurgie. Herr DM Lutz Forkmann, niedergelassener Internist und Angiologe, begann den Tag mit „Aktuellem zur Thromboseprophylaxe“, Indikation und Kontraindikation des Heparinoid-einsatzes und Dauerantikoagulation standen dabei im Vordergrund. Im Verfolg stellte dann Herr Dr. Flade, niedergelassener Facharzt für Chirurgie aus Chemnitz dieses Problem aus chirurgischer Sicht dar. Im weiteren wurden durch ihn Probleme der Nachsorge nach operativen Eingriffen besprochen.

Am Nachmittag hörten die Teilnehmer Neues zu Nahttechniken und Materialien. Herr Dr. Klement, Facharzt für Allgemeinmedizin und Chirurgie aus Dresden veranschaulichte durch Video und praktische Übungen mittels Phantom für jeden Teilnehmer Wichtiges der modernen Wundversorgung. Die Kolleginnen und Kollegen konnten selbst wieder einmal üben und moderne Wundversorgung auch mit Gewebekleber lernen. Als besonderen Abschluss des Tages gab Herr Dr. Clement eine Einführung in TAPE-Verbände, auch hier wieder mit praktischer Übung.

Jeweils an den Abenden trafen sich die Teilnehmer im gesellschaftlichen Beisammensein um Erfahrungen und Eindrücke auszutauschen,

wie auch über andere Dinge des täglichen Lebens zu reden. Die mitreisenden Angehörigen fanden durch das kulturelle Angebot der Umgebung Abwechslung.

Resümierend wurde durch alle Teilnehmer einhellig festgestellt, dass diese Art der Fortbildung – fachärztliches Wissen dargestellt mit allgemeinmedizinischem Hintergrund als Vortrag mit Interaktiver Mitarbeit, kompakt in mehreren Tagen hintereinander eine sehr gute Möglichkeit ist sein Wissen aufzufrischen. Einzelne Themen, so das Gedächtnistraining und die Falldiskussion sollten nach Vorstellungen vieler Teilnehmer wiederholt werden.

Wir laden Sie bereits heute zum 2. Curriculum der SGAM vom 25. bis 28. Januar 2006 nach Weinböhla ein.

Nicht zuletzt möchten wir darauf verweisen, dass der diesjährige 14. Jahreskongress der SGAM am 10. und 11. Juni 2005 im Schlosshotel Lichtenwalde bei Chemnitz stattfindet. Themen sind: „Die ärztliche Leichenschau – Sterben und Tod“, „Therapie häufiger neuropsychiatrischer Störungen älterer Patienten“, „Cholesterin und Stellung des Homozysteins“ und „Chronisch entzündliche Darmerkrankungen aus internistischer und chirurgischer Sicht“. Den Abschluss bildet der Vortrag „Gesundheitsverhalten und Krankheitsbewältigung in Entenhausen“. Wir freuen uns auf Ihr Kommen.

Erik Bodendieck
Beisitzer im Präsidium der SGAM

17. Dresdner hämatologisch-onkologisches Gespräch

Ergänzungen

Leider überschneidet sich der teilweise Rückzug des Bundesjustizministeriums mit dem Redaktionsschluss des „Arzteblatt Sachsen“, Heft 3/2005, so dass im veröffentlichten Text zwar unsere Bewertung der Gesetzesinitiativen richtig wiedergegeben wird, aber ein aktueller Hinweis auf die neue Entwicklung vom Leser vermisst werden wird.

Zu unserem Tagungsbericht, veröffentlicht im „Arzteblatt Sachsen“, Heft 3/2005, ist folgende Entwicklung zu ergänzen:

Das Bundesjustizministerium hat die Gesetzesinitiative in dieser Form zurückgezogen, um eine weitere öffentliche Debatte über die Fragen des Lebensendes zu ermöglichen. Parallel

dazu wurden Gesetzesentwürfe seitens der Bundestagsfraktionen angekündigt.

Die Weiterführung der öffentlichen Diskussion wird auch von uns befürwortet. Unverändert bleibt es aber Resultat des medizinjuristischen Teils unseres Symposiums, dass Reichweitenbegrenzung und obligate Einschaltung des Vormundschaftsgerichtes – wie von der Enquete-Kommission des Bundestages gefordert – nicht geeignet sind, den Umgang mit dem erklärten bzw. mutmaßlichen Willen des Patienten verantwortlich und konstruktiv durch die praktischen Entscheidungsträger zu gestalten. Hingegen käme es zur einer erheblichen Einengung und Formalisierung gegenüber der aktuell üblichen Praxis.

In diesem Sinne äußerte sich auch die Sächsische Landesärztekammer in ihrer Stellungnahme vom 13. 1. 2005.

Wir halten es ferner für wichtig, dass die öffentliche Debatte nicht losgelöst vom medizinischen Hintergrund erfolgt, sondern dass sich die Ärzteschaft als entscheidender Erfahrungsträger beim Umgang mit lebenserhaltenden Maßnahmen im Rahmen ihrer Fachgesellschaften und der Kammern konstruktiv in diese öffentliche Debatte einbringt und ihre Empfehlungen darstellt und erläutert.

Prof. Dr. med. habil. Gerhard Ehninger
Dr. med. Heinrich Günther

Priv.-Doz. Dr. med. habil. Dieter Paul zum 70. Geburtstag



Herr Priv.-Doz. Dr. med. habil. Dieter Paul wurde am 16. April 1935 in Leipzig geboren. 1953 legte er als Mitglied des berühmten Thomanerchores an der Thomasschule Leipzig das Abitur ab und schrieb sich an der Universität Leipzig zum Medizinstudium ein, welches er 1958 gleichzeitig mit der Promotion beendete.

In Mittweida begann Dieter Paul seine praktische Tätigkeit als Pflichtassistent. 1960 wechselte er an das Kreis Krankenhaus Rochlitz, um die Chirurgische Facharztausbildung zu absolvieren.

Im April 1963 trat er in die Chirurgische Klinik des damaligen Bezirkskrankenhauses Dresden-Friedrichstadt ein, die zu dieser Zeit unter der Leitung von Professor Dr. med. habil. Hans-Dietrich Schumann stand. 1965 schloss er die Facharztausbildung ab. Bereits 1966 wurde er zum Oberarzt ernannt. Seit diesem Zeitpunkt waren ihm die Unfallchirurgischen Stationen anvertraut. Dieter Paul hat mit großem persönlichen Einsatz die operative Unfallchirurgie in dieser Klinik eingeführt.

„Mit Geschick und Begeisterung hat er sich besonders um die Einführung moderner Operationsverfahren auf dem Gebiet der Traumatologie verdient gemacht.“, so schrieb Professor Dr. med. habil. Schumann in einer Beurteilung im April 1978. Die Entwicklung der Unfallchirurgie gestaltete sich unter den wirtschaftlichen Bedingungen

dieser Zeit unter anderem mit der ersten Erprobung von TUR-Bildverstärkern (1968), der Beschaffung erster AO-Instrumentarien – die Einführung entsprechender Implantate erfolgte 1970 – und mit der Beteiligung an der Entwicklung von DDR-eigenen Hüftgelenksprothesen (Einführung in die klinische Praxis 1979) sehr mühsam, aber auch erfolgreich.

1975 konnte Dieter Paul die Subspezialisierung zum Unfallchirurgen ablegen.

1978 übernahm Prof. Dr. med. Karl-Heinz Herzog die Leitung der Chirurgischen Klinik. 1981 erhielten die beiden unfallchirurgischen Stationen der Chirurgischen Klinik unter seiner Leitung den Status einer eigenständigen Abteilung für Unfall- und Wiederherstellende Chirurgie. Sie gehörte zu den „AO-Kliniken“ der DDR.

1983 verteidigte Dieter Paul seine B-Promotion zur Behandlung von Unterschenkelfrakturen.

Von 1983 bis 1985 war Dieter Paul in Mocambique, 1989 in Uganda tätig. In dieser Zeit konnte er viele wertvolle Erfahrungen sammeln. Als Vorstandsmitglied der Sektion Unfallchirurgie der Gesellschaft für Chirurgie wirkte Dieter Paul bei der Entwicklung dieses Fachgebietes in der DDR mit. Er wurde Mitglied der Sektion DDR der Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen (AO).

1986 erhielt er die *Facultas docendi*, 1990 folgte die Ernennung zum Privatdozenten.

Nach der Wende konnten die bestehenden Kontakte zu den Kollegen im gesamten deutschsprachigen Raum rasch intensiviert werden. Die verbesserten Möglichkeiten wurden rasch im Klinikalltag genutzt. Exemplarisch sei die Ablösung des Leziusnagels durch den Gammannagel als Implantat zur Versorgung der per trochantären Oberschenkelfrakturen genannt. Dieter Paul wurde aktives Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie und der Deutschen Sektion der AO International.

Dem Trend der Verselbstständigung der chirurgischen Abteilungen folgend entstand 1994 die Klinik für Unfall-, Wiederherstellungs- und Handchirurgie, zu deren Chefarzt Dieter Paul im Januar 1995 berufen wurde. Die Klinik leitete er bis zu seinem Abschied in den Ruhestand im Jahr 2000. Er übergab sie als „wohlbestelltes Feld“ an Herrn Prof. Dr. med. Felix Bonnaire.

Dieter Paul ist es zu verdanken, dass die Klinik einen fundierten Ruf weit über den Einzugsbereich des Dresdner Territoriums erlangt hat. Ihr Leistungsspektrum wurde unter seiner Leitung von der Osteosynthese der Gliedmaßen u. a. auf die der Wirbelsäulen – und Beckenverletzungen sowie auf die prothetische Versorgung des Hüft- und Schultergelenkes erweitert. Seit ca. 1970 etablierte sich eine leistungsfähige Handchirurgie, später die Neurotraumatologie. Auch kurz vor seiner Pensionierung war Dieter Paul stets Innovationen und neuen Trends in der operativen Unfallchirurgie offen gegenüber eingestellt.

Als Beleg für die fachliche Kompetenz von Herrn Priv.-Doz. Dr. med. habil. Dieter Paul mag die Weiterbildungsermächtigung der Klinik für die Subspezialisierung Traumatologie genannt sein. Weiterhin war er Prüfungsvorsitzender für dieses Fachgebiet bei der Sächsischen Landesärztekammer. Viele Veröffentlichungen, Vorträge und Tagungsveranstaltungen zeugen von seiner wissenschaftlichen Tätigkeit. Er war und ist weiterhin für mehrere Institutionen als sachverständiger Gutachter gefragt, so für die Berufsgenossenschaften, Unfallversicherungen, für Sozialgerichte, für die Schlichtungsstellen der Sächsischen und anderen Landesärztekammern. Regelmäßig besuchte er seit seiner Pensionierung die Jahrestagungen der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie.

Hierdurch hat er sich die Verbindung zum Fachgebiet erhalten.

Nicht zuletzt durch die Loyalität seines Leitungsstils war Dieter Paul bei seinen Mitarbeitern stets geachtet. Seine humanistische, freundliche Art ist allen noch gut in Erinnerung.

Wir wünschen Dieter Paul, dass er sich auch weiterhin bei bester Gesundheit gemeinsam mit seiner lieben Gattin allen Möglichkeiten einer erlebnisreichen Nachberufszeit widmen kann – den fachlichen Kontakten zu den unfallchirurgischen Kollegen, den Reisen durch das Land, den Stunden mit den Enkeln und nicht zuletzt der klassischen Musik – sei es am Klavier oder im Konzert.

Dr. med. Thomas Hohaus
(in Vertretung aller Mitarbeiter der Klinik für
Unfall-, Wiederherstellungs- und Handchirurgie
des Krankenhauses Dresden-Friedrichstadt)

Prof. Dr. med. habil. Hans-Egbert Schröder zum 65. Geburtstag



Am 13. Mai 2005 wird Prof. Dr. med. habil. Hans-Egbert Schröder 65 Jahre.

Das ist Anlass genug zu verweilen, sich rückschauend zu besinnen, zu werten und zu würdigen!

Prof. Schröder wurde in Dresden geboren und besuchte hier die Grund- und Oberschule. Er erkämpfte sich sein Studium in Berlin und Dresden und hat nach „Bewährung in der Praxis“ – wie das damals hieß – von 1961 bis 1967 Medizin studiert. 1969 promovierte er zum Dr. med. mit dem Thema „Untersuchungen über die Verwendbarkeit des Bromelintestes zur Erkennung von immunhämolytischen Komplikationen durch inkomplette Wärmeauto-Antikörper an einem ausgewählten internen Krankengut“. 1973 erhielt er die Facharztanerkennung für Innere Medizin und 1977 die Subspezialisierung Nephrologie, und es wurde die *Facultas docendi* für das Fachgebiet Innere Medizin erteilt. Nach 9 Jahren klinischer Tätigkeit als Stations- und Dialysearzt erfolgte 1976 seine Ernennung zum Oberarzt und stellvertretenden Leiter der Abteilung Innere Medizin der Hochschulpoliklinik. 1983 habilitierte er mit grundlegenden Untersuchungen zum Gichtsyndrom. Im Jahre 1984 übernahm er die Leitung der Abteilung Innere Medizin der Zentralen Hochschulpoliklinik der Medizinischen Akademie in Dresden.

1986 erfolgte die Berufung zum Hochschuldozenten und 1989 zum außerordentlichen Professor für Innere Medizin an der Medizinischen Akademie Carl Gustav Carus. Schon immer engagierte er sich für die spezialisierte

Betreuung von Patienten des rheumatischen Formenkreises und übernahm deshalb 1990 zusätzlich die Rheumaambulanz Dresden-Klotzsche. Seit 1990 oblagen ihm auch die Verpflichtungen der Abteilung Allgemeinmedizin. Hier hat H.-E. Schröder mit der Einrichtung der Vorlesungsreihe „Leitsymptome“ für dieses Fachgebiet Maßstäbe gesetzt.

Nach der Wende war der stets parteilose Hans-Egbert Schröder einer der ersten, der sich ehrenamtlich um die ärztliche Standespolitik große Verdienste erworben hat. Im „Unabhängigen Verband der Ärzte und Zahnärzte Sachsens“ – des unmittelbaren Vorläufers der Sächsischen Landesärztekammer – war er einer der Gründungsväter, und so blieb es nicht aus, dass er zum 2. Präsidenten des NAV-Virchow-Bundes und in wichtige Kammerfunktionen gewählt wurde. Von 1991 bis 1999 war er Vorsitzender des Ausschusses Ambulante Versorgung sowie Mandatsträger der Kammerversammlung von 1995 bis 1999. Seit 1991 ist Prof. Schröder Prüfer in der Facharztprüfungskommission „Innere Medizin“.

1991 wurde Hans-Egbert Schröder zum Ärztlichen Direktor der Medizinischen Akademie Carl Gustav Carus berufen und hat auch dort uneigennützig Gründungsarbeit geleistet.

In dieser Umbruchzeit gehörten Mut, klare Ziele, Durchsetzungsvermögen und Standhaftigkeit zu den Tugenden, die notwendig waren, diese Aufgaben ins Werk zu setzen. Die bedeutendste Leistung lag dabei in dem Umstand, dass Prof. Schröder die Potenzen der Medizinischen Akademie Dresden wohl einzuschätzen verstand und die Basis für eine neue wissenschaftlich attraktive medizinische Fakultät mit schuf. Von besonderer Bedeutung war dabei die kooperative Atmosphäre, die sich unter seiner Leitung als Ärztlicher Direktor entwickelte.

1992 wurde H.-E. Schröder zum Professor für Innere Medizin/Rheumatologie berufen. Mit der Gründung der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden im Oktober 1993 wurde die Klinik für Innere Medizin in drei Kliniken aufgeteilt. Seitdem stand Prof. Schröder der Medizinischen Klinik und Poliklinik III als Klinikdirektor vor. In seiner Klinik erfolgte die Zusammenfassung der Teilbereiche Rheumatologie, Endokrinologie/Stoffwechsel, Nephrologie und Hämodialyse, Pathobiochemie, Notaufnahme sowie der Medizinischen Poliklinik. Insbesondere gelang es unter seiner Federführung, die Reste des ehemaligen Institutes für Rheumatologie der DDR der Univer-

sität anzugliedern und diese sowohl für die Krankenversorgung als auch für die Forschung zu nutzen. Damit konnte eine wichtige Traditionslinie der Inneren Medizin in Dresden erhalten und ausgebaut werden.

Man kann mit Fug und Recht sagen, dass Hans-Egbert Schröder der legitime Spross und Erbe seiner klinischen Lehrer Prof. Heidelmann und Prof. Thiele war, die mit dem „Gicht-Syndrom“ ein wichtiges Paradigma der klinischen Medizin schufen. Folgerichtig befassten sich viele Arbeiten aus seiner Feder mit der Genetik, Epidemiologie, Differentialdiagnostik und -therapie von Hyperurikämie und Gicht. Sein wissenschaftliches Werk umfasst 13 Monographien, 163 Publikationen und über 260 wichtige Beiträge auf medizinischen Kongressen. 1984 erhielt Prof. Schröder den Rudolf-Virchow-Preis für seine Arbeiten zur Differentialdiagnostik und -therapie von Purinstoffwechselstörungen.

Ganz ausdrücklich wurde durch den Kunstliebhaber Hans-Egbert Schröder die Begegnung der Künste in unserem Hause möglich gemacht und gefördert. Er steht unter anderem als 1. Vorsitzender dem Neuen Sächsischen Kunstverein e.V. vor, der aus Tradition der Kunstförderung aus dem Sächsischen Kunstverein hervorging und so berühmte ehemalige Vorsitzende und Ehrenmitglieder wie J. G. v. Quandt, J. W. v. Goethe und Carl Gustav Carus vorzuweisen hat. Hier spannt sich symbolträchtig der historische Bogen bis zur Gegenwart und vereint Kunst und Wissenschaft aufs Bemerkenswerteste.

Prof. Hans-Egbert Schröder scheidet mit dem Eintritt in das Rentenalter aus dem aktiven Klinikdienst aus. Wir verabschieden uns von einem Arztkollegen, Hochschullehrer und Freund, der seine ganze Kraft, seine Lebens- und Berufserfahrung in unser Klinikum investierte und 38 Jahre ärztliche Tätigkeit in Sachsen begleitet und mitgestaltet hat.

Die Medizinische Klinik und Poliklinik III am Universitätsklinikum sowie der Vorstand und die Geschäftsführung der Sächsischen Landesärztekammer sind Herrn Professor Schröder zu großem Dank verpflichtet.

Mit der Hermann-Hesse-Gedichtszeile „Und jedem Anfang wohnt ein Zauber inne...“ wünschen wir für den künftigen Lebensabschnitt ohne berufliche Bürden von ganzem Herzen Gesundheit, Schaffenskraft, Wohlergehen und Zeit für seine schönsten Hobbys.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze

Dr. med. Jürgen Ulrich zum 65. Geburtstag



Für den Chefarzt und Leiter der MEDICA-Klinik für ambulante Rehabilitation und Sportmedizin Leipzig, Dr. med. Jürgen Ulrich, gehören Medizin und Sport beruflich wie privat eng zusammen.

Am 16. April 1940 in Stettin geboren, verbrachte er Kindheit und Schulzeit in Eisenberg/Thüringen. Es folgten Medizinstudium an der Karl-Marx-Universität Leipzig, 1966 Staatsexamen und Promotion zum Dr. med. 1967 begann er mit der Ausbildung zum Facharzt für Sportmedizin unter Prof. Dr. Manfred Paerisch und Prof. Dr. Kurt Tittel am neu errichteten Institut für Sportmedizin in Leipzig, die er 1972 erfolgreich abschloss. Ab 1976 war Ulrich beim Sportmedizinischen

Dienst Leipzig als Leiter einer sportärztlichen Beratungsstelle tätig und widmete sich insbesondere der orthopädisch-traumatologischen Betreuung des Kinder- und Jugendsports.

Die Wende 1989 brachte auch für Dr. Ulrich eine berufliche Neuorientierung. Er erwarb 1994 den zweiten Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation. Mit Unterstützung der Stadt baute er ein ambulantes Rehabilitationszentrum mit sieben Mitarbeitern in Leipzig auf. Diese Einrichtung wurde vom BAVARIA-Klinikverbund übernommen und nach Umzug und struktureller Erweiterung 1994 in der Riesaer Straße neu eröffnet. 1995 erfolgte auf Anregung von Dr. Ulrich die Gründung des Instituts für Sportmedizin an der BAVARIA-Klinik Leipzig. Damit wurden erstmals nach der Wende wieder Möglichkeiten zu praktisch sportmedizinischer Arbeit und Weiterbildung geschaffen.

1997 gründete er nach dem Konkurs der ambulanten BAVARIA-Einrichtungen die MEDICA-Klinik für ambulante Rehabilitation und Sportmedizin, die jetzt mit 96 Mitarbeitern, davon neun Ärzten in den Indikationsbereichen Orthopädie/Traumatologie, Herz-Kreislauf, Onkologie tätig ist und weit über die Grenzen Sachsens bekannt wurde. Darüber sind nun Jahre voller ideenreicher und zielstrebigem Aufbauarbeit vergangen. Es verwundert somit nicht, dass sich Institutionen um seine Mitarbeit bemühen: Die Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation, deren Bereich Präventivmedizin er in der Bundesärztekammer vertritt, der Berufsverband der in der Rehabilitation tätigen Ärzte für den Arbeitskreis ambulante Rehabi-

litation. Seit 1998 hat Dr. Ulrich den Vorsitz des Leipziger Förderkreises Gesundheit und Behindertensport e.V. inne.

Die zweite Säule seines Lebens ist der Sport. Vor und während seiner medizinischen Ausbildungszeit war Dr. Ulrich aktiver Spitzensportler, DDR-Meister im Hochsprung und Mitglied der Nationalmannschaft Leichtathletik. Er fungierte als Verbandsarzt für Sprung/Mehrkampf in der Leichtathletik. Stets hat er sich für die Förderung der Sportmedizin eingesetzt. Die Gründung des Sportmedizinischen Leistungsverbundes zur effektiveren sportmedizinischen Betreuung von Spitzensportlern, in dem die Klinik für Unfallchirurgie der Universität Leipzig, das Institut für Angewandte Trainingswissenschaft, die MEDICA-Klinik, das Notfallzentrum und der OSP Leipzig integriert sind, ist in Sachsen einmalig. Ebenso sind die seit 1995 periodisch stattfindenden sportmedizinischen Kurse der MEDICA-Klinik in Zusammenarbeit mit dem Sächsischen Sportärztebund weit bekannt und anerkannt. Sein Organisationsgeschick und die Fähigkeit, Mitarbeiter zu motivieren, sind phänomenal. Sein Arbeitsstil ist geprägt durch Sachlichkeit und Ausdauer sowie strenge Konsequenz. Zur Vollendung Deines 65. Geburtstages gratulieren wir Dir auf das Herzlichste und wünschen Dir weitere Jahre erfolgreichen Schaffens für Deine Klinik und den Sport. Mögen Dir die Freude an Malerei, Geselligkeit und Dein Skating-Training noch lange Vitalität sichern.

Dr. med. Peter Schenderlein
Sächsischer Sportärztebund e.V.

Unsere Jubilare im Juni

Wir gratulieren

01. 06.	60 Jahre Drephal, Gertraud 04178 Leipzig	11. 06.	Dr. med. Lindner, Dagmar 04103 Leipzig	18. 06.	Dr. med. Schreiber, Elke 01219 Dresden
01. 06.	Hantschel, Peter 08289 Schneeberg	12. 06.	Kuhles, Margit 01723 Kesselsdorf	19. 06.	Dr. med. Kühn, Hans-Dieter 02763 Zittau
05. 06.	Dr. med. Dzuck, Monika 01187 Dresden	13. 06.	Dr. med. Engelmann, Jörg 01558 Großenhain	20. 06.	Dr. med. Burgkhardt, Michael 04299 Leipzig
05. 06.	Dr. med. Eichner, Jochen 01689 Niederau	13. 06.	Dr. med. Telle, Monika 04779 Wernsdorf	23. 06.	Dr. med. Siegel, Günter 08645 Bad Elster
06. 06.	Dr. med. Hausmann, Ferdinand 04209 Leipzig	15. 06.	Dr. med. Kretschmar, Michael 04229 Leipzig	25. 06.	Dr. med. Wuckel, Christine 04105 Leipzig
07. 06.	Meissner, Annemarie 01640 Coswig	16. 06.	Dr. med. Kurt, Edeltraud 01129 Dresden	27. 06.	Dr. med. Winter, Ilse 04552 Lobstädt
10. 06.	Malinowski, Klaus 08280 Aue	17. 06.	Dr. med. Lenk, Frieder 08321 Zschorlau	28. 06.	Dr. med. Böhm, Wolf-Diether 01307 Dresden

30. 06.	Dipl.-Med. Diestel, Gudrun 04416 Markkleeberg	03. 06.	Dr. med. Steffenhagen, Doris 04277 Leipzig	30. 06.	Reuther, Erika 02977 Hoyerswerda
30. 06.	Dr. med. Fischer, Christian 04758 Oschatz	04. 06.	Dr. med. Markert, Wolfgang 09125 Chemnitz		
	65 Jahre	04. 06.	Dr. med. Zboron, Margitta 04103 Leipzig	01. 06.	Dr. med. Burkhardt, Volkmar 09122 Chemnitz
03. 06.	Dr. med. Seeliger, Marianne 01558 Großenhain	05. 06.	Möckel, Gottfried 08485 Lengenfeld	10. 06.	Dr. med. Böttrich, Heinz 09127 Chemnitz
04. 06.	Dr. med. Willkommen, Hein 01833 Dürrröhrsdorf	07. 06.	Popella, Günther 02681 Kirschau	14. 06.	Dr. med. Drogula, Karl-Heinz 04720 Döbeln
05. 06.	Breitmann, Peter 01109 Dresden	08. 06.	Dr. med. Jentsch, Manfred 04736 Waldheim	17. 06.	Dr. med. Eggert, Martina 08645 Bad Elster
05. 06.	Dr. med. Roesner, Reiner 08064 Zwickau	09. 06.	Doz. Dr. med. habil. Welt, Klaus 04288 Leipzig	17. 06.	Dr. med. Wolff, Ludwig 01129 Dresden
06. 06.	Dr. med. Hensel, Jürgen 01462 Niederwartha	11. 06.	Philipp, Hildegard 02827 Görlitz		81 Jahre
06. 06.	Dr. med. Janke, Ingrid 04509 Delitzsch	12. 06.	Dr. med. Pohl, Dietmar 04758 Oschatz	03. 06.	Dr. med. Geyer, Eva 09244 Lichtenau b. Chemnitz
07. 06.	Dr. med. Wingerter, Gudrun 04416 Markkleeberg	12. 06.	Dr. med. Schmidt, Hella 01705 Freital	08. 06.	Dr. med. Mederacke, Frank-Dietmar 01662 Meißen
08. 06.	Dr. med. Aurich, Helga 08280 Aue	14. 06.	Prof. Dr. med. habil. Leonhardt, Peter 04177 Leipzig	10. 06.	Prof. Dr. med. Kaufmann, Herbert Joseph 01762 Ammeldorf
09. 06.	Eberth, Herta 02977 Hoyerswerda	15. 06.	Prof. Dr. med. habil. Dettmar, Peter 01187 Dresden	25. 06.	Dr. med. Kirsch, Marija 09526 Olbernhau
09. 06.	Dr. med. Melzweg, Peter 04347 Leipzig	15. 06.	Dr. med. Kretschmar, Gerlinde 01099 Dresden	25. 06.	Dr. med. Meyer-Nitzschke, Rosemarie 04552 Borna
10. 06.	Dr. med. Albert, Monika 04299 Leipzig	17. 06.	Dr. med. Franke, Rosemarie 01662 Meißen		82 Jahre
10. 06.	Dr. med. Kluge, Dagmar 09127 Chemnitz	18. 06.	Dr. med. Silbernagl, Brigitte 01069 Dresden	24. 06.	Dr. med. Müller, Sigrid 01705 Freital
11. 06.	Dr. med. Wolf, Rosemarie 08529 Plauen	20. 06.	Dr. med. Gierth, Renate 09116 Chemnitz		83 Jahre
12. 06.	Dr. med. Becker, Frank 04565 Regis-Breitungen	21. 06.	Dr. med. von Schmude, Bodo 08064 Zwickau	17. 06.	Prof. Dr. med. habil. Lorenz, Wolfgang 08451 Crimmitschau
12. 06.	Dr. med. habil. Petter, Oswald 04860 Torgau	23. 06.	Dr. med. Kulpe, Marianne 01217 Dresden		85 Jahre
12. 06.	Dr. med. Werner, Jutta 04277 Leipzig	23. 06.	Dr. med. Voigt, Christian 08228 Rodewisch	12. 06.	Dr. med. Scholze, Siegfried 01877 Bischofswerda
13. 06.	Dr. med. Ebert, Konrad 01796 Pirna	24. 06.	Dr. med. Soballa, Klaus 09212 Limbach-Oberfrohna	20. 06.	Prof. Dr. med. habil. Trenckmann, Heinz 04299 Leipzig
13. 06.	Dr. med. Liebe, Lissi 01796 Pirna	27. 06.	Schubert, Marlene 08525 Plauen		86 Jahre
14. 06.	Dr. med. Sauerzapfe, Ursula 04769 Mügeln		75 Jahre	24. 06.	Dr. med. Ochernal, Annaliese 01309 Dresden
15. 06.	Dr. med. Egermann, Frieder 02977 Hoyerswerda	13. 06.	Dr. med. Schäfer, Eva 04109 Leipzig		87 Jahre
15. 06.	Dr. med. Lang, Herbert 08525 Plauen	18. 06.	Dr. med. Krämer, Christa 04229 Leipzig	03. 06.	Dr. med. Schreckenbach, Gerhard 04552 Borna
21. 06.	Dr. med. Bormann, Corry 08058 Zwickau	21. 06.	Antonow, Emanuil 09618 Langenau	27. 06.	Dr. med. Pongratz, Gudrun 01689 Weinböhla
23. 06.	Dr. med. Mehlhorn, Jons 04420 Göhrenz	21. 06.	Prof. Dr. med. habil. Klingberg, Fritz 04651 Bad Lausick	29. 06.	Dr. med. Sobotzick, Ernst 08060 Zwickau
25. 06.	Dr. med. Schliebe, Volker 04720 Döbeln	22. 06.	Dr. med. Rausch, Brigitte 01157 Dresden		89 Jahre
26. 06.	Dipl.-Med. Seifart, Ingeborg 04828 Altenbach	25. 06.	Dr. med. Güttler, Manfred 09212 Limbach-Oberfrohna	27. 06.	Dr. med. Chudoba, Erhard 09599 Freiberg
27. 06.	Dr. med. Müller, Georg 04874 Belgern	25. 06.	Dr. med. Rehnig, Rosemarie 04275 Leipzig		90 Jahre
30. 06.	Dr. med. Hoepffner, Christine 04155 Leipzig	26. 06.	Dr. med. Regenhardt, Claus 01589 Riesa	20. 06.	Dr. med. Parisius, Ullrich 04860 Torgau
01. 06.	70 Jahre Voigt, Waltraut 01237 Dresden	28. 06.	Prof. Dr. sc. med. Schmidt, Paul-Karl-Heinz 01187 Dresden		

Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Wolfgang Dorschner

* 17. 7. 1942

† 13. 3. 2005



Am 13. März verstarb nach schwerer Krankheit im Alter von 62 Jahren Prof. Dr. med. habil. Wolfgang Dorschner, Direktor der Klinik und Poliklinik für Urologie am Universitätsklinikum Leipzig. Mit seinem auf die Förderung des wissenschaftlichen und ärztlichen Nachwuchses ausgerichteten Führungsstil konnte sich seine Klinik über die Landesgrenzen hinaus zu einem Zentrum für innovative Operationstechniken von internationalem Format entwickeln.

1942 in den Sudeten geboren, ging Wolfgang Dorschner in Penig und Rochlitz zur Schule, studierte Humanmedizin in Leipzig und erhielt 1969 seine Approbation als Arzt. Nach seiner Promotion mit Summa cum laude im Jahre 1970 verschrieb er sich der Wissenschaft. Sein Hauptinteresse lag in der Aufklärung der Anatomie des unteren Harntraktes, deren Beschreibung in den einschlägigen Lehrbüchern er als unvollständig und zum großen Teil falsch erkannt hatte. Die Habilitationsschrift von 1984 fasste seine Forschungsergebnisse zusammen und legte den Grundstein für weitere anatomi-

sche und physiologische Studien zur Funktion des unteren Harntraktes. Als besonderes Verdienst muss hervorgehoben werden, dass er als erster die strukturelle Eigenständigkeit des Verschlussapparates der Harnblase und der Urethra nachwies und damit die Theorie zur Kontinenzfunktion sowie zur Miktion neu zur Diskussion stellte. Die Erstbeschreibung des Verlaufs der ventralen und dorsalen Längsmuskulatur der Harnröhre, des Musculus dilatator urethrae respektive des Musculus ejaculatorius, eröffnete neue Aspekte in der Physiologie der Miktion und des Mechanismus der Ejakulation. Beide Themen sind auch heute noch Gegenstand aktueller Forschungsarbeiten.

Seine klinischen Forschungsinteressen galten der Entwicklung und Weiterentwicklung diagnostischer Methoden, wie zum Beispiel der Urodynamik zur Beurteilung von Blasenentleerungsstörungen. Die Erarbeitung neuer Operationsmethoden zum Beispiel der ventralen Inzision des Blasenhalbes bei männlichen Patienten mit obstruktiven Beschwerden und die Erkenntnis, dass die Schonung des externen urethralen Sphinkters zur Gewährleistung der Harnkontinenz nach radikalen Prostataoperationen essentiell ist, folgte direkt aus diesen anatomischen Forschungsergebnissen. Die enge Zusammenarbeit mit der pharmazeutischen Industrie trug ihre Früchte in der erfolgreichen Etablierung eines Anticholinergikums, für das wesentliche Studien an der Klinik für Urologie unter seiner Leitung durchgeführt wurden.

Schon bald nach der Anerkennung als Facharzt im Jahre 1974 leitete er zehn Jahre eine Station der Klinik bevor er 1984 zum stellvertretenden Klinikdirektor ernannt wurde. 1992/93 übernahm er während einer längeren Erkrankung seines von ihm verehrten Chefs Professor Ferdinand Dieterich zunächst kommissarisch das Direktorat. Nach seiner Ernennung zum Universitätsprofessor für Urologie 1997 erfolgte im gleichen Jahr die Bestellung zum Direktor.

Als Klinikdirektor und ordentlicher Professor richtete er mit umfangreichen Mitteln aus der Industrie und großem persönlichen Engagement ein Forschungslabor in der urologischen Klinik ein, das die Ausweitung der Studien auf die Physiologie der glatten Muskelzellen des unteren Harntraktes mit modernsten zellbiologischen Methoden ermöglichte.

Seine zahlreichen Publikationen, Ehrungen und Preise zeugen von seiner Anerkennung in Fachkreisen. So erhielt er 1988 für die Entdeckung mehrerer muskulärer Strukturen im unteren Harntrakt den Johannes-Müller-Preis der Gesellschaft für Experimentelle Medizin der DDR, 1991 für seine neue Theorie der Kontinenz und Miktion den Kabi-Pharmacia-Fresenius-Preis und 1999 für seine ausgezeichnete wissenschaftliche Arbeit auf dem Gebiet der physiologischen Untersuchungen an kultivierten Zellen den Pharmacia-Upjohn-Preis – beide vom FORUM URODYNAMICUM e.V.

Seine Ideen verfolgte Professor Dorschner konsequent und mit unbeirrbarer Ausdauer. In der wissenschaftlichen Diskussion zeichnete er sich durch Kompetenz und streitbare Argumentation aus. Besondere Wertschätzung erlangte er als Präsident der Sächsischen und Südostdeutschen Gesellschaft für Urologie. Die bereits erwähnte Unterstützung des Nachwuchses fand seinen Niederschlag auch in Vereinen zur Förderung der urologischen Forschung, die von ihm begründet wurden.

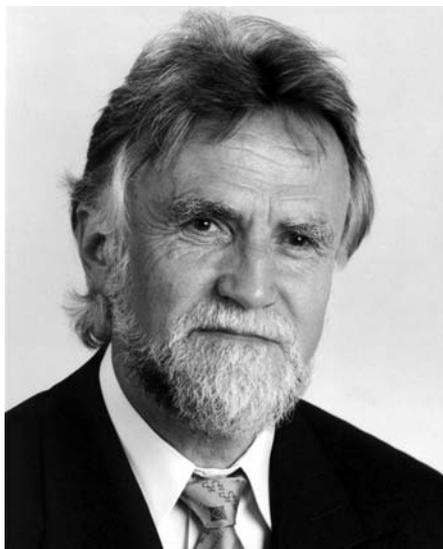
Unser besonderes Mitgefühl gilt seiner Ehefrau Susanne und seinen Söhnen Lars und Adrian, die häufig genug auf ihren Mann und Vater verzichten mussten. Wir werden das Andenken Prof. Wolfgang Dorschners stets in Ehren halten.

Priv.- Doz. Dr. med. habil. Jens-Uwe Stolzenburg
OA Dr. med. Frank Reinhard

Nachruf für Prof. Dr. Dr. h. c. Volker Bigl

* 13. 2. 1942

† 24. 3. 2005



Die Universität trauert um Volker Bigl, ihren Rektor der Jahre 1997 bis 2003. Am 24. März 2005 war Prof. Dr. Dr. h. c. Volker Bigl nach schwerer Krankheit im Alter von 63 Jahren verstorben. Mit seinem aufopferungsvollen Wirken hat er wesentlich dazu beigetragen, dass die Universität Leipzig den Weg in die Gruppe der angesehenen deutschen Universitäten erfolgreich fortgesetzt hat.

Mit Professor Bigl hat die Universität nicht nur einen herausragenden Wissenschaftler, sondern auch einen vorbildlichen und mutigen Streiter für die akademische Selbstverwaltung verloren. Uns allen stehen die fast sechs Jahre seines Rektorats noch lebhaft vor Augen, und viele von uns verbindet aus dieser Zeit die Erinnerung an ganz besondere Begegnungen, die uns sein verbindliches und zurückhaltendes, aber auch zielstrebiges und pflichtbewusstes Wesen näher bringt. So hat er auf ganz eigene Weise dem Amt des Rektors Würde und Glanz verliehen.

Über 40 Jahre war sein Lebensweg mit der Universität Leipzig eng verbunden. Aus dem Medizin-Studenten Volker Bigl wurde ein international renommierter Hirnforscher, Ehrendoktor der Ohio University in Athens, USA, Ehrenprofessor der Universität San Marcos in Lima, Peru. Er war Mitglied in zahlreichen nationalen und internationalen Fachgesellschaften seines Fachgebietes und als Gutachter der Deutschen Forschungsgemeinschaft, des Bundesministeriums für Bildung und Forschung sowie mehrerer Fachzeitschriften tätig. 1992 zum Professor für Neurochemie berufen, war er seit

1993 Direktor des Paul-Flechsigs-Instituts für Hirnforschung. Sein Hauptforschungsgebiet war mit neurobiologischen Aspekten des menschlichen Alterns und des geistigen Leistungsvermögens zu umreißen. In den Jahren nach dem politischen Umbruch und als Dekan der Medizinischen Fakultät von 1995 bis 1997 beteiligte er sich aktiv an deren Neuaufbau, insbesondere bei der Etablierung und Leitung von neuen Forschungsstrukturen. Von 1997 bis 2003 übte er das Amt des Rektors aus – als Primus inter pares, der die Anerkennung, Achtung, ja Zuneigung der Kollegen, Mitarbeiter, Doktoranden und nicht zuletzt der Studierenden, die ihn tief verehrten, besaß. In dieser Rektoratszeit ist der Name Volker Bigls mit der Neubelebung der alten Idee der Universitas litterarum verbunden, die den Erhalt der großen Fächervielfalt ebenso einschloss wie die Förderung neuer innovativer Entwicklungen in den angewandten Naturwissenschaften, nicht zuletzt von Biomedizin und Biotechnologie. In seiner Amtszeit fand die Universität nach ausgiebiger Diskussion zu ihrem Leitbild, das auch das Biglsche Selbstverständnis von der Alma mater Lipsiensis auf den Punkt brachte: „Aus Tradition Grenzen überschreiten“. Sein Engagement galt auch dem Ausbau der Internationalisierung der Universität und insgesamt ihrer weiteren Öffnung nach außen. Sein Credo war, in der Welt von heute, wie er sagte, „die Universität als verwirklichte Gemeinschaft der Lehrenden und Lernenden über ihren Ausbildungsauftrag hinaus wieder zur Stätte der geistigen Auseinandersetzung mit den Fragen der Zeit“ zu machen. In engem Zusammenhang damit stand auch sein erfolgreiches Bemühen um eine echte Partnerschaft von Universität und Stadt Leipzig. Das sachdienliche, ja freundschaftliche Zusammenwirken von Oberbürgermeister und Rektor ist beiden Seiten zugute gekommen.

Von Dezember 2000 bis März 2003 übte Professor Bigl den Vorsitz in der sächsischen Landeshochschulkonferenz aus, in der er durch seine Souveränität, seinen akademischen Anspruch, die Verlässlichkeit seines Wortes und die natürliche Würde, mit der er die Interessen aller Hochschulen selbstbewusst vertrat, die Wertschätzung seiner Amtskollegen gewann. Am 30. Januar 2003 war er vom Amt des Rektors der Universität Leipzig zurückgetreten, weil die Sächsische Staatsregierung die gemeinsam vereinbarten Grundsätze über die Errichtung des Neubaus des innerstädtischen Campus einseitig aufgegeben hatte. Dieser Schritt

hat in der Öffentlichkeit nicht nur große Aufmerksamkeit, sondern einen starken Zuspruch erfahren, weil er zu Recht als ein Zeichen für die politische Kultur in unserem Lande und die Bewahrung von Glaubwürdigkeit und Integrität gewertet wurde. „Sie haben deutlich gemacht“, sagte ich damals zur Verabschiedung von Professor Bigl, „dass Sie die Werte, die Ihnen wichtig sind, nicht als eine hohle Phrase verstehen, sondern als handlungsorientierende Maxime.“

Bei aller Verbindlichkeit und Freundlichkeit – Volker Bigl konnte ein hartnäckiger, durchaus unbequemer Mann sein, wenn er falsche Weichenstellungen auf der Landesebene, Stichwort Stellenreduzierungen, oder Zögerlichkeiten in der Universität selbst bei notwendigen Schwerpunktbildungen und Umstrukturierungen nicht hinnehmen wollte. So hat er sich immer wieder auseinandergesetzt mit der Diskrepanz zwischen den von der Politik geäußerten theoretischen Einsichten – Bildung und Ausbildung sind das Kapital der kommenden Wissensgesellschaft – und ihrem praktischen Handeln; sprich der Kürzung von Mitteln und Personal für die Hochschulen. Aber er beließ es nicht bei der Kritik, sondern richtete zugleich an die Adresse der eigenen Universität die Botschaft, dass sie ihre Wettbewerbsfähigkeit nur erhalten könne, wenn sie den schweren Schritt geht, neben Prioritäten auch Posterioritäten zu setzen. „Wir sollten uns alle im Klaren sein, dass eine Profilbildung sich notwendigerweise auch in einer Um- oder Neuverteilung der verfügbaren Ressourcen innerhalb und zwischen den Fakultäten und Einrichtungen widerspiegeln muss“, betonte er auf dem Konzil 2001.

Wer Prof. Bigl „im Dienst“ erlebt hat, wird vor allem seine Analysefähigkeit, sein Vorwärtsdrängen, sein Variieren zwischen Geduld und Ungeduld in der Diskussion zu schätzen gewusst haben. Nicht wenige Kolleginnen und Kollegen haben aber auch den liebenswerten, unpräzisen Menschen Volker Bigl kennen gelernt, der in der Leipziger Professorenmannschaft Fußball spielte oder mit den Mitarbeitern des Rektorats wanderte, Rad fuhr oder kegelte ging.

Zu Jahresbeginn 2004 wurde Volker Bigl in das Amt des Präsidenten der Sächsischen Akademie der Wissenschaften zu Leipzig gewählt, das er aber noch im gleichen Jahr wegen seiner Erkrankung aufgeben musste.

Prof. Dr. jur. Franz Häuser
Rektor der Universität Leipzig

Gunter Herrmann Malerei und Grafik

Ausstellung

Der in Bitterfeld Gebürtige (Jahrgang 1938), seit Jahrzehnten in Radebeul ansässig, begann seinen Weg mit einem Praktikum im Malsaal der Landesbühnen. Zwischen Löbnitzstadt und Dresden liegen auch die Wurzeln für künstlerisch prägende, langwährende Verbindungen – zu Karl Kröner, Theodor Rosenhauer und Paul Wilhelm. An der Hochschule für Bildende Künste Dresden hielt es ihn dagegen nur drei Jahre. Seit 1961 freischaffend und seit 1964 auch restauratorisch tätig, ging der Künstler unbeirrt seinen Weg, eher ein wenig abseits von den Stürmen der Auseinandersetzungen in Dresden und darüber hinaus.

In gegenstandsbezogenen, mehr oder weniger abstrahierten Arbeiten widmet er sich vor allem der in ihrem Bestand bedrohten Landschaft. Auch auf Darstellungen von Menschen, vor allem jenen, die ihm nahe stehen, trifft man. Anregungen für seine mal erdig-dunklen, mal lichtflirrenden Landschaftsbilder bieten ihm das



Lebenslinien III

2003

heimische Radebeul, die Sächsische Schweiz, die durchwühlte Erde der Tagebaue, das den

Naturkräften ausgesetzte Rügen. Später kamen die historischen Landschaften Italiens und der griechischen Inseln dazu. Das Werk Gunter Herrmanns umfasst Malerei, Zeichnungen, Grafik ganz unterschiedlicher Spielarten sowie Objektbilder. Auffällig ist die große Experimentierfreude des Künstlers, der häufig den Sand der vorgefundenen Landschaft in seine Farben mischt. Und auch in seinen grafischen Arbeiten von A wie Algrafie bis V wie Vernis mou spielt die Sandreservage eine große Rolle.

Dr. Ingrid Koch, Dresden

Ausstellung im Foyer und in der 4. Etage der Sächsischen Landesärztekammer, 25. Mai bis 17. Juli 2005, Montag bis Freitag: 9 bis 18 Uhr, Vernissage: Donnerstag, 26. Mai 2005, 19.30 Uhr

»Sie müssen unternehmerischer denken!«

„Hallo Dr. Redlich!“ Der Allgemeinarzt wendet seinen Kopf, ohne seinen schnellen Gang zu unterbrechen. Er hat nicht viel Zeit, denn in acht Minuten beginnt der neue Abrechnungskurs. Und wenn er den nicht endlich besucht, kann er seine Praxis schließen. Wer soll sich denn bei der neuen EBM noch auskennen? „Hallo!“ hallt es von der gegenüberliegenden Straßenseite. Dr. Redlich schaut erschrocken. Drüben winkt Silbermann, der Unternehmensberater, den er in seinem Club öfter traf, als er noch mehr Zeit hatte.

Silbermann läuft ungeniert über die befahrene Straße und ruft, noch außer Atem: „Man sieht Sie ja gar nicht mehr? Zu beschäftigt?“ Der Mediziner schaut auf die Uhr und kalkuliert: noch sieben Minuten, etwa 300 Meter zu gehen, dann den Lift in den 5. Stock. „Ich muss leider zu einer Veranstaltung“, sagt er, während er sein Tempo verschärft, in der Hoffnung, der etwas korpulente Silbermann werde gleich aufgeben. Doch der Unternehmensberater hält überraschend mit und fragt: „Wann sieht man Sie denn mal wieder? Sie wissen doch: jeden zweiten Donnerstag. Letztes Mal war es wirklich interessant.“ „Glaub ich gern, aber ich hab zu viel zu tun“, keucht der Arzt. „Gratulation!“, sagt Silbermann, „ich kenne nur Praxen, die überlegen, was sie noch für ihre Einrichtung kriegen, wenn sie

zumachen. Da scheinen Sie ja richtig Glück zu haben!“

„Nein, nein“, sagt der Mediziner und beschleunigt seinen Schritt „leider nicht! Die Patienten werden weniger, der Aufwand höher, die Honorare sinken!“ Silbermann blickt in Dr. Redlichs rat- und rastloses Gesicht: „Sie müssen unternehmerischer denken, mein Lieber! Von Humanität allein wird man nicht satt! Ich helfe Ihnen gern dabei. Wann haben Sie denn abends mal Zeit?“ Dr. Redlich will schon weitergehen, doch seine Höflichkeit gebietet ihm, seinen stets griffbereiten Terminkalender in die Hand zu nehmen. „Also, morgen der Kurs Medizin-Recherche im Internet, am Mittwoch das Referat zum Thema Qualitätsmanagement, muss man ja auch machen!“ „Sehr wichtig“, pflichtet ihm Silbermann bei. „Donnerstag bin ich mit Gaby im Telefonmanagement-Seminar. „Mit Gaby?“, fragt Silbermann. „Ja, meiner Sprechstundenhilfe. Die muss das jetzt in den Griff kriegen, sonst verbringe ich den Tag nur noch am Telefon.“ „Und nächste Woche?“, fragt Silbermann. Dr. Redlich schaut auf die Uhr. Im Stakkato sprudelt es nun aus ihm heraus: „Montag: Referat Impfmanagement. Dienstag: IGE Seminar. Mittwoch: KV-Sitzung. Donnerstag: Referat Patienten halten und gewinnen. Freitag: Medizinrecht ...“ Dr. Redlichs Handy

läutet. „Wer ist bitte dran? Frau Spindler? Ihr Mann verblutet? Was hat er denn? Mit dem Messer, beim Kartoffelschälen? Dann rufen Sie doch den Notarzt an, Telefon 112.“ „Aber das ist doch Wahnsinn, was Sie da machen!“, sagt Silbermann erregt. „Das gibt doch nur Sinn, wenn Sie zweihunderttausend Euro im Jahr verdienen. Wie viele Patienten haben Sie denn monatlich?“ Dr. Redlich überlegt. „Noch etwa 500 Scheine und rund 80 private“. „Um Himmels Willen“, ruft Silbermann, „da schließen Sie doch besser Ihre Praxis und setzen Ihre Kenntnisse anderweitig ein.“ „Habe ich auch schon überlegt, aber Pharmaindustrie kommt für mich nicht in Frage, Privatkliniken sind voller Angebote, Medizintechnik ist nicht mein Fach und fürs Labor bin ich eigentlich nicht geeignet ...“

„Gut so“, sagt Silbermann, „ich habe da nämlich eine ganz andere Idee.“ Dr. Redlichs Augen leuchten. „Und die wäre?“, fragt er vorsichtig. Silbermann setzt ein verschmitztes Lächeln auf: „Wir suchen für unsere Firma nämlich noch einen Arzt ...“ „Einen Arzt?“, fragt Dr. Redlich überrascht. „Wofür denn?“ „Na, ist doch klar“, lächelt Silbermann, „als Unternehmensberater!“

Klaus Britting