

# Ärzteblatt Sachsen



## Inhalt 6/2005

---

<b>Berufspolitik</b>	Sächsische Akzente vom 108. Deutschen Ärztetag	<b>244</b>
	Gespräche in Schulen: Auch ärztliche Senioren können Mittler und Botschafter sein	<b>248</b>
<b>Gesundheitspolitik</b>	Palliative medizinische Versorgung Schwerstkranker in der Klinik	<b>250</b>
<b>Mitteilungen der Geschäftsstelle</b>	Dr. med. Frank Härtel Suchtbeauftragter der Sächsischen Landesärztekammer	<b>255</b>
	Stellenausschreibung Ärztlicher Geschäftsführer	<b>255</b>
	Konzerte und Ausstellungen	<b>255</b>
<b>Mitteilungen der KVS</b>	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	<b>256</b>
<b>Originalie</b>	S. Michel, K. P. Günther, P. Joraschky, H. Reichmann, T. Koch Tagesklinische Therapie für chronische Schmerzpatienten	<b>257</b>
	4. Jahrestagung für Transplantationsbeauftragte der DSO-Region Ost	<b>261</b>
<b>Leserbriefe</b>	Dr. med. habil. Heinz Brandt	<b>262</b>
	Dr. Ingrid Wüstling	<b>262</b>
	Dr. Alfred Nassauer	<b>262</b>
	Dr. med. Suse Luise Härtel	<b>262</b>
	Isabell Teuwen, Prof. Dr. med. Jan Christoph Simon	<b>263</b>
<b>Personalia</b>	Prof. Dr. med. habil. Wolfgang Leupold zum 65. Geburtstag	<b>264</b>
	Unsere Jubilare im Juli	<b>265</b>
<b>Medizingeschichte</b>	Dr. med. Paul Luther – ein Sohn des Reformators	<b>266</b>
	Impressum	<b>267</b>
<b>Tätigkeitsbericht</b>	Tätigkeitsbericht der Sächsischen Landesärztkammer 2004	<b>268</b>
<b>Beilage</b>	Fortbildung in Sachsen – August 2005	

---

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

## Sächsische Akzente vom 108. Deutschen Ärztetag

Berlin  
3. bis 6. Mai 2005



Berliner Fernsehturm und Museumsinsel

Als in Berlin der 108. Deutsche Ärztetag begann, waren auch wieder zahlreiche Politiker zugegen. Neben der obligatorischen Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt, SPD, Vertreter von CDU, FDP und Bündnis 90/Grüne. Doch wie erwartet, hatte Frau Schmidt nicht viel Neues zu berichten. Im Gegenteil: Altbekannte Phrasen vermittelten den Eindruck von Ziellosigkeit in der Gesundheitspolitik. Und trotz größter Zurückhaltung der Ministerin wurde in ihren lockeren Sätzen deutlich was sie von der Ärzteschaft hält. In Bezug auf die Kritik gegen das Präventionsgesetz äußerte sie, dass doch „die Ärzte mit im Gesetz stehen“. Das heißt aber noch lange nicht, dass Ärzte an Prävention und deren Zielstellungen beteiligt sind. Und eine Lösung für den Ärztemangel hat sie auch nicht. Aber es müsse unbedingt etwas dagegen getan werden. Die Bundesgesundheitsministerin erntete an diesem Eröffnungstag viele Buh-Rufe. Ausführliche Berichte von dieser Eröffnung sowie von den anderen Sitzungstagen des 108. Deutschen Ärztetages waren im Deutschen Ärzteblatt 2005, Heft 18 bis 20, nachzulesen.

Die sächsischen Delegierten äußerten in der nachfolgenden Aussprache ihre Kritik an der aktuellen Gesundheitspolitik. Dr. Thomas

Lipp machte deutlich, dass diese Politik langfristig auch zu einem Ärztemangel in den alten Bundesländern führen wird, weil die jungen Ärzte nicht mehr im Beruf bleiben. Die Erhaltung der ärztlichen Freiberuflichkeit forderte Herr Erik Bodendieck in einem Entschließungsantrag. Dem schlossen sich die Delegierten mit großer Mehrheit an.

### Paracelsus-Medaille für Prof. Dr. med. habil. Heinz Diettrich

Ein Höhepunkt der Eröffnungsveranstaltung war die Verleihung der Paracelsus Medaille an drei deutsche Ärzte. Unter ihnen der Ehrenpräsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Heinz Diettrich. Er erhielt die höchste Auszeichnung der deutschen Ärzteschaft insbesondere für seine Verdienste als Berufs- und Gesundheitspolitiker und seine berufspolitischen Leistungen beim Aufbau der Selbstverwaltung in Sachsen nach der politischen Wende sowie als Hochschullehrer. Die ausführliche Laudatio konnte man im Deutschen Ärzteblatt, Heft 18, nachlesen.



Der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jörg-Dietrich Hoppe, überreichte die Paracelsus-Medaille an Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Heinz Pichlmaier, Prof. Dr. med. Jürgen Hammerstein und Prof. Dr. med. habil. Heinz Diettrich



Dr. med. Stefan Windau

### Fehlermanagement

Bei der Thematik ärztliches Fehlermanagement forderten die Delegierten einen offenen Umgang mit ärztlichen Fehlern und ein Umdenken bei der Ursachenforschung. Es darf nicht darum gehen, wer schuld ist, sondern was schuld war. Davon muss dann abgeleitet werden, welche Qualitätssicherungsmaßnahmen zukünftig ergriffen werden sollten. Als eine der Hauptursachen bei ärztlichen Fehlern wird das kommunikative Element genannt. In einem Entschließungsantrag der sächsischen Delegierten wurde deshalb die Implementation des Fehlermanagements in die universitäre Ausbildung gefordert, um die zukünftigen Ärzte mit Fragen ärztlicher Fehler vertraut zu machen. Gleichzeitig verwies Prof. Rolf Haupt nachdrücklich auf den hohen Stellenwert der Obduktion bei der ärztlichen Fehlerdiskussion. Eine Vernachlässigung von Obduktionen verhindert eine Ursachenforschung.

### Versorgungsforschung

Besonders geprägt wurde der 108. Deutsche Ärztetag von zwei Themen: Versorgungsforschung und Entbürokratisierung. Die Einführungsvorträge von Prof. Dr. Jan Schulze wurden krankheitsbedingt vom Vizepräsidenten, Herrn Dr. Stefan Windau, vorgetragen.

Aus berufspolitischer Sicht ist die Versorgungsforschung eines der wichtigsten, leider bisher grob vernachlässigten, Instrumente zur zielgesteuerten Ausgestaltung des Gesundheitswesens in Deutschland und Europa. Neben der gut entwickelten Grundlagen- und klinischen Forschung in Deutschland fristet die wissenschaftliche Untersuchung der ärztlichen Versorgung unter Alltagsbedingungen zu Unrecht ein „Schattendasein“.

Die Gesundheitspolitik unterwirft das Gesundheitswesen fortlaufend grundlegenden strukturellen Änderungen. Die wesentlichen Akteure in dessen Mittelpunkt – nämlich die Ärztinnen und Ärzte – werden zu den geplanten Änderungen immer weniger gefragt und „par ordre de mufti“ mit den Konsequenzen konfrontiert.

Dr. Windau: „Unser Rat kommt häufig nicht mehr an, wird offensichtlich von politischer Seite nicht immer als zeitgemäß empfunden oder sogar wegen angeblichem Lobbyismus abgelehnt. Stattdessen sind zunehmend nichtärztliche Institutionen oder Personen als Politikberater gefragt, die oft sehr sach- und fachfremd, vordergründig ökonomisch intendiert, rein ärztlich-medizinische Strukturen und Prozesse ungeprüft denaturieren (Beispiel DMP)“.

Die Politik bedient sich des Instruments der Schuldzuweisung an die Leistungserbringer, insbesondere die Ärzteschaft, in dem sie ihr anhand pseudowissenschaftlicher Daten Fehlversorgung und mangelndes Qualitätsbewusstsein vorwirft. Bei einer soliden Aufarbeitung der entsprechenden Materie zeigt sich jedoch meist ein anderes Bild.

In der aktuellen Phase des Umbruchs ist es besonders wichtig, die Positionen der Ärzteschaft zum Ausdruck zu bringen. Nur bei einer hinreichenden Berücksichtigung der Erfahrungen der Ärzteschaft ist ein sinnvoller Umbau der Versorgungssysteme auf hohem qualitativem Niveau zu realisieren. Es erweist sich als nicht praktikabel, das Gesundheitssystem an der Arzt-Patientenbeziehung vorbei zu planen und „... die Erfahrungen von Ärztinnen und Ärzten nicht zu berücksichtigen“.



Dr. med. Thomas Lipp

Auf dem diesjährigen Ärztetag ging es nun darum, dass die Ärzteschaft durch die Entscheidung für eine Versorgungsforschung an dieser Entwicklung partizipiert und die sich bietende Chance nutzt, damit zukünftig der Blickwinkel der Ärzteschaft wieder mehr Einfluss in der Gesundheitspolitik – und dies auf der Basis solider und wissenschaftlich begründeter Aussagen – gewinnt. Mit Anspielung auf einen bekannten Politikberater argumentierte Dr. Stefan Windau, dass Versorgungsforschung „Lauter“ sein müsse, damit sie nicht den „Bach“ hinunter ginge.

Ein Mehrwert der Versorgungsforschung liegt in der bereichsübergreifenden Erforschung von Versorgungszusammenhängen – also im hausärztlichen und fachärztlichen Zusammenwirken. Das Rahmenkonzept ist so angelegt, dass die Ärzteschaft auch kurzfristig reagieren kann.

Doch das ist nicht zum Nulltarif zu haben. Rund 750.000 EUR soll der Jahresetat als Anschubfinanzierung für diese Aufgabe bei der Bundesärztekammer betragen. Die Delegierten führten genau um diesen Punkt eine lang anhaltende Diskussion. Von der Notwendigkeit einer Versorgungsforschung waren die meisten Delegierten überzeugt. Doch warum soll dies die Ärzteschaft bezahlen. Drei Euro pro Jahr und Arzt sind eben drei Euro zusätzlich. Nach einer ausführlichen Diskussion hat sich der 108. Deutsche Ärztetag in Berlin dennoch für eine Versorgungsforschung entschieden.

### Entbürokratisierung

Auf dem 107. Deutschen Ärztetag 2004 in Bremen wurde anschaulich dargestellt, dass Ärztinnen und Ärzte bis zu 40 Prozent ihrer Arbeitszeit mit Dokumentation verbringen müssen – ohne dass man Arztbriefe hinzu-rechnet. Die Ursachen hierfür sind komplex:

Das für das System der Gesetzlichen Krankenversicherung bewährte Sachleistungsprinzip geht als solches mit einem vergleichsweise hohen Aufwand an Begründungs- und Dokumentationspflichten einher, um eine gerechte Mittelverteilung zu gewährleisten. Dr. Stefan Windau forderte nun in Berlin eine weitere Auseinandersetzung mit dem Thema Entbürokratisierung. Nach seiner Darstellung haben die Regelung von Ausnahmetatbeständen, die neue Vertragsvielfalt durch Einführung von strukturierten Behandlungsprogrammen, integrierter Versorgung, hausarztzentrierter Versorgung etc., das auf medizinischen Diagnosen- und Prozedurenschlüsseln basierende neue DRG-Fallpauschalen-Entgeltsystem für stationäre Leistungen und vor allen Dingen die zunehmende Detailverliebtheit des Gesetzgebers zu einer unerträglichen Zunahme von Verwaltungsaufwand und Dokumentationspflichten geführt, unter dem nicht nur die behandelnden Ärzte leiden, sondern auch die Krankenkassen stöhnen.

„Der Regulierungsgrad im deutschen Gesundheitswesen grenzt inzwischen ans Groteske“, so Dr. Stefan Windau. Er fasste die unhaltbare Situation mit den Worten zusammen, dass alle diese verschiedenen Dokumentationsanforderungen im Kern und für sich betrachtet begründbar sind und wie im Falle der Qualitätssicherung oder der Gesundheitsberichterstattung sogar unbedingt unterstützenswert. Wegen fehlender Koordination und Kooperation zwischen den verschiedenen Bedarfsträgern für medizinische und pflegerische Informationen kommt es aber zu einer Steigerung der ohnehin drückenden Dokumentationslast. Unterschiedliche Dokumentationsanforderungen werden derzeit nicht nur zwischen den Bedarfsträgern nicht abgestimmt, sondern selbst im Falle zufällig identischer Inhalte muss die Dokumentation mit unterschiedlichen Beschreibungen, Terminologien, Wertesystemen und Kodierungen erfolgen.

Nachhaltige Entbürokratisierungsmaßnahmen für das Gesundheitswesen können nicht beim Streichen oder Zusammenführen des einen oder anderen Formulars stehen bleiben, sondern bedürfen eines grundsätzlichen Umdenkens in der Datenerhebung und -verwaltung in Richtung auf eine stärkere Zielorientierung und Nutzenbewertung von Datenerfassungen und mehr Koordination. Leitgedanke von Datenerhebungen im Gesundheitswesen muss danach sein, Daten so sparsam wie möglich zu erheben und nicht umgekehrt!

Stets muss das kritische Motto lauten:  
Was ist notwendig?  
Was ist notwendig, aber zu aufwändig und kompliziert?  
Was ist überflüssig?  
Was ist doppelt?  
Was gibt es schon?

### Beispiel DMP

Ein beredtes Zeugnis für eine unterschiedliche Herangehensweise an die Dokumentation im Rahmen der Qualitätsverbesserung ist die ambulante Diabetikerversorgung im früheren sächsischen Betreuungsmodell und des aktuellen Disease-Management-Programms Diabetes.

Ausgangspunkt für die Entwicklung des Dokumentationsprozesses in Sachsen waren

- festgelegte Zielkriterien des Versorgungsmodells,
- ein darauf aufbauendes Evaluationskonzept,
- ein zielgerichtetes Qualitätssicherungskonzept für die beteiligten Praxen.

Fokussiert auf diese Zielstellungen wurde ein Dokumentationsbeleg mit **nur 13** Merkmalen



Erik Bodendieck

entwickelt, deren Erhebung unkompliziert per EDV erfolgen konnte. Die Einreichung der Dokumentation erfolgte parallel zum Abrechnungsprozess. Teure Portokosten konnten so vermieden werden. Demgegenüber steht die von vielen angeprangerte Bürokratie im Zusammenhang mit dem DMP Diabetes. Eine Vielzahl von Dokumentationsbögen mit Daten, die sich jeglicher Evaluation entziehen und deren Erfassung hohe Kosten verursachen.

Nun erwägt die Gesundheitsministerkonferenz die Verabschiedung eines Artikelgesetzes zur Verbesserung der medizinischen Versorgung durch Deregulierung. Noch ein Gesetz, noch mehr Bürokratie? Ein etwaiges neues Gesetz führt nur selten zu weniger Verwaltungsaufwand. Dennoch ist es zwingend, übergreifende Konzepte zu entwickeln, die in alle Rechtskreise und Regelungsbereiche, die die medizinische Versorgung berühren, mit folgenden Zielsetzungen hineinwirken:

- Entschlackung bestehender Vorschriften und Dokumentationsanforderungen durch Ausfilterung redundanter Regelungen.
- Verzicht des Gesetzgebers auf Detailregelungen.
- Vermeidung von Doppel-/Parallelstrukturen durch Rückgriff der gemeinsamen Selbstverwaltung im GKV-System auf bereits in Heilberufs- und Kammergesetzen vorhandene oder vorangetriebene Richtlinien (Weiterbildungsordnung, Fortbildungsordnung, Qualitätssicherungsrichtlinien).
- Verpflichtender Abgleich neuer Dokumentationsanforderungen mit bereits vorhandenen Datenerhebungen und Verpflichtung zu transparenter Begründung und Evaluation von Dokumentationsanforderungen.
- Förderung einer einrichtungs- und sektorübergreifenden Dokumentationsmethodik und gemeinsamen Dokumentationssprache.



Das Plenum des 108. Deutschen Ärztetages

Auf der Basis des Beschlusses des 107. Deutschen Ärztetags 2004 in Bremen entwickelt die Bundesärztekammer derzeit ein Konzept zur sektorübergreifenden Harmonisierung von medizinischen Dokumentationsanforderungen und prüft die Machbarkeit eines diesbezüglichen regionalen IT-gestützten Pilotprojekts.

Doch neben den Aktivitäten gegenüber dem Gesetzgeber müsse die Selbstverwaltung in den Spiegel schauen, forderte Dr. Windau, und sich fragen: Was können wir selbst an Bürokratie abbauen? Welche Daten lassen sich doppelt Nutzen und müssen nicht ständig wieder erhoben werden? Und wie kann Verwaltung zur Entlastung der Mitglieder effektiver und servicefreundlicher gestalten werden. „Das ist ein Auftrag, den wir uns selbst geben müssen, um glaubhaft zu sein“.

Die Delegierten reagierten mit großer Zustimmung und forderten mehr Aktivität in der Frage der Entbürokratisierung.

#### **Plastische und Ästhetische Chirurgie**

Der Ärztetag beschloss außerdem die Änderung der (Muster-)Weiterbildungsordnung. Die Facharztbezeichnung „Plastische Chirurgie“ wurde um den Zusatz „Ästhetische“ erweitert, so dass die neue Bezeichnung „Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie“ lautet. Damit soll eine bundesweit einheitliche Mindestqualifikation zur Ausübung plastisch-ästhetischer Operationen festgelegt werden. Die Bundesärztekammer hofft, so den Wildwuchs von selbsternannten „Schönheitschirurgen“ über die Berufsordnung beeinflussen zu können. Die Bezeichnung „Schönheitschirurg“ ist nicht geschützt. „Schönheits-

chirurg“ oder „kosmetischer Chirurg“ sind selbst gewählte Bezeichnungen und können von den Patienten irreführend verwechselt werden. Nur qualifizierte Fachärzte verfügen über eine von den Ärztekammern anerkannte 6-jährige Weiterbildung zum „Plastischen Chirurgen“. Mit der Erweiterung der Facharztbezeichnung soll deutlich werden, dass ästhetische Eingriffe Teil dieser Facharzt-Qualifikation sind. Der Zusatz „Ästhetische Chirurgie“ schafft Transparenz, so dass Patienten besser zwischen hochqualifizierten Fachärzten und selbst ernannten Schönheitschirurgen unterscheiden können.

Die neue Bezeichnung kann erst dann geführt werden, wenn die Landesärztekammern die Änderung in ihren Weiterbildungsordnungen nachvollzogen haben.

Weitere Entschließungsanträge der sächsischen Delegierten betrafen die Forderung nach einer Abschaffung des „Hammerexamens“ (2. Staatsexamen) und eine angemessene Vergütung des praktischen Jahres.

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug  
Vorsitzender des Redaktionskollegiums  
Knut Köhler M. A.

Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit



*Pausengymnastik nach Musik während des Sitzungsmarathons*

## Gespräche in Schulen: Auch ärztliche Senioren können Mittler und Botschafter sein

Im Rahmen von Berufsberatungen für Gymnasiasten eines Leipziger Gymnasiums durch die Rotary-Clubs in unserer Stadt habe ich als Rentner im „Unruhestand“ an Gruppengesprächen mit Jugendlichen teilgenommen. Es waren beglückende Erlebnisse, Interesse und Neugier, Wissenslust und Skepsis für und vor einer Berufswahl freimütig mit den Schülern zu besprechen. Mir wurde deutlich, welch hohen Stellenwert der ärztliche Beruf bei jungen Menschen hat und wie viele Fragen nach Lebenseinstellung und Lebensgestaltung und nach Werten sich an ärztlichen Meinungen messen lassen wollen.

So habe ich im Seniorenausschuss der Sächsischen Landesärztekammer in Dresden meine Erfahrung dargestellt und empfohlen, dass sich auch ärztliche Kollegen im Ruhestand an Gesprächen mit jungen Menschen aktiv einbringen könnten.

Wir sollten auf Anfragen hin bereit sein aber auch selbst auf Schulen zugehen. Dabei scheinen mir Fragen der Berufswahl ebenso wichtig, wie auch allgemeine Themen nach Lebenswerten und ethischen Haltungen, zu Fragen der Lebenserhaltung im schwerkranken Zustand, der Geburtenförderung und der Geburtenregelung, der Sterbehilfe, der Achtung vor dem Alter, der Eigenverantwortung für die eigene Gesundheit und die der Mitmenschen.

Somit sind auch Beiträge zur „Aufklärung in Schulen und Pflegeheimen als Arztsache“ (Ärztezeitung vom 21.4.2005) möglich und Beiträge zur Gesundheitserziehung („Arzt in der Schule als Lösungsbeitrag“, Deutsches Ärzteblatt 102 (Heft 14) B 806 –807, 2005) auch im Rahmen ehrenamtlicher Tätigkeit ärztlicher Senioren denkbar. In einem „Handbuch für die Zusammenarbeit von Arzt und

Schule“ sind weitere Möglichkeiten aufgezeigt. Auch im Rahmen von Vereinbarungen und Verträgen zwischen Krankenhäusern und Schulen, so zum Beispiel „Schüler proben Berufspraxis“ mit dem Ziel, „Praxis und Lebensnähe im Klinikum kennenzulernen und berufliche Orientierung in klinisch-sozialen Bereichen zu erfahren“ (so in Stippvisite 1/2005 im Städt. Klinikum „St. Georg“ Leipzig) sind unsere Aktivitäten gefragt.

Die Werbung für unseren verantwortungsvollen und schönen Beruf aus eigener Lebenserfahrung heraus könnte so manchen von uns Senioren Freude machen und dankbare Begegnungen mit jungen Menschen ermöglichen.

Prof. Dr. med. habil. Rolf Haupt, Leipzig

# Palliative medizinische Versorgung Schwerstkranker in der Klinik

## Hintergrund und Definitionen

Insbesondere seit der Mitte des 19. Jahrhunderts hat die Medizin große Fortschritte gemacht. Im ärztlichen Handeln hat dies zu einer Fokussierung auf die Krankheit (weg von Kranken), auf die Machbarkeit (weg von der Begleitung in der Schicksalhafterkeit) geführt. Tod und Leiden werden ärztlicherseits gerade im Krankenhaus oft als Versagen erlebt. Alte Traditionslinien der Versorgung Sterbender zum Beispiel in den Pilger-Hospizern des Mittelalters sind versandet. Eine erneute Auseinandersetzung mit dem Sterben als Thema der Medizin und Psychologie ist in Europa im wesentlichen seit den 1960er Jahren zu verzeichnen. Die richtungsweisenden Arbeiten der britischen Ärztin Dame C. Saunders (vor allem Schmerztherapie, Symptomkontrolle, Hospiz-Gründung) und der aus der Schweiz stammenden Amerikanerin E.Kübler-Ross (Interviews mit Sterbenden, Aspekte der Kommunikation und Gesprächsführung) haben zu einer neuen Sensibilisierung in diesen Fragen, zur Entwicklung der Palliativmedizin geführt.

Der Begriff palliativ leitet sich vom lateinischen Wort für Mantel, „Pallium“ ab, ein Mantel, der die Kranken und ihre Angehörigen ganzheitlich „umhüllt“, indem er aus einer Hand effektive Schmerztherapie, Linderung der Symptome, die palliative Pflege sowie eine professionelle psychosoziale/seelsorgerliche Begleitung anbietet.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und verschiedene Fachgruppen haben unterschiedliche Definitionen hierfür vorgelegt. Die WHO

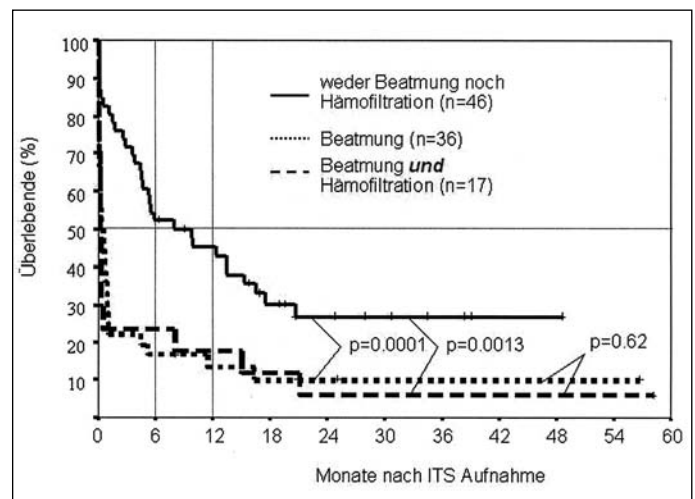
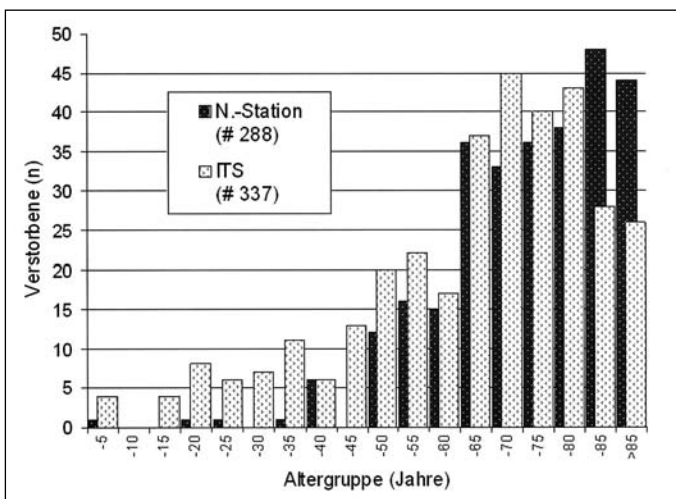
subsummierte in einer früheren Version unter Palliativmedizin die „aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer progredienten, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf kurative Behandlung anspricht“. Die neuere, von der WHO im Jahr 2002 geprägte Definition<sup>1</sup> sieht „Palliative Care“ als einen „Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen – und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, untadelige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.“

Drei Veränderungen in der neuen Definition sind bemerkenswert: Erstens geht der Begriff „palliative care“ weit über das rein medizinische „Pflegen“ und „Behandeln“ hinaus. Care hat im Englischen weitere Konnotationen wie Sorge, Umsicht, Bedacht, Achtsamkeit, Fürsorge, Sorgfalt, Obhut. Die lateinische Wurzel (carus = wertvoll, lieb, teuer) zeigt die sprachliche Verbindung zu weiteren Begriffen wie Caritas, charity = Nächstenliebe oder engl. caress = Zärtlichkeit<sup>2</sup> auf, die für den englischen Muttersprachler in der Bedeutung mehr mitschwingen mögen als eine deutsche Übersetzung im Sinne von „Palliativ-Betreuung“ übertragen kann. In jedem Fall ist „care“ mehr als „Medizin“ und schließt pflegerische und ggf. seelsorgerische Betreuung ein. Zweitens wird in der Neufassung auf das Kriterium

des Nichtansprechens zugunsten der Kategorie „lebensbedrohliche Erkrankung“ verzichtet, was die Definition natürlich sehr weit fasst. Überspitzt formuliert könnte man hieraus vorschnell ableiten, dass zum Beispiel im Sinne der WHO in Zukunft ein Patient mit Polytrauma durch einen Palliativmediziner versorgt werden solle. Doch die Definition ist genauer: es ist nicht „der“ Ansatz sondern „ein Ansatz“ zur Therapie. Progressiv verstanden darf die Definition auch für Akutkranke in lebensbedrohlichen Situationen herangezogen werden, die von einer ganzheitlicheren Betrachtung der Situation, der Einbeziehung der Familien und von der Beachtung spiritueller Probleme in Ergänzung zur spezifischen Therapie der Partikularprobleme ebenfalls profitieren dürften. Der dritte Unterschied kann darin gesehen werden, dass in der Neufassung die Definition durch die Verwendung der Begriffe „Vorbeugen“ bzw. „frühzeitiges Erkennen“ sozusagen vorausschauender geworden ist.

## Konkurrenz der „Apparatemedizin“?

Intuitiv wird man gerade ein Krankenhaus der Maximalversorgung als Kontrast zur Atmosphäre der institutionalisierten Palliativbetreuung, der Palliativstation empfinden. Vorstellungen eines seelenlos kalten, reduktionistischen Betriebes voller Apparate und mit ständig wechselnden Bezugspersonen mögen das Bild bestimmen. Patienteneinstellungen in dieser Frage sind sicher ambivalent, man möchte die Vorteile Maximalversorgung mitnehmen, keinesfalls „zu früh aufgeben“ aber auch „nicht an Apparaten, Schläuchen hän-



gen“. Ein Blick in die Statistik des Universitätsklinikums Dresden (2004) zeigt, dass von 625 verstorbenen Patienten<sup>3</sup> in etwa die Hälfte auf einer Intensivstation verstorben sind. Dabei sind erwartungsgemäß die jüngeren Lebensaltersgruppen überrepräsentiert, erst in der Gruppe >80 Jahre erlebt ein höherer Anteil seine letzten Tage auf einer Normalstation (Abbildung 1). Ein zweiter auffälliger Gesichtspunkt ist, dass ein relativ hoher Anteil der Todesfälle bereits sehr kurz nach Aufnahme liegt, was sicher in schweren Akuterkrankungen und Unfällen begründet ist.

Der hohe Anteil des Sterbens auf der ITS im Umfeld der „Apparatemedizin“ sagt noch nichts über die Qualität der Begleitung und darf nicht vorschnell kritisiert werden. In der Rückschau ist auch kaum zu erfassen, in welchem Umfang schon nicht mehr zu erwarten war, dass eine Krankheit „nicht mehr auf die Behandlung anspricht“ (im Sinne der oben genannten Definition). Dies sei an einer Studie aus dem Universitätsklinikum Dresden veranschaulicht (F.Kroschinsky, M.Weise, T.Illmer et al., 2002). Retrospektiv wurden die Verläufe von allen Patienten analysiert, die mit einer malignen hämatologischen Erkrankung (Leukämien, Lymphome unter Chemotherapie) auf eine Intensivstation verlegt werden mussten. Selbst in der prognostisch ungünstigsten Gruppe der beatmeten Patienten gibt es 10 Prozent langfristige Überlebende. Der Preis ist allerdings, dass rund 75 Prozent der Patienten mit dieser Konstellation auf der ITS versterben, weitere 15 Prozent in den nachfolgenden ~18 Monaten (Abbildung 2). Ist das Apparatemedizin? Hätte die Chance von 10 Prozent nicht wahrgenommen werden sollen? Müssten Patienten mit konkreten Zahlenangaben in diese Entscheidung involviert werden? Mitgenommen werden muss in jedem Fall, dass die Entscheidung über eine Indikation zur Intensivtherapie immer wieder kritisch evaluiert werden muss.

Palliativmedizin als Fachgebiet ist erwachsen aus der Unzufriedenheit, wie Sterbende begleitet und betreut werden. Die Unzufriedenheit lässt sich vor allem in drei Bereichen festmachen (a) unzureichende Symptomkontrolle, vor allem unzureichende Schmerztherapie (b) unzureichende Kommunikation, zu wenig Einbeziehung der Angehörigen (c) unzureichende Beachtung von Bedürfnissen jenseits der medizinisch/pflegerischen Betreuung (religiös, spirituell, künstlerisch, philosophisch.....).

### Ein Beispiel

Dies ist auch an einer Klinik der Maximalversorgung zu leisten und soll an einer konkreten Krankengeschichte illustriert werden: Peter Schmidt<sup>4</sup>, verstarb im April 2003 auf einer Station der Inneren Klinik des Universitätsklinikums. Acht Tage zuvor war er dyspnoisch mit beidseitigen Pleuraergüssen und Aszites aufgenommen worden. Weitgehende Symptomkontrolle wurde durch entsprechende Punktionen und Optimierung der Schmerztherapie (Kombination Fentanylpflaster + Metamizol, Anordnung für Durchbruchschmerzen) erzielt. Ätiologisch lag ein metastasierter GI-Tumor vor, der Patient war durch einen wenige Wochen zurückliegenden Aufenthalt bereits bekannt.

Etwa ein Jahr zuvor war der abdominale Tumor primär inoperabel gewesen, es bestand eine eher vage Chance, durch eine neoadjuvante Chemotherapie noch eine kurative Zielsetzung zu begründen, eine Hoffnung, die den Patienten jedoch weit über alle Wahrscheinlichkeit hinaus erfüllte. Unter Therapie trat über Monate keine nennenswerte Remission auf, Schmerzen nahmen zu und wurden mit transdermale Fentanyl behandelt. Bei zunehmender Obstruktion wurde drei Monate zuvor eine Gastroenterostomie angelegt, eine parenterale Langzeiternährung begonnen. Versuche, die Chemotherapie zu pausieren, waren mit verstärkten enteralen Blutungen und Anämie assoziiert. Bei rasch nachlaufenden Pleuraergüssen konnte im Vorfeld keine befriedigende Pleurodese erzielt werden. In den vorausgegangenen Wochen war eine zunehmende medizinische und pflegerische Versorgung hausärztlicherseits organisiert, die weitere Chemotherapie am Uniklinikum durchgeführt worden.

Nach stationärer Aufnahme fanden Gespräche mit Patient und Angehörigen über das nahende Ende statt. In einem Einzelzimmer bestand die Möglichkeit zu Besuchen rund um die Uhr, zum mit Übernachten. Der Patient legte großen Wert darauf, den Informationsfluss an die Angehörigen zu kontrollieren, von Seiten der Angehörigen war zum Teil entgegengesetzt gewünscht, ihm nicht mehr alles unangenehme an Befunden mitzuteilen. Eine Tochter bemühte sich um eine Übernahme in eine Palliativstation, der Patient lehnte ab, er wünschte keine neuen Bezugspersonen. Nicht alle Konflikte waren lösbar. Das prinzipielle Ende vor Augen, wurde mit dem Patienten besprochen, dass natürlich auch Pleura-

punktionen sein Leben und damit sein Leiden verlängern, er wünschte dies in den ersten Tagen trotzdem explizit. Auch auf Nachfragen war ihm religiöser Beistand kein dringendes Bedürfnis. Obwohl er früher vage den Wunsch geäußert hatte, zu Hause zu sterben, war ihm in dieser konkreten Situation die Verfügbarkeit kompetenter Hilfe per Klingel-Knopfdruck wichtiger, er wollte im Krankenhaus bleiben.

### Festlegungen für den Fall weiterer Verschlechterung: keine Reanimation

Erfahrenen Ärzten ist klar, dass in dieser präterminalen Phase die Anwendung intensivtherapeutischer Maßnahmen nicht indiziert ist. Entsprechend dieser Einschätzung erfolgte am dritten Krankenhaustag der Eintrag „im Falle einer akuten Verschlechterung rein supportive Maßnahmen, keine Reanimation indiziert [Datum, Unterschrift]“. Diese Festlegung erfolgte ohne explizite Diskussion mit Patient oder Angehörigen, der Patient wurde lediglich in sehr allgemeinen Worten darüber informiert, dass er von den spezifischen Möglichkeiten einer Intensivstation keinen zusätzlichen Nutzen hätte. Die Rechtmäßigkeit einer solchen Festlegung ohne ausdrücklichen Wunsch des Patienten ist in der Vergangenheit juristisch in Frage gestellt worden (H.J. Rieger, 1999). Gleichzeitig muss darauf hingewiesen werden, dass sich in der jüngeren Literatur viele Stimmen äußern, die klar auch die psychischen Belastungen sehen (L.Fallowfield, 2001), die sich für die Patienten ergeben, wenn sie sozusagen überredet werden sollen, auf eine Intensivtherapie zu „verzichten“, die eigentlich ohnehin keiner anbieten will (und die nicht indiziert ist). Leslie Fallowfield schreibt sehr impulsiv, dass die „Lehnstuhlethiker“, die solche Gespräche unter Berufung auf die Patientenautonomie für notwendig erachten würden, diese doch bitte einmal selbst versuchen sollten. Auch im ansonsten heftig umstrittenen Beschluss des Bundesgerichtshofes vom 17. März 2003 (XII ZB 2/03) wird in völlig klarer Weise festge-

<sup>1</sup> <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

<sup>2</sup> Auch der Familienname Carl-Gustav Carus, dem Namensgeber der Dresdener Medizinischen Fakultät dürfte auf diesen Stamm zurückgehen.

<sup>3</sup> ohne Todesfälle bei Früh- und Neugeborenen

<sup>4</sup> Name geändert



stellt, dass das Mitspracherecht von Patient (bzw. Betreuer) erst dort einsetzt, wo eine Therapie ärztlicherseits angeboten wird. Das Gericht präzisiert dabei den Begriff der „nicht angebotenen Therapie“ im Nachsatz „...sei es, dass sie von vornherein medizinisch nicht indiziert, nicht mehr sinnvoll oder aus sonstigen Gründen nicht möglich ist.“ Leider ist diese Argumentationslinie seitens der Ärzteschaft bisher nicht aktiv aufgegriffen worden. In dem vorgeschilderten Fall und ähnlichen Situationen halten wir eine oberärztliche Festlegung eines Verzichtes auf Intensivtherapie und Reanimationsmaßnahmen für klar geboten. Dieser Verzicht ist sowohl im Interesse des Patienten als auch im Interesse etwa von Mitarbeitern im Nachtdienst, die in einer medizinisch kritischen Situation einer schnellen Orientierung bedürfen.

Am 6. Tag des Aufenthaltes wurde nochmals ausführlich das weitere Vorgehen besprochen, wobei Herr Schmidt inzwischen einer Konzentration auf rein supportive Maßnahmen zustimmte. Es wurden keine weiteren Pleurapunktionen durchgeführt, Antibiotika, Heparin und andere Medikamente abgesetzt. Bei weiterer Verschlechterung der Gesamtsituation und Dyspnoe wurde am 7. Tag eine Analosedierung mit Morphinferfusor begonnen, der Patient entschlief schmerzfrei in den Morgenstunden des folgenden Tages.

Es ist zu hoffen, dass dieser Patient und seine Angehörigen dies als angemessene palliative Versorgung erlebt haben. Je nach Definition begann „palliative care“ hier schon Monate vorher, im Grunde schon bei Diagnosestellung. Ein zentrales Problem ist, für die jeweilige Krankheitsphase die Zielvorgabe klar zu formulieren und den Mitbetreuenden zu vermitteln. Dies wird üblicherweise als der Übergang von „kurativer“ auf die palliative Zielsetzung problematisiert. Diese Kontrastierung ist in einem hohen Prozentsatz der onkologischen Patienten unzutreffend, da primär keine wirklich kurative Option besteht. Präziser könnte man in solchen Situationen von „Tumorkontrolle“ versus „Symptomkontrolle“ sprechen. Dieser Kontrast tritt auf einer Normalstation stärker zu Tage als auf einer Palliativstation, da bei Übernahme auf eine Palliativstation in aller Regel der Rückzug aus einer aktiven Behandlungsphase des Tumors zumindest begonnen hat. Auf einer Normalstation muss im Extremfall zwischen zwei Betten im selben Zimmer dieser Intensionswechsel vollzogen werden, etwa

wenn bei einem Patienten mit weit fortgeschrittener Erkrankung der diagnostische Reflex eines CTs mangels therapeutischer Konsequenz unterdrückt werden muss, ein CT, das jedoch bei ähnlicher Symptomatik des Bettnachbarn klar indiziert wäre. Fingerspitzengefühl ist gefordert, damit dieser Verzicht von Patienten und Pflegepersonal nicht als Botschaft des Desinteresses und Verlassenseins interpretiert wird.

**Gesprächsführung:**

Ein zentrales Anliegen der Palliativmedizin ist die angemessene Kommunikation mit dem Patienten. Das Wort Guy de Maupassants „Wirklich Angst hat man nur vor dem, was man nicht versteht“ kann man dabei für beide Gesprächspartner in Anspruch nehmen. Ärzte fürchten Gespräche unangenehmen Inhalts, weil sie zum Teil ungenügend darauf vorbereitet sind. Patienten tragen vermeidbare Ängste mit sich herum, weil entsprechende Gespräche, die Verständnis für Abläufe schaffen könnten, nur unzureichend geführt werden. Kein Lehrtext kann die Erfahrung eines guten Kommunikationstrainings ersetzen, trotzdem sind auch mit einfachen Mitteln Verbesserungen erzielbar. In den USA wurde vor einiger Zeit ein Ansatz propagiert (zum Beispiel W.F.Baile, R.Buckman, R.Lenzi et al., 2000), der sechs relevante Dimensionen eines Gesprächs zu Vermittlung unangenehmer Inhalte mit dem Akronym SPIKES verknüpfte. Dabei steht S für Setting, P für Perception, die weiteren Buchstaben für Invitation, Knowledge, Empathy (Emotion),

Summary. Tabelle 1 versucht in Kürze zu vermitteln, was damit gemeint ist. Kontrolliert man diese sechs Dimensionen, reflektiert man sie (zumindest gelegentlich) nach einem Gespräch, wird sich der Kommunikationsstil verbessern.

Wenn weitergehende psychoonkologische Probleme in der Kommunikation und Krankheitsbewältigung auftreten, besteht am Universitätsklinikum die Möglichkeit, auf Hilfe aus drei Fachgebieten zurückzugreifen (Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik, Medizinische Psychologie und Psychiatrie). So betreut zum Beispiel die Klinik für Psychosomatik pro Jahr ca. 150 stationäre Patienten mit malignen Erkrankungen konsiliarisch mit. Das Spektrum der Hilfe reicht von der Unterstützung des primär behandelnden Arztes in der Diagnostik bis zu Krisenintervention, supportiven Gesprächen, Trauer- und Sterbebegleitung, Entspannungs- und imaginativen Verfahren, Angehörigenunterstützung und anderes mehr.

Pflegende und Ärzte müssen in all diesen Situationen auch sensibel auf spirituell-religiöse Bedürfnisse der Patienten reagieren, um so mehr, je größer die wahrgenommene Bedrohung, je wahrscheinlicher das nahende Ende wird. Die Art der Lektüre auf dem Nachttisch kann ein erster Hinweis sein. Da eine religiöse Bindung in jüngeren Generationen oft weniger stark ausgeprägt ist, fehlt möglicherweise manchem jüngeren Mitarbeiter die Wahrnehmung dieser Dimension der Krankheitsauseinandersetzung bei älteren Patienten. Die Beteiligung der Klinikseel-

	Wichtige Faktoren des gelingenden Gesprächs	Typische Fehlermöglichkeiten
Setting	<ul style="list-style-type: none"> <li>• geeignete Umgebung</li> <li>• möglichst "private" Atmosphäre</li> <li>• auf Augenhöhe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• - auf dem Flur angesprochen</li> <li>- von oben herab</li> <li>- Auswahl der Mithörer</li> </ul>
Perception	<p>Wahrnehmen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• was der Patient weiß</li> <li>• wie es interpretiert wird</li> <li>• was er verstehen kann</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konsiliartätigkeit: Patienten, die man nicht gut kennt</li> <li>• Einschränkungen durch Fieber, Medikamente</li> <li>• kognitive Störungen, z.B. Patienten mit dementiellen Erkrankungen im Frühstadium</li> </ul>
Invitation	<p>Einladung zur Aufklärung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• will der Patient wirklich wissen?</li> <li>• kein Wissen aufdrängen (?)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• wiederholte Mitteilung bei aktivem Verdrängungsprozess</li> </ul>
Knowledge	<p>Vermitteln der Fakten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• in Portionen</li> <li>• Verständnis erfragen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zuviel „Fachchinesisch“</li> <li>• zuwenig „Begriffe“ =&gt; zuwenig „begreifen“ =&gt; „in den Griff bekommen“</li> </ul>
Empathy	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gefühlsregung zu zeigen darf (auf beiden Seiten) nicht als Schwäche verstanden werden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zu gefühllos</li> <li>• zu emotional</li> </ul>
Summary	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zusammenfassung der in beiden Richtungen geflossenen Information</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zu wenig Bezug zum Patienten</li> </ul>

modifiziert nach Baile (2000)

sorge kann in der Begleitung von Sterbenden eine große Hilfe, für tief religiöse Patienten eine *conditio sine qua non* sein. Wichtig ist auch hier der vertrauensvolle Austausch zwischen den an der Betreuung beteiligten.

In unmittelbarer Todesnähe gewinnen neben den obligaten Anamnesefragen zur Symptomkontrolle (Schmerzen, Luftnot, Durst etc.) oft biografische Inhalte an Bedeutung. Sterbende reflektieren über ihr Leben, gehen einzelne Abschnitte durch, manchmal im Sinne einer einfachen freudigen oder traurigen Erinnerung, manchmal im Sinne einer Konfliktbearbeitung. Angehörige sind hier von größerer Wichtigkeit als Ärzte und Pflegepersonal, doch schon eine geringe Einbeziehung in diesen Prozess kann das Gefühl von Geborgenheit und Vertrauen stärken. Bereits in dieser Phase beginnt eine gesteigerte Verantwortung

des medizinischen Teams, auch für die Kommunikation mit den Angehörigen und deren Unterstützung in der Trauer. Die Verarbeitung kann unterschiedlichste Formen annehmen, gelegentlich entstehen auch Situationen in denen der Sterbende vom Aktionismus oder der Trauer der Angehörigen überrollt wird und aktiv Ruhezeiten (für beide Seiten) eingefordert werden müssen.

Problematische Beispiele für Kommunikation in diesen Situationen gibt es viele. Hier soll eine Szene aus einem Schreiben zitiert werden, in dem sich eine Ehefrau eines Verstorbenen für die lange Betreuung bedankte, aber ausdrücklich das Trauma der Todesstunde wie folgt schildert: „Als mein Mann gerade verstorben war, wurde mir kein Beileid vom Arzt gewünscht, sondern der sagte nur: „nebenan liegt eine 19-jährige, der droht das gleiche

wie Ihrem Mann.“ Da kann man einfach vor Entsetzen keine Antwort geben....“

Hier traf akute Trauer auf Burn-Out. Man könnte fast sagen: zwei leidende Menschen konnten sich nicht helfen. Hätte der Arzt seine eigene Stimmung reflektiert, hätte er sagen können: „es ist furchtbar, wenn man machtlos dem Sterben eines Menschen zusehen muss.“ Hätte er die Stimmung der Frau reflektiert, hätte er ergänzen können „Wenn man so lange mit ihm durchs Leben gegangen ist, muss es ja noch viel schlimmer sein“. Einfache sachliche affirmative Äußerungen „Sie werden jetzt viel Kraft brauchen“, „Jetzt müssen sie für das Kind den Vater ersetzen“ helfen, das unsagbare in Worte zu fassen. Der erwartbare Dank für diese Beistandsgeste würde vielleicht auch dem Arzt helfen, mit seinem Burn-Out besser klarzukommen. Der

Verweis auf das Leiden anderer taugt in einer Extremsituation nur selten als Trost.

## Symptomkontrolle:

### Beispiel Schmerztherapie

In verschiedenen Medien wurde kürzlich eine Emnid-Untersuchung von Januar 2005 zitiert, nach der bei einer Befragung von 407 Tumorpatienten und deren Angehörigen bei einem Drittel aller Tumorpatienten Schmerzen nicht ausreichend gelindert gewesen seien. Sind diese Zahlen schlecht? Eine ähnliche, wissenschaftlich weit akribischere Untersuchung aus den USA aus dem Jahre 2001 (S.C.Weiss, L.L.Emanuel, D.L.Fairclough et al., 2001) befragte 988 terminal kranke Patienten (darunter 51 Prozent mit Krebserkrankungen) zu ihrer Haltung hinsichtlich der eigenen Schmerzmedikation. Hier berichtete die Hälfte der Patienten über moderate oder schwere Schmerzen, jedoch wollten 54 Prozent der Betroffenen keine zusätzlich Schmerzmedikation. Die angegebenen Gründe waren (bei Tumorpatienten): Furcht vor Abhängigkeit („addiction“) 37 Prozent, Furcht vor physischen Nebenwirkungen 33 Prozent, Furcht vor psychischen („mental“) Nebenwirkungen 34 Prozent, Furcht vor Pillen und Injektionen 29 Prozent. Während das Argument der Abhängigkeit sicher auszuräumen ist, gibt es doch Gründe genug, warum auch in enger Abstimmung mit dem Patienten ein gewisses Maß an residuellen Schmerzen durch einen hohen Prozentsatz von Patienten akzeptiert wird. Der oben geschilderte Patient war ebenfalls nicht in jeder Situation schmerzfrei, modifizierte in eigener Regie Dosierungen aus den oben genannten Gründen auch nach unten. In seinem Fall mag auch eine Rolle gespielt haben, dass er sich durch Schmerzfreiheit nicht einlullen lassen wollte. Er wollte gewissermaßen immer wieder austarieren, ob sich an seinem Zustand etwas verändert habe, den (leichten) Schmerz als Sinnesorgan zur Wahrnehmung der Bedrohung erhalten. In schwierigen Situationen steht am Uniklinikum ein Schmerzdienst der Anästhesie zur Verfügung, der im Jahr unter anderem etwa 350 Konsile bei stationären Patienten durchführt (nicht ausschließlich terminale Krankheitssituationen), was im dargestellten Fall jedoch nicht erforderlich war. Insgesamt scheint sich die Versorgung der Patienten mit

potenten Schmerzmitteln in den letzten Jahrzehnten deutlich verbessert zu haben, als Beleg hierfür berichtet zum Beispiel die ZEIT vor kurzem, dass der Morphium-Verbrauch in Deutschland seit 1985 um mehr als das 20fache gewachsen ist (H.Faller, 2004).

Die Beispiele illustrieren, dass an einer Klinik der Maximalversorgung die palliativmedizinischen Sachkompetenzen der Onkologie, der Psycho-Onkologie, Schmerztherapie und andere mehr vorhanden sind. Die Verteilung auf sehr unterschiedliche Personen und Institutionen sowie die im neuen DRG-Vergütungssystem gewollte Minimierung der Liegezeiten macht die Koordination dieser Sachkompetenzen sowie die Erkennbarkeit einer klaren Bezugsperson aus Sicht des Patienten zu einer schwierigen, aber letztlich doch lösbaren Aufgabe.

### Integration in die Ausbildung:

Wo immer Defizite erkannt werden entsteht der Ruf nach institutionalisierten Veränderungen. Leider haben multiple berechtigte Verbesserungswünsche zu einem hohen Grad an Reglementierung des Medizinstudiums geführt. Da „palliative care“ in hohem Maße von Motivation und Engagement lebt, muss in der weiteren Entwicklung kritisch hinterfragt werden, ob Pflichtcurricula für Palliativmedizin als völlig eigenständiges Fach ein Schritt in die richtige Richtung sind.

Wichtiger erscheint uns, das Thema integriert in „organmedizinischen“ Vorlesungen und Lehrveranstaltungen mit aufzugreifen. Dies muss aber bei den Lehrenden explizit eingefordert werden. Im Dresdener Konzept des Problemorientierten Lernens (DIPOL®) ist ein Praktikum der Gesprächsführung (und Übermittlung schlechter Nachrichten) als Pflichtseminar in den Onkologie-Kurs des 5. Studienjahres integriert. Seit mehreren Jahren wird eine zum Teil interaktive Vorlesung „Palliativmedizin und onkologische Grenzsituationen“ (in Zusammenarbeit mit dem St. Joseph-Stift Dresden) angeboten. Hier wird zum Einen versucht, Begriffe und Grundkenntnisse des Symptommanagements zu vermitteln. In realen Fallschilderungen werden Studenten einbezogen und müssen etwa über weitere Diagnostik, Gesprächsinhalte oder Therapieentscheidungen abstimmen. Dies wird verknüpft mit Nachdenken über

Trauer, unter Einschluss der Reflektion von Tod und Sterben in Literatur, Bildender Kunst und Musik. Dies sind auch Mittel, mit denen man aufzeigen kann, wie das Thema verstärkt im Leben verankert werden kann. Wenn beispielsweise in einem Hörsaal unmittelbar nach einer medizinischen Falldiskussion Herbert Grönemeyers „Der Weg“ erklingt, wird erlebbar, wie Kunst die geschilderte Situation noch realer erscheinen lässt, wie Kunst ein Mittel zur Bewältigung schwieriger Lebensphasen darstellen kann. Erstmals im vergangenen Jahr wurde ein freiwilliges Seminar „Palliativmedizin“ angeboten, das noch mehr Raum zur Diskussion und Einbringung eigener Gedanken seitens der Studenten möglich machte. In diesem Rahmen wurde auch die Ausstellung „NOCH MAL LEBEN“ des deutschen Hygienemuseums Dresden (eine Fotoausstellung über das Sterben) sowie die Palliativstation des St.-Joseph-Stifts Dresden besucht, wo die Möglichkeit bestand, sich mit Patienten und deren Angehörigen zu unterhalten. Das in diesen Lehrveranstaltungen vermittelte Bild der Palliativmedizin lässt sich auch im Sinne einer Akzeptanz des Todes als ein Teil des Lebens verstehen. Durch diese Form der deutlichen Bejahung des Lebens und Sterbens soll der Tod weder beschönigt noch hinausgezögert werden. Palliativmedizin ist damit auch eine eindeutige Absage an die aktive Sterbehilfe. Es ist eine bleibende Herausforderung für ein Krankenhaus, dies im klinischen Alltag bestmöglich zu reflektieren und umzusetzen.

Literatur bei den Verfassern

Anschriften der Verfasser:  
PD Dr. med. Ulrich Schuler  
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus  
Medizinische Klinik und Poliklinik I  
Fetscherstraße 74  
01307 Dresden

Dr. med. Heinrich Günther  
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus  
Medizinische Klinik und Poliklinik I  
Fetscherstraße 74  
01307 Dresden

Barbara Schubert  
Krankenhaus St. Joseph-Stift  
Wintergartenstraße 15/17  
01307 Dresden

## Suchtbeauftragter der Sächsischen Landesärztekammer benannt



Dr. med. Frank Härtel

Auf seiner 20. Sitzung am 2. März 2005 hat der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer beschlossen, Herrn Dr. med. Frank

Härtel als Suchtbeauftragten der Sächsischen Landesärztekammer zu berufen.

Dr. Härtel studierte nach dem Abitur von 1965 bis 1971 in Halle/Saale an der Martin-Luther-Universität Medizin. 1976 beendete er seine Facharzt-Weiterbildung mit dem Facharzt für Neurologie und Psychiatrie in Zwickau. Nach seiner Promotion 1984 erwarb er 1988 den zweiten Facharzt für Psychotherapie.

Seit 1990 leitet er als Chefarzt das Asklepios Fachklinikum Wiesen in Wildenfels.

Dr. Härtel vertritt zu Fragen der Suchtbekämpfung, Drogen und Alkoholprävention in den unterschiedlichen Gremien die Meinung der Sächsischen Landesärztekammer und steht der Kammer für derartige Fragen beratend zur Seite. Gleichzeitig ist er Ansprechpartner für ärztliche Kollegen zu allen Fragen der Sucht und der Suchtprävention. Auch in Zukunft ist auf dem Gebiet der Suchterkrankungen und der dafür notwendigen Betreuungs- und Behandlungsstrukturen erhebliche Dynamik zu erwarten.

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

## Konzerte und Ausstellungen

### Konzerte

Donnerstag, 16. Juni 2005,  
19.30 Uhr

#### Junge Soiree

#### Rund um die Violine

Studentinnen und Studenten der Klasse

Prof. Ivan Zenaty

Hochschule für Musik

Carl Maria von Weber Dresden

### Ausstellungen

#### Foyer der

Sächsischen Landesärztekammer  
und 4. Etage

#### Gunter Herrmann

Malerei und Grafik

25. Mai bis 17. Juli 2005

#### Anita Voigt-Hertrampf

Der alte Garten

Malerei – Zeichnungen

20. Juli bis 11. September 2005

Vernissage:

Donnerstag, 21. Juli 2005,  
19.30 Uhr

#### Foyer der

Sächsischen Ärzteversorgung

#### Karin Junge

Experimente mit

dem Innenleben

Collagen und Druckgrafik

bis 15. September 2005

## In eigener Sache

### Stellenausschreibung

Die altershalber frei werdende Stelle

#### Ärztlicher Geschäftsführer

wird hiermit zur Neubesetzung ab 1. November 2005 ausgeschrieben.

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

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

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

Die Aufgaben und Arbeitsbedingungen möchten wir gern mit Ihnen persönlich besprechen. Die Vergütung erfolgt nach BAT-O. Bitte richten Sie Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen bis 30. Juli 2005 an

Sächsische Landesärztekammer  
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden



## 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

#### Mittweida

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
(Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)  
Reg.-Nr. 05/C039

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 24. 6. 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 Chirurgie  
Reg.-Nr. 05/C040

#### Aue-Schwarzenberg

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
(Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)  
Reg.-Nr. 05/C041

#### Zwickau-Stadt

Facharzt für Innere Medizin/Angiologie  
(fachärztlicher Versorgungsbereich)  
Reg.-Nr. 05/C042

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 8. 7. 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

#### Dresden-Stadt

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin  
Reg.-Nr. 05/D041

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 24. 6. 2005 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: (0351) 8828-330, zu richten.

#### Hoyerswerda-Stadt/Kamenz

Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten  
Reg.-Nr. 05/D042

#### Bautzen

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 05/D043

#### Löbau-Zittau

Facharzt für Urologie  
Reg.-Nr. 05/D044

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 8. 7. 2005 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: (0351) 8828-330, zu richten.

### ■ Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

#### Leipziger-Land

Facharzt für Innere Medizin\*)  
(hausärztlicher Versorgungsbereich)  
Reg.-Nr. 05/L028

#### Delitzsch

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 05/L029  
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin  
Reg.-Nr. 05/L030

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 12. 7. 2005 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 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 Dresden

#### Dresden-Stadt

Facharzt für Innere Medizin\*)  
(hausärztlicher Versorgungsbereich)  
geplante Praxisabgabe: sofort  
Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
geplante Praxisabgabe: Januar 2006

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle 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: 2005

#### Muldentalkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
geplante Praxisabgabe: Ende 2005

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

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen  
Landesgeschäftsstelle

## Mitteilung der Bezirksstelle Leipzig der Sächsischen Landesärztekammer

Die Bezirksstelle Leipzig der Sächsischen Landesärztekammer ist aus Urlaubsgründen in der Zeit vom **4. 7. bis 8. 7. 2005** nicht besetzt. In dringenden Angelegenheiten steht Ihnen die Hauptgeschäftsstelle in Dresden, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, Tel. 0351 8267-411 zur Verfügung.

S. Michel (1), K.P. Günther (2), P. Joraschky (3), H. Reichmann (4), T. Koch (1)

# Tagesklinische Therapie für chronische Schmerzpatienten

TU Dresden  
Universitätsklinikum Dresden  
Carl Gustav Carus

## Zusammenfassung

Die Entstehung und Aufrechterhaltung chronischer Schmerzen basiert auf dem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell. In der täglichen Praxis liegt der Behandlungsschwerpunkt jedoch vorrangig auf der somatischen Schmerztherapie. Psychosoziale Aspekte chronischer Schmerzen werden oft unterbewertet oder nicht erkannt bzw. können auf Grund bestehender Struk-

turprobleme nicht ausreichend berücksichtigt werden. Zur Verbesserung der Versorgung von chronischen Schmerzpatienten erfolgte deshalb die Etablierung eines Behandlungsvertrages nach integrierter Versorgung, der eine interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie chronischer Schmerzpatienten am UniversitätsSchmerz Centrum (USC) seit Juni 2004 ermöglicht.

Behandlungskonzept, Therapieziele und organisatorische Aspekte der Schmerztagesklinik am USC sollen nachfolgend dargestellt werden.

**Schlüsselwörter:** integrierte Versorgung, Therapie chronischer Schmerzpatienten, bio-psycho-soziales Krankheitsmodell, Schmerzchronifizierung

- (1) Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie
- (2) Klinik und Poliklinik für Orthopädie
- (3) Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin
- (4) Klinik und Poliklinik für Neurologie

## Eine neue Behandlungsoption am UniversitätsSchmerzCentrum (USC)

### Einleitung

Chronische Schmerzen sind häufig und zudem eine der größten therapeutischen Herausforderungen in der täglichen Praxis. Deutschlandweite Zahlen zur Präsenz chronischer Schmerzen zeigen, bezogen auf den Freistaat Sachsen, die Existenz von ca. 240.000 chronischen Schmerzpatienten, 24.000 davon mit hohem Chronifizierungsgrad. Therapeutisch anspruchsvoll sind chronische Schmerzen v.a. aufgrund der Komplexität des Symptoms „Schmerz“. Neben strukturellen Läsionen, die vorhanden sein können aber nicht müssen, spielen, vor allem bei der Aufrechterhaltung chronischer Schmerzen, psychosoziale Faktoren eine wesentliche Rolle. Erforderlich sind deshalb geeignete Behandlungsstrukturen die ein interdisziplinäres Diagnostik- und Therapiekonzept realisieren bei dem biologische, psychische und soziale Faktoren in gleichem Maße berücksichtigt werden (Egle, 2003). Dass solch ein multimodales Behandlungskonzept weitaus bessere Ergebnisse in der Behandlung chronifizierter Schmerzpatienten zeigt als eine oder mehrere monodisziplinäre Therapieformen, wurde mehrfach wissenschaftlich bestätigt. (Basler, 1997; Flor, 1992; Keel, 1998, Guzman 2002).

Die Vielfalt der Schmerzpatienten erfordert zudem verschiedene strukturelle Voraussetzungen. Während die ambulante Schmerztherapie in Sachsen bis auf einzelne unterversorgte Regionen inzwischen gut etabliert ist, fehlen ausreichende teilstationäre und stati-

onäre Behandlungsangebote. Diese Defizite waren Anlass intensiver Bemühungen unsererseits und haben nach konstruktiven Gesprächen mit den beteiligten Kostenträgern zum Abschluss eines Behandlungsvertrages nach integrierter Versorgung § 140a SGB V für chronische Schmerzpatienten geführt. Dieser beinhaltet u.a. die tagesklinische Versorgungsform für chronische Schmerzpatienten,

die unter dem Dach des neu gegründeten UniversitätsSchmerzCentrum (USC) angesiedelt ist, welches nachfolgend unter besonderer Berücksichtigung der Schmerztagesklinik vorgestellt werden soll.

### Das UniversitätsSchmerzCentrum

Das UniversitätsSchmerzCentrum wurde im April 2004 gegründet und vereint ambulante,

teilstationäre und stationäre Behandlungsangebote für chronische Schmerzpatienten. Es ist ein gemeinsames Projekt der Kliniken für Anästhesiologie und Intensivtherapie (Direktorin: Prof. Dr. Thea Koch), Neurologie (Direktor: Prof. Dr. Heinz Reichmann), Orthopädie (Direktor: Prof. Dr. Klaus-Peter Günther) und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin (Direktor: Prof. Dr. Peter Joraschky). Herzstück des UniversitätsSchmerz Centrums ist die neu gegründete Schmerz-tagesklinik als teilstationäre Versorgungsform, die 19 Tagesklinikplätze umfasst. Die Behandlung erfolgt über einen Zeitraum von vier Wochen mit einer sich anschließenden Wiederholungswoche nach drei Monaten. Im Juni 2004 wurde zunächst mit der teilstationären Therapie von neun Patienten begonnen, die volle Auslastung der Behandlungskapazität ist für Mitte des Jahres 2005 geplant. Die stationäre Schmerztherapie ist aktuell noch vorrangig an die Klinik für Orthopädie angegliedert und bietet die Möglichkeit der stationären orthopädischen Schmerztherapie mit integrierter psychologischer Diagnostik. Sechs Betten stehen für eine 12-tägige orthopädische Behandlung zur Verfügung. Eine Ausweitung des Behandlungsspektrums (stationäre multimodale Schmerztherapie, unter anderem auch stationärer Medikamenteneinsatz) ist ab 2005 geplant. Entsprechende Verhandlungen mit den Kostenträgern sind auf 2005 terminiert.

### Behandlungskonzept der Tagesklinik

Die grundlegende Idee des Konzeptes ist eine befund- und ressourcenorientierte interdisziplinäre Therapie mit Verlagerung des Behandlungsschwerpunktes von der rein fachspezifischen Therapie hin zu integrativer Behandlung gestörter körperlicher, psychischer und sozialer Funktionen. Vorrangiges Therapieziel der tagesklinischen Behandlung ist nicht nur die Schmerzlinderung, sondern vor allem eine Sensibilisierung des Patienten für ein bio-psycho-soziales Krankheitsmodell. Durch Aufklärung und Information über die komplexen Zusammenhänge, gekoppelt mit einer patientenspezifischen interdisziplinären Diagnostik und Befundbewertung, soll dem chronisch schmerzkranken Patienten die Chance und Notwendigkeit einer selbstbestimmten, aktiven Veränderung seiner Schmerz- und Lebenssituation verdeutlicht werden. Die tagesklinische Behandlung basiert auf einem multimodalen Programm mit im Vor-

dergrund stehender körperlicher Aktivierung und verhaltenstherapeutisch orientierter Psychotherapie, komplettiert durch ergo-, sozial- und spezielle schmerztherapeutische Verfahren. Sie wird realisiert durch ein interdisziplinäres Ärzte- und Therapeutenteam, welches den Patienten, beginnend von der umfangreichen prästationären Diagnostik über die tagesklinische Behandlungsphase bis hin zur Wiederholungswoche nach drei Monaten, begleitet. Diese interdisziplinäre Teamarbeit verhindert eine Verunsicherung des Patienten durch die einheitliche Terminologie und Befundinterpretation aller beteiligten Fachdisziplinen und schafft somit eine deutlich höhere Chance der Akzeptanz des bio-psycho-sozialen Modells und der damit verbundenen Therapiekonsequenzen.

Neben dem vordergründigen Behandlungsaspekt erfolgt in der Tagesklinik auch eine konsequente wissenschaftliche Begleitung der Therapie. Diese erfolgt vorrangig unter dem Aspekt der Qualitätssicherung, aber auch im Hinblick auf die Auswertbarkeit unter wissenschaftlichen Fragestellungen. Die Evaluation erfolgt mit Hilfe standardisierter Fragebögen (zum Beispiel SF 36, ADS), telefonischer und schriftlicher Interviews, Erfassung von Schmerzstärke und Intensität mittels numerischer Ratingskala und Erfassung sozioökonomischer Variablen (zum Beispiel Arbeitsunfähigkeitstage, Medikamenteneinnahme). Vor Beginn der tagesklinischen Therapie erfolgt eine Aufklärung der Patienten über die anonymisierte Datenerfassung, und die Patienten bestätigen mit ihrer Unterschrift dieses Vorgehen. Eine Weitergabe von Behandlungsdaten an die Vertragspartner erfolgt nur im Rahmen des Datenaustausches nach § 301 SGB V und hinsichtlich des Behandlungserfolges ausschließlich in anonymisierter Form zur Evaluation des Gesamtkonzeptes.

### Patientengut

Zielgruppe des tagesklinischen Konzeptes sind chronische Schmerzpatienten mit Rücken-, Kopf-, Gesichts- und neuropathischen Schmerzen, bei denen das Ausmaß der Beschwerden durch die vorliegenden organischen Befunde nicht erklärt werden kann, bzw. die Gefahr einer Chronifizierung bei protrahiertem Behandlungsverlauf besteht. Patienten, die vorrangig einer interventionellen Schmerztherapie bedürfen oder deren starke Schmerzen die Belastungsfähigkeit

erheblich einschränken, sind für das Tagesklinikkonzept nicht geeignet, da das Tagesprogramm eine gewisse körperliche Belastbarkeit voraussetzt (längeres Sitzen in der Gruppentherapie, körperliche Aktivierung, nur kurze Pausen, kein Bett sondern nur Möglichkeit der Ruheraumbenutzung). Für Patienten mit akuten Schmerzexacerbationen bzw. starken Schmerzen mit entsprechendem morphologischem Korrelat, die einer Aktivierung zunächst nicht in ausreichendem Maße zugänglich sind, stehen aktuell sechs stationäre orthopädische Schmerzbetten zur Verfügung. (Ansprechpartner: Dr. Ettrich, Tel.: 0351 4582615)

Für die tagesklinische Behandlung müssen folgende Einschlusskriterien erfüllt sein.

- chronisches Schmerzsyndrom mit Einschränkung der körperlichen und psychischen Leistungsfähigkeit,
- Verdacht auf psychische Komorbidität (charakterisiert durch eine F-Diagnose nach ICD 10 – Diagnosesicherung erfolgt in teilstationärer Vordiagnostik),
- ausreichende Belastbarkeit und Motivation,
- Anfahrtsweg maximal 1 Stunde / Fahrt.

### Ausschlusskriterien:

- mangelnde Therapiemotivation,
- interventionsbedürftige somatische Befunde,
- Anfahrtsweg > 1 Stunde / Fahrt.

### Vertragspartner

Der Vertragsabschluss nach integrierter Versorgung § 140a SGB V für die tagesklinische Behandlung chronischer Schmerzpatienten erfolgte mit nachfolgenden Vertragspartnern:

#### 1. AOK Sachsen

#### 2. VdAK:

- Barmer Ersatzkasse (BARMER)
- Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK)
- Hamburg Münchener Krankenkasse (HaMü)
- Hanseatische Krankenkasse (HEK)
- Gmünder Ersatzkasse (GEK)
- Krankenkasse für Bau- und Holzberufe (HZK)

### Behandlungsablauf

Die tagesklinische Behandlung gliedert sich in nachfolgende drei Abschnitte:

1. prästationäre Diagnostikphase mind. sechs Wochen vor Beginn
2. tagesklinische Behandlung vier Wochen
3. Sicherung des Therapieeffektes
  - Wiederholungswoche eine Woche (nach drei Monaten)
  - telefonische Interviews nach sechs und 12 Monaten

### 1. Prästationäre Diagnostik

Das komplexe Symptombild des chronischen Schmerzes bedarf einer gezielten und auf das notwendige Maß beschränkten interdisziplinären Diagnostik. Neben der Berücksichtigung somatischer Aspekte ist ein Screening auf psychische Komorbidität und eine soziale Anamnese erforderlich.

Um die Effektivität des Aufenthaltes in der Tagesklinik zu erhöhen und Fehlbelegungen zu vermeiden, wird deshalb bei allen Patienten eine prästationäre Diagnostik mit nachfolgenden Zielen durchgeführt:

- Überprüfung der Therapieindikation,
- Initiierung noch notwendiger somatischer Ausschlussdiagnostik,
- Überprüfung und gegebenenfalls Verbesserung der Therapiemotivation,
- Kennen lernen des Behandlungskonzeptes.

Die Voruntersuchungen finden ca. sechs Wochen vor Beginn der tagesklinischen Behandlung statt und erfolgen in den Fachgebieten:

- Orthopädie/ Physiotherapie
- Neurologie
- Psychosomatik
- Anästhesie / Spezielle Schmerztherapie
- Sportmedizin.

Der Zeitbedarf beträgt ca. 1 Stunde/Fachgebiet, und die Vorstellung des Patienten sollte initial mit vorliegenden Befundkopien und bildgebender Diagnostik (die Schmerzerkrankung betreffend) erfolgen.

### 2. Tagesklinische Behandlung

Die tagesklinische Behandlung findet über vier Wochen von montags bis freitags 8.00 Uhr bis 16.30 Uhr statt. Die Patienten durchlaufen ein strukturiertes Tagesprogramm mit wechselnden Behandlungsbausteinen, in dem der Gruppenaspekt im Vordergrund steht. Die Hauptbestandteile sind neben der Psychotherapie, Elemente der körperlichen Aktivierung inform von muskelstabilisierender Therapie, Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL),

Ausdauertraining und gerätegestützter Krankengymnastik. Letztere Aktivität findet ebenso wie das arbeitsplatzbezogene Training in Zusammenarbeit mit dem Ambulanten Reha-Centrum Dresden (ARC) statt. Zusätzlich erfolgt eine befundorientierte physiotherapeutische Einzeltherapie, deren Schwerpunkt auf dem Erlernen von Techniken zur Schmerzbewältigung liegt. Die körperliche Aktivierung ist ein wichtiger Therapiebaustein im Behandlungskonzept, denn Schmerzpatienten kompensieren den zunehmenden Verlust ihrer körperlichen, sozialen und emotionalen Leistungsfähigkeit mit Schonverhalten. Dies führt aber nicht zu weniger Schmerzen, sondern zu gleich starken Schmerzen auf niedrigerem Belastungsniveau. Endpunkt dieser Entwicklung ist ein Leben mit Schmerzen in der Invalidität oder Frühpension. Diesen Circulus vitiosus zu unterbrechen und dem Patienten somit die Chance einer selbstbestimmten Veränderung zu geben, ist ein Anliegen unseres tagesklinischen Konzeptes.

Die Psychotherapie erfolgt unter verhaltenstherapeutischem Aspekt mit wochenbezogenen Themenkomplexen, die auch in den anderen Behandlungseinheiten berücksichtigt werden (zum Beispiel Woche 1: „Ist-Zustand und Ziele“, Woche 2: „Ressourcen“, Woche 3: „Akzeptanz und Veränderung“, Woche 4: „Abschied und Ziele“).

Bestandteile der psychologischen Therapie sind die Basisgruppe, das Fertigkeitentraining (bewusste Gefühlswahrnehmung, zwischenmenschliche Wirksamkeit), die Problemlösegruppe und die Technik der Progressiven Muskelentspannung. Zudem finden einmal wöchentlich psychologische Einzelgespräche statt.

Gerade das Wissen um psychologische Einflussfaktoren ist bei Patienten mit chronischen Schmerzen (teilweise leider auch bei deren Behandlern) oft völlig unzureichend. Chronische Schmerzpatienten sind häufig auf ein somatisches Krankheitsmodell fixiert und können die notwendige psychotherapeutische Hilfe nicht annehmen. Durch die interdisziplinäre Teamarbeit wird dem Patienten die Zusammengehörigkeit organmedizinischer und psychotherapeutischer Therapiemaßnahmen durch räumliche Integration und eine für ihn sichtbare Kooperation unterschiedlicher Behandler verdeutlicht, so dass das psychische Akzeptanzproblem kaum noch besteht.

Ergänzt werden diese Bausteine durch Ergotherapie, spezielle Schmerztherapieverfahren (zum Beispiel Akupunktur, Injektionstechniken) und eine bedarfsorientierte soziotherapeutische Beratung. Weiterhin erfolgt in der Tagesklinik eine ausführliche Information der Schmerzpatienten über die Komplexität des chronischen Schmerzes, Mechanismen der Schmerzchronifizierung, Therapieoptionen in

Therapiebausteine	Inhalte
Verhaltenstherapie	Schmerzbewältigung, Entspannung, Körperwahrnehmung, Belastungsgestaltung Biofeedback, Vermittlung sozialer Kompetenz, Information
Physiotherapie / Sporttherapie	Ausdauertraining, gerätegestütztes Krafttraining, segmentale Stabilisierung, Rückenschule, Aktivitäten des täglichen Lebens, arbeitsplatzbezogenes Training (Work Hardening), Schulung der Sensomotorik, Entspannungstraining
Ergotherapie	Plastisches Arbeiten mit Stein, Ton, Gips, Pappmaché, Holz Bildnerisches Gestalten mit Farben, Kreide Ausdruckszentriertes Arbeiten (Wahrnehmung von Stimmungen, Gefühlen)
Sozialtherapie	allgemeine Informationsveranstaltung, bedarfsadaptierte, individuelle sozialmedizinische Beratung
Spezielle Schmerztherapie	Information, Injektionstherapie, Akupunktur, Chirotherapie, Neuraltherapie, Optimierung der medikamentöse Schmerztherapie

Tab. 1: Behandlungsbausteine der Tagesklinik



der Schmerztherapie und Möglichkeiten und Grenzen der Schmerzbehandlung.

Interventionelle schmerztherapeutische Verfahren sind im tagesklinischen Konzept nur akuten Schmerzexacerbationen vorbehalten und kein fester Therapiebaustein. Zum einen ist die langfristige Wirksamkeit dieser Verfahren beim chronifizierten Schmerzpatienten umstritten, zum anderen ist eines der Hauptziele der tagesklinischen Therapie, den Patienten zu befähigen, sein einseitiges somatisches Denkmodell zu hinterfragen und zu einem anderen Umgang mit dem chronischen Schmerz zu befähigen. Dies sollte vor allem im Sinne einer Eigenaktivierung unter Nutzung der vorhandenen patientenspezifischen Ressourcen und Fertigkeiten erfolgen.

Nachfolgend sind die wesentlichen Behandlungsbausteine noch einmal im Überblick dargestellt.

Die Verteilung der einzelnen Behandlungsbausteine im tagesklinischen Setting ist beispielhaft in nachfolgendem Wochenplan der Woche 3 abgebildet.

### 3. Sicherung des Therapieeffektes

Typischerweise besteht bei chronischen Schmerzpatienten meist eine langjährige Schmerzanamnese verbunden mit inadäquaten

Schmerzbewältigungsstrategien. Der Schmerz hat meist eine Funktion und ist Bestandteil des Alltags. Da solch ein langwieriger Prozess nicht allein mit einer 4-wöchigen Intervention maßgeblich und dauerhaft gebessert werden kann, kommt der Sicherung des erreichten Therapieeffektes große Bedeutung zu. Deshalb erfolgte die Integration einer poststationären Behandlungsphase in das Therapiekonzept. Dieses Konzept (4+1) ist bereits erfolgreich in einer psychosomatischen Einrichtung etabliert, stellt jedoch in der multimodalen Schmerzbehandlung Neuland dar. Neben der Wiederholungswoche nach 3 Monaten, die hinsichtlich der Patientenbesetzung identisch zur Behandlungsphase ist, sind telefonische Interviewtermine nach 6 und 12 Monaten geplant, die neben der Möglichkeit zur gezielten therapeutischen Intervention auch der wissenschaftlichen Auswertung dienen.

### Organisatorische Aspekte

#### 1. Aufnahmemodalitäten

Die Aufnahme von Patienten in die Tagesklinik erfolgt nach folgendem Procedere: vertragsärztlich tätige Kollegen ohne Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ Erforderlich ist ein Überweisungsschein in

die Schmerzambulanz oder in eine der beteiligten Klinikambulanzen (Neurologie, Orthopädie, Psychosomatik). Dieser sollte unbedingt den Vermerk „Tagesklinik“ enthalten, da für diese Patienten zusätzliche personelle Kapazitäten geschaffen worden sind, so dass eine zeitnahe Vorstellung möglich ist. Außerdem kann so eine bessere Selektion der Patienten in die einzelnen Spezialsprechstunden erfolgen. vertragsärztlich tätige Kollegen mit Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ Die Einweisung mit einem Einweisungsschein und dem Vermerk „Tagesklinik“ kann direkt erfolgen unter Berücksichtigung der Zugangsvoraussetzungen (Einschluss/Ausschlusskriterien), bzw. alternativ ist ebenso ein Überweisungsschein in die Schmerzambulanz der Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie möglich. In diesem Fall erfolgt dann dort die Prüfung der Zugangsvoraussetzungen.

#### 2. Patientenanmeldung

Patienten, bei denen eine tagesklinische Therapie erfolgen soll, melden sich mit dem Überweisungsschein (Vermerk „Tagesklinik“) persönlich oder telefonisch in der Tagesklinik, Haus 19, 2. Etage Nordflügel / S. Birgit (Tel.: 458 4593) oder in der Schmerz-

Uhrzeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
8.00	8.00 – 8.30 Frühsport 8.30 – 9.30 Frühstück	8.00 – 8.30 Frühsport 8.30 – 9.30 Frühstück	8.00 – 8.30 Frühsport 8.30 – 9.30 Frühstück	8.00 – 8.30 Frühsport 8.30 – 9.30 Frühstück	8.00 – 8.30 Einzeltherapie 8.30 – 9.15 Frühstück
9.30	9.30 – 10.45 Basisgruppe	9.30 – 11.00 Fertigkeiten- training: Bewusster Umgang mit Gefühlen und Zwischenmenschliche Wirksamkeit	9.30 – 10.30 offene Gesprächsgruppe	9.30 – 11.00 Basisgruppe	9.15 – 10.45 Fertigkeiten- training: Bewusster Umgang mit Gefühlen und Zwischenmenschliche Wirksamkeit
10.45	10.45 – 11.15 Plenum		10.45 – 11.30 segmentale WS-Stabilisierung		10.50 -11.20 Entspannung
11.40	11.40 – 12.40 AMW / Ausdauer	11.40 – 12.40 Ausdauer/Work Hardening	11.45-12.30 Information	11.40 – 12.40 AMW / Ausdauer	11.40 – 12.40 Ausdauer/Work Hardening
13.00 – 14.00	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause Einzeltherapie lt. Plan
14.00	14.00-15.00 Einzeltherapie lt. Plan	14.00 – 15.00 Einzeltherapie lt. Plan	14.00 – 14.45 Entspannung	14.00 – 15.00 Einzeltherapie lt. Plan	14.00-15.30 Basisgruppe Wochenabschluss
15.00 – 16.45	15.00-16.15 Ergotherapie Einzeltherapie lt. Plan Therapieende 16.15	15.15-17.00 Körperwahrnehmung Einzeltherapie lt. Plan Therapieende 17.00	15.00-16.15 Ergotherapie Einzeltherapie lt. Plan Therapieende 16.15	15.00-16.15 Ergotherapie Einzeltherapie lt. Plan Therapieende 16.15	Therapieende 15.30

Abb.: 1 Wochenplan Schmerz-Tagesklinik Woche 3 „Akzeptanz und Veränderung“

ambulanz (Frau Wunderlich / Tel.: 458 3354) und erhalten zunächst unseren Fragebogen mit der Bitte um Rücksendung mit aussagefähigen Befundunterlagen. Zeitnah wird ihnen dann nach Eingang des ausgefüllten Fragebogens ein Beratungstermin mitgeteilt.

### 3. Patienteninformationen

Die Patienten erhalten vor Beginn der tagesklinischen Therapie ausführliche mündliche und schriftliche Informationen über den Behandlungsablauf und das therapeutische Procedere. Bei weitem Anfahrtsweg (max. aber eine Stunde pro Fahrt) ist eine Fahrtkostenübernahme nach Abschluss der tagesklinischen Behandlung möglich und kann nach Beantragung beim Kostenträger erfolgen. Eine Patientenzuzahlung ist für die tagesklinische Therapie nicht erforderlich.

### Weiterbehandlung

Nach 4-wöchiger stationärer Therapie erfolgt die Entlassung der Patienten in die ambulante Weiterbehandlung mit einem Kurarztbrief, der über Besonderheiten der tagesklinischen Diagnostik und Therapie informiert und Empfehlungen für das weitere ambulante Procedere gibt. Der ausführliche Abschlussbericht folgt nach Abschluss der Wiederholungswoche, welche die tagesklinische Behandlung beendet. Das Kernthema unsere Tagesklinik – die Sensibilisierung der Patienten für ein bio-psycho-soziales Krankheitsmodell – soll den Patienten vor allem die Chance zur Veränderung bestehender Strukturen und Gegebenheiten eröffnen. Wir wollen informieren, motivieren, dem Patienten seine eigenen Ressourcen aufzeigen und einen Plan zu deren Nutzung anbieten. Dies kann jedoch nur ein Anfang sein.

Für einen langfristigen Therapieerfolg ist vor allem die ambulante Weiterbehandlung entscheidend. Wir sind deshalb an einem engen fachlichen Erfahrungsaustausch interessiert und planen zukünftig den Aufbau eines Behandleretzes für chronische Schmerzpatienten. Mit dem vorgestellten Therapiekonzept am Universitätsklinikum Dresden soll die Versorgung dieses speziellen Patientenkollektivs verbessert werden und die Worte von M. Zenz (Präsident der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes) „Die Therapie chronischer Schmerzen ist eine der vorrangigsten interdisziplinären Aufgaben des Arztes“ in der täglichen Praxis umgesetzt werden.

Korrespondenzadresse: Dr. med. Sabine Michel  
Leiterin des UniversitätsSchmerzCentrums  
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus  
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

## 4. Jahrestagung für Transplantationsbeauftragte der DSO-Region Ost

### Organ- und Gewebespende – eine Gemeinschaftsaufgabe

30. Juni 2005

#### PROGRAMM

10.30 Uhr Empfang  
11.00 Uhr Begrüßung  
Dr. H. Friebel,  
Ärztchamber Sachsen-Anhalt  
11.15 Uhr Situation der Organ- und Gewebespende in der Region Ost  
Dr. Ch. Wachsmuth,  
DSO Region Ost  
Dr. T. Bredehorn, DSO-G  
12.00 Uhr Recht und Ethik zur Organ- und Gewebespende – ein Zwiegespräch  
Prof. Dr. H. Lilie,  
MLU Halle-Wittenberg  
Prof. Dr. K. Tanner,  
MLU Halle-Wittenberg  
12.45 Uhr Empfängerschutz zur Organ- und Gewebespende  
Prof. Dr. W. Lauchart,  
DSO Region  
Baden-Württemberg  
13.30 Uhr Mittagspause

14.15 Uhr Leberzellspende – Situationsbericht  
Prof. Dr. M. Ott,  
MH Hannover  
14.35 Uhr Gefäßentnahme und -transplantation  
Dr. O. Richter,  
Universität Leipzig  
15.05 Uhr Corneaentnahme und -transplantation  
Prof. Dr. G. Duncker,  
MLU Halle-Wittenberg

#### Veranstaltungsort:

Verwaltungszentrum für Heilberufe  
Doctor-Eisenbart-Ring 2  
39120 Magdeburg  
Anfahrt:  
[www.aeksa.de](http://www.aeksa.de)

Die Anmeldung senden Sie an:  
Fax-Nr.: 0341-52 55 76 89 oder  
E-Mail: [annette.haberland@dso.de](mailto:annette.haberland@dso.de)

## Leserbriefe

### Ärzteblatt Sachsen, Heft 4/2005 „Ärzte und Medizin im Nationalsozialismus“

Dr. med. habil. Heinz Brandt  
August-Bebel-Straße 4  
04860 Torgau

14. 4. 2005

Sehr geehrter Herr Präsident,  
lieber Herr Professor Dr. Schulze,

ich beglückwünsche Sie und Ihre Mitarbeiter zu den hervorragenden Aufsätzen im Aprilheft des Ärzteblatt Sachsen. Meines Erachtens würden sich die gesamten Aufsätze zur Medizin im Nationalsozialismus für ein besonderes Buch der Sächsischen Landesärztekammer – ähnlich den „Erlebnissen 1939 – 1949“ – eignen.

Sofern die vorliegenden Abhandlungen nicht die für ein Buch notwendige Fülle bringen, könnte man noch zwei Schriften ergänzend anfügen, die – einerseits verdeutlichen, dass die dargelegten kriminellen Handlungen nur einem begrenzten Teil damaliger Ärzte angelastet werden können, – andererseits aber darlegen, warum wir deutschen Ärzte nach diesen Erfahrungen heute in unserer Mehrzahl so vorsichtig, zurückhaltend oder ablehnend Euthanasieprobleme, Schwangerschaftsabbrüche und Handlungen in der Sterbephase diskutieren. Die theoretischen Überlegungen, sogar die rassistischen, mit denen die Nazi-Ideologen die kriminellen Handlungen in der Medizin begründeten, entstammen ja nicht den Hirnen Hitlers oder seines Gefolges, sondern wurden weltweit bereits Jahrzehnte zuvor von namhaften Denkern oder Wissenschaftlern ventiliert. Ich kann das typisch Nazistische an den medizinischen Verbrechen während der Nazi-Zeit vornehmlich in der diktatorischen, kriminellen und brutalen Umsetzung Jahrzehntealter Gedanken erkennen.

Zusammensetzung und Ergänzung der Aufsätze zu einem Buch könnte daher erwägenswert sein. Zugleich würde damit im Anschluss an den Band „Erlebnisse“ die Sächsische Landesärztekammer eine Buchreihe allgemein interessierender „Grenz-Bücher“ eröffnen, die sich von Fall zu Fall durch andere Themen ergänzen lässt.

Mit freundlichen Grüßen und  
in alter Verbundenheit  
Ihr Dr. med. habil. Heinz Brandt

Dr. Ingrid Wüstling  
Schönaer Straße 8  
01259 Dresden

27. 4. 2005

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ihre Publikation zum oben genannten Thema hat mich sehr berührt und nachdenklich gemacht. Ich danke Ihnen für die Veröffentlichung dieser Arbeiten gerade zum jetzigen Zeitpunkt. Für mich ist es schwer zu begreifen, dass Ärzte zu solcher Menschenverachtung fähig waren und immer wieder muss ich mich fragen: wie hättest du in diesen Situationen gehandelt?

Auch wenn ich am Ende der Naziherrschaft erst neun Jahre alt war, fühle ich auch heute noch eine Schuld gegenüber den Millionen von ermordeten und verstümmelten Opfern. Mein Vater war Arzt und von 1939 bis 1945 im Krieg, aber über diese Zeit hat er nie mit uns gesprochen.

Ich hoffe, dass dieses Heft dazu beiträgt, jungen Kollegen deutlich zu machen, dass bei allem Tun und Forschen immer der Mensch in seiner Würde geachtet und als Persönlichkeit behandelt werden muss.

Mit kollegialen Grüßen  
Ihre Ingrid Wüstling

Betr. S. Bigl, D. Beier: Schutzimpfungen im Freistaat Sachsen, Ärzteblatt Sachsen 5/2005

Sehr geehrte Damen und Herren,

im oben genannten Artikel wird durch den Zusatz „RKI“ (Robert Koch-Institut) hinter meinem Namen der Eindruck erweckt, dass ich mit meinem Vortrag auf dem Sächsischen Impftag „für“ oder „im Auftrag“ des Institutes gesprochen habe. Dies war nicht der Fall. Auf der ersten Vortragsfolie mit meiner Vorstellung war „Kinderarzt, Berlin“ vermerkt, und während der Einführung habe ich ausdrücklich darauf hingewiesen, dass ich als Privatmann und auf Einladung des Veranstalters zu dem im Artikel genannten Thema rede.

Mit freundlichen Grüßen!  
Dr. Alfred Nassauer  
Emmentaler Straße 99a, 13409 Berlin

Dr. med. Suse Luise Härtel  
Dermatologin,  
ZB Phlebologie/Allergologie

23. 3. 2005

### Leserbrief zu I. Teuwen et. al.: Ulcus cruris Interdisziplinäre Therapie Praxisnah, „Ärzteblatt Sachsen“, 3/2005, 108 – 111

Den Autoren sei Dank, das Thema „Ulcus cruris, Interdisziplinäre Therapie, praxisnah“ der breitgefächerten Leserschaft des Ärzteblatt Sachsen ins Bewusstsein gerückt zu haben.

Sie beschreiben ausführlich und übersichtlich gegliedert die moderne Lokalbehandlung von chronischen Wunden und meinen in der Zusammenfassung, dass damit eine „effiziente und kosteneffektive“ Behandlung erleichtert werde. Allerdings bedarf die Gewichtung und Beschreibung der interdisziplinären Therapie des Ulcus cruris, das zu über 70 Prozent durch eine chronische venöse Insuffizienz bedingt ist, eines Kommentars. Entweder ist die Überschrift des Beitrages unpassend oder das Thema ist nicht erschöpfend behandelt.

80 Prozent der Ausführungen sind auf vier Seiten nur dem Thema Lokalthherapie chronischer Wunden, insbesondere mit den von der Industrie in mannigfaltiger Weise zur stadiengerechten Behandlung angebotenen, in der Hand des erfahrenen Fachmanns durchaus gut wirksamen, jedoch kostenintensiven Wundauflagen gewidmet. Lediglich in zwei Sätzen des Absatzes Therapieplanung wird erwähnt, dass die Basis der Behandlung chronisch venöser Ulzerationen die Kompressionstherapie und Beübung der Extremitäten zur Druckentlastung des venösen Systems ist. Später sind unter dem Absatz Chirurgisches Wunddebridement beiläufig Shave-Therapie und Fasziotomie bei Dermatoliposklerose erwähnt, während zum Beispiel das Biodebridement mittels *Lucilia sericata* mit 10 Sätzen bedacht wird.

Im Vordergrund der interdisziplinären Therapie des Ulcus cruris varicosum und postthromboticum stehen heute nicht mehr die konservativen symptomatischen Therapieverfahren, wie der Beitrag den Eindruck erweckt, sondern die chirurgische Entfernung insuffizienter Abschnitte des superfiziellen und transfaszialen Venensystems nach eingehender kompetenter Funktionsdiagnostik (arterielle und venöse Duplexsonografie, Lichtrefle-

xionsrheografie, eventuell auch Phlebografie und Phlebodynamometrie zum Nachweis der Besserbarkeit), auch am ulzerierten Bein. Jedes Ulcus cruris im weitesten Sinne, auch das vermeintlich nicht venöse, das nach spätestens sechs Monaten mittels der von den Autoren geschilderten Lokalthherapie nicht abheilt, bedarf der oben genannten Diagnostik mit dem Ziel differentialdiagnostischer Einordnung und möglicher causaler chirurgischer Intervention, die unter Umständen durchaus am ulzerierten Unterschenkel möglich ist.

Die dadurch erreichbare Besserung oder Normalisierung des Venendruckes führt zur Normalisierung der gestörten Mikrozirkulation, auch im Bereich des Ulcusgrundes, so dass es in den meisten Fällen nur noch einer Feucht- und Keimfreiheit mittels selbst herstellbarer Physiologischer Kochsalz- oder Betaisodona®-Kompressen (fungizid, bakterizid) bedarf, um die chronische Wunde zur Abheilung zu bringen, was unvergleichlich kostengünstiger sein dürfte als die jahrelange frustrierte alleinige Lokalthherapie mit Wundauflagen, Keratinozytenkulturen, Wachstumsfaktoren usw. auf chronisch venös gestautem Ulcusgrund.

Postthrombotische, meist gleichzeitig arthrogen bedingte, den distalen Unterschenkel umgebende Ulcera cruris mit Kompartmentsyndrom werden nach ausführlicher Diagnostik in dafür spezialisierten Zentren wie Haut- oder Gefäßchirurgischen Kliniken einer so genannten Shave-Therapie mit sofortiger Mashgraft-Transplantation zugeführt. Oft ist eine gleichzeitige Spaltung der fibrosierten Muskelfaszie, die das Kompartmentsyndrom hervorruft, segensreich.

Patienten mit Operations-Kontraindikationen bei venösem Ulcus cruris sollten dann nach dem im Beitrag mitgeteilten Wundmanagement betreut werden.

Literatur bei der Verfasserin

Dr. med. Suse Luise Härtel  
Am Pfiff 11, 01187 Dresden

Beantwortung des Leserbriefes von  
Dr. med. Suse Luise Härtel

29. 4. 2005

Sehr geehrte Frau Dr. Härtel,

vielen Dank für Ihren Leserbrief zu unserem Artikel. Wie am Anfang unseres Artikels erwähnt, stimmen wir Ihnen selbstverständlich vollkommen zu, dass die Basistherapie venöser Ulcera in der Druckentlastung des venösen Systems liegt. Die Gefäßdiagnostik, Kompressionsverbände und die Sanierung insuffizienter Venen sowie ggf. die Shave-Therapie und Faziotomie bei Dermatoliposklerose gehören hierbei zum Goldstandard. In der Therapieplanung haben wir aus diesem Grund darauf hingewiesen, dass eine weiterführende Behandlung mit modernen Wundauflagen ohne suffiziente Druckentlastung nahezu ineffektiv ist.

Sicherlich weisen Sie zu Recht daraufhin, dass dieser wesentliche Aspekt der Wundbehandlung in unserem Artikel zu kurz aufgegriffen wird. Allerdings war dies auch nicht das primäre Ziel unserer Arbeit. Vielmehr wollten wir in diesem Artikel – auch auf Wunsch der Herausgeber – eine Übersicht über die verfügbaren konservativen Therapien und Informationen für den sinnvollen Einsatz moderner Wundauflagen liefern. In Hinblick auf diese Thematik ist die Anpassung der Überschrift unsererseits zu überdenken.

Hinsichtlich der lokalen Wundversorgung vertreten Sie die Ansicht, dass physiologische Kochsalz- oder Betaisodona®-Kompressen meist ausreichend sind. Durch solche Kompressenverbände kann nach unserem Erachten jedoch kein optimales Wundmilieu geschaffen werden. Die Risiken sind Mazeration der Wundränder, mangelhafte Aufnahme von überschüssigem Wundsekret und die zytotoxische Wirkung jodhaltiger Externa. Moderne Wundauflagen gewährleisten hingegen die Aufnahme von Wundsekret, Bindung von Gewebstrümmern, Gasaustausch, Schutz der Wunde, atraumatische Verbandswechsel und bedarfsweise eine effektive antimikrobielle Wirkung.

Wie einige Studien belegen, ermöglichen moderne Wundauflagen auf diese Weise eine sinnvolle Ergänzung der Ulcusterapie. Allerdings ersetzen sie keinesfalls die direkte Behandlung der venösen Stauung und deren Folgeerscheinungen. Für die Behandlung chronischer Wunden stellen daher die arterielle und venöse Funktionsdiagnostik und die daraus resultierenden – auch operative – Maßnahmen, wie von Ihnen dargestellt, stets die Grundlage des therapeutischen Vorgehens dar.

Isabell Teuwen  
Prof. Dr. med. Jan Christoph Simon



## Prof. Dr. med. habil. Wolfgang Leupold zum 65. Geburtstag

Für den seit Jahren regelmäßig stattfindenden kinderärztlichen allergologisch-pulmologischen Stammtisch in Dresden ist keinerlei Werbung erforderlich, denn der Referent dieser Vortragsreihe mit neuesten Themen aus der Wissenschaft, die didaktisch geschickt auf den Punkt gebracht und auf Praxisrelevanz abgeklopft werden, ist Professor Wolfgang Leupold aus der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden. Sein Name ist seit Jahrzehnten ein Markenzeichen für Kollegialität, breites kinderärztliches Wissen, Entscheidungsfreude, engagiertes Forschen für kranke Kinder und persönliche Einsatzbereitschaft geworden.

Seine Geburts- und Heimatstadt Chemnitz hat ihn mit allen positiven Eigenschaften dieser Region geprägt, hinsichtlich seiner so überdurchschnittlichen Arbeitsintensität, seinem Interesse und differenzierten Verständnis für technische und naturwissenschaftliche Entwicklungen, seiner Affinität zur Kunst und zur Natur und auch hinsichtlich seines unbestechlichen Durchhaltevermögens. Bis zum Physikum studierte er in Leipzig, danach an der Medizinischen Akademie in Dresden. 1964 folgten das Staatsexamen und die Promotion. Nach einem Assistenzjahr im Kreiskrankenhaus Quedlinburg kehrte er nach Dresden zurück und begann 1965 seine Facharztausbildung für Kinderheilkunde, die er 1969 beendete und kurze Zeit danach mit der Teilgebietsbezeichnung Kinder- Lungen- und Bronchialheilkunde sowie der Zusatzbezeichnung Allergologie, Umweltmedizin und Sportmedizin erweiterte. 1976 wurde die Abteilung für Pädiatrische Bronchopneumologie gegründet, zu der er von Anfang an gehörte, ab 1978 als Oberarzt und als stellvertretender Abteilungsleiter. 1980 folgte die Habilitation über „Untersuchungen zur bronchialen Reaktivität bei Kindern mit rezidivierenden und chronischen Erkrankungen der Atemwege und der Lunge“, die 1982 mit dem Schlossmann-Preis der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR ausgezeichnet wurde. Nach der 1987 erfolgten Ernennung zum Dozenten für Kinderheilkunde folgte eine einjährige Lehrtätigkeit als associate professor am Gondar College of Medical Sciences in Äthiopien. Der Titel eines außerplanmäßigen Professors für Pädiatrie an der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden wurde Wolfgang Leupold 1991 ver-



liehen. Von 1994 bis 2003 wirkte er als Stellvertretender Klinikdirektor. In dieser Funktion war er maßgeblich an den Planungen des Neubaus sowie an der Einrichtung des Kinder- und Frauenzentrums des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus beteiligt. Der Aufbau des modern ausgestatteten pädiatrischen Lungenfunktionslabors inklusive moderner allergologischer Untersuchungsmethoden, das als nicht nur bundesweit gefragtes Referenz- und Ausbildungszentrum gilt, ist dem Engagement von Prof. Leupold und der Zusammenarbeit mit einem großen Team von engagierten Kinderkrankenschwestern, Kinderärztinnen und Kinderärzten unter seiner Leitung zu verdanken. Neben dem kindlichen Asthma bronchiale und der Mukoviszidose haben ihn interstitielle Lungenerkrankungen sowie die Atemwegs- und Insektengiftallergien in ganz besonderem Maße beschäftigt. Durch seine zeitweilige Tätigkeit in der anfangs auch noch allgemeinpädiatrisch orientierten Kinderpoliklinik sowie durch die Mitarbeit in der Sächsischen Impfkommision ist Prof. Leupold in Impffragen ständig auch im Detail auf dem Laufenden und als kompetenter Ansprechpartner gefragt. Schon ab 1972 engagierte er sich für die Erforschung des plötzlichen Kindstodes und der Säuglingssterblichkeit. Von ihm kam einer der wesentlichen fachlichen Impulse zur Einrichtung eines Kinderschlaflabors in der Dresdner Universitätskinderklinik, ebenso wie Anregungen zu nuklearmedizinischen Untersuchungen der Lungenperfusion und

-ventilation, zu plazebokontrollierten Untersuchungen von Laser-Akupunktur-Effekten bei kindlicher Pollinosis, zu pharmakokinetischen Studien oder zu massenspektroskopischen Untersuchungen der Ausatemluft bei Kindern mit akuten und chronischen Lungenerkrankungen.

Sein breites Fachwissen und seine umfangreichen Forschungsergebnisse haben als Mitherausgeber in drei Auflagen des Buches „Asthma bronchiale im Kindesalter“ (Thal/Leupold/Wunderlich 1977, 1983 und 1988), in zwei Auflagen des Lehrbuches „Lungenfunktionsdiagnostik bei Kindern“ (Lindemann/Leupold/Niggemann, 1997 und 2003), in zahlreichen Buchbeiträgen und sehr vielen Publikationen ihren Niederschlag gefunden. Diese umfangreichen Aktivitäten finden ihren Ausdruck in einem beeindruckenden Engagement in zahlreichen Fachgesellschaften. Prof. Leupold ist ein gefragter Experte im Vorstand der Deutschen Atemwegliga e.V., der internationalen Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie, der Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin, des Ärzteverbandes Deutscher Allergologen, der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und Klinische Immunologie, der Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Pneumologie und Allergologie sowie als Mitglied der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, der Deutschen Akademie für Allergologie und Umweltmedizin und der Sächsischen Impfkommision.

Die Sächsische Landesärztekammer verdankt ihm zahlreiche Impulse unter anderem als langjähriger Vorsitzender der Prüfungskommissionen für Kinder- und Jugendheilkunde, für Allergologie sowie für Kinder-, Lungen- und Bronchialheilkunde und als Stellvertretender Vorsitzender der Weiterbildungskommission. Mit dieser engagierten und zeitintensiven Arbeit hat er Strukturen gesetzt, evidenzbasierte Qualitätsansprüche in die Praxis hineingetragen und ärztliches Handeln jahrzehntelang geprägt.

Wir wünschen Herrn Professor Leupold im Namen aller Kolleginnen und Kollegen, Schüler und Freunde Gesundheit, viel Freude und Zeit für seine Familie sowie für sein Interesse an zeitgenössischer Kunst und für Reisen in seinen geliebten afrikanischen Kontinent.

Prof. Dr. Peter Wunderlich  
Dr. Christian Vogelberg  
Prof. Dr. Ekkehart Paditz

# Unsere Jubilare im Juli

Wir gratulieren

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <p><b>60 Jahre</b></p> <p>01. 07. Kilian, Ulla-Katrin<br/>08315 Bernsbach</p> <p>04. 07. Dipl.-Med. Zapf, Günther<br/>09496 Marienberg</p> <p>09. 07. Dr. med. Förster, Klaus<br/>02742 Friedersdorf</p> <p>09. 07. Dr. med. Jackisch, Wilfried<br/>02906 Niesky</p> <p>11. 07. Dipl.-Med. Eulitz, Gundula<br/>01259 Dresden</p> <p>13. 07. Dr. med. Hückel, Doris<br/>04177 Leipzig</p> <p>13. 07. Dr. med. Reichel, Wolfgang<br/>01558 Großenhain</p> <p>15. 07. Doz. Dr. med. habil. Baier, Dieter<br/>04317 Leipzig</p> <p>16. 07. Brandt, Kristina<br/>09217 Burgstädt</p> <p>16. 07. Dr. med. Lübbcke, Heino<br/>95173 Schönwald</p> <p>22. 07. Borodko, Marian<br/>76131 Karlsruhe</p> <p>26. 07. Dr. med. Reichelt, Petra<br/>01848 Hohnstein</p> <p>27. 07. Lamnek, Eva<br/>01689 Weinböhla</p> <p>27. 07. Dr. med. Vollstädt, Gotthart<br/>01129 Dresden</p> <p>29. 07. Mueller, Eva<br/>01662 Meißen</p> <p>29. 07. Dipl.-Med. Müller, Dietrich<br/>01844 Neustadt</p> <p><b>65 Jahre</b></p> <p>01. 07. Dr. med. Richter, Christine<br/>01277 Dresden</p> <p>02. 07. Kühnert, Claus<br/>04209 Leipzig</p> <p>03. 07. Dr. med. Böhme, Christian<br/>08321 Burkhardtgrün/Zschorlau</p> <p>06. 07. Dr. med. Krohn, Karlheinz<br/>09573 Grünberg</p> <p>06. 07. Dr. med. Neumerkel, Hans-Jörg<br/>08060 Zwickau</p> <p>06. 07. Dr. med. Ohl, Peter<br/>08393 Meerane</p> <p>07. 07. Dr. med. Böhmer, Sonnhild<br/>01099 Dresden</p> <p>07. 07. MUDr. Frater, Alexander<br/>01033 Dresden</p> <p>10. 07. Köhn, Erika<br/>04317 Leipzig</p> <p>10. 07. Dr. med. Schmidt, Johann<br/>09126 Chemnitz</p> <p>11. 07. Dr. med. Paasch, Hartmut<br/>04838 Eilenburg</p> <p>13. 07. Abraham, Anna<br/>04720 Döbeln</p> <p>13. 07. Dr. med. Schreiber, Regina<br/>09599 Freiberg</p> <p>14. 07. Hertel, Frieder<br/>08301 Schlema</p> <p>14. 07. Dr. med. Starck, Erika<br/>01326 Dresden</p> <p>15. 07. Elbe, Ellen<br/>09224 Grüna</p> <p>16. 07. Dr. med. Baumann, Johannes<br/>09212 Limbach-Oberfrohna</p> <p>17. 07. Dr. med. Spannemann, Winfried<br/>09212 Limbach-Oberfrohna</p> <p>18. 07. Dr. med. Hoyer, Theobald<br/>08412 Werdau</p> <p>20. 07. Dr. med. Hasper, Barbara<br/>02708 Löbau</p> <p>20. 07. Dr. med. Lutze, Christa-Maria<br/>04158 Leipzig</p> <p>20. 07. Dr. med. Wihnaleck, Gerd<br/>01796 Pirna</p> <p>21. 07. Dr. med. Bergert, Gottfried<br/>01877 Schmölln</p> <p>21. 07. Dr. med. Lange, Ulrich<br/>08209 Auerbach</p> | <p>24. 07. Dr. med. Heberling, Ingrid<br/>04416 Markkleeberg</p> <p>24. 07. Dr. med. Lörche, Johannes<br/>01558 Großenhain</p> <p>25. 07. Dr. med. Schedwill, Klaus<br/>01445 Radebeul</p> <p>26. 07. Doz. Dr. sc. med. Weber, Jürgen<br/>08432 Steinpleis</p> <p>27. 07. Dr. med. Diétel, Rolf<br/>09123 Chemnitz/Einsiedel</p> <p>28. 07. Dr. med. Wegner, Gisela<br/>01662 Meißen</p> <p>29. 07. Dr. med. Petermann, Margot<br/>09123 Chemnitz</p> <p>30. 07. MUDr./Karls-Universität Prag Chudoba, Günter<br/>01219 Dresden</p> <p>30. 07. Dr. med. Hahmann, Elfriede<br/>01589 Riesa</p> <p>30. 07. Höhn, Erika<br/>04319 Leipzig</p> <p>30. 07. Dr. med. Hübner, Peter<br/>09117 Chemnitz</p> <p>31. 07. Dr. med. Wenzel, Vera<br/>04157 Leipzig</p> <p><b>70 Jahre</b></p> <p>02. 07. Griefenow, Anna<br/>04159 Leipzig</p> <p>03. 07. Dr. med. Trültzsch, Siegfried<br/>08064 Zwickau</p> <p>05. 07. Dipl.-Med. Lösche, Haldor<br/>01471 Radeburg</p> <p>07. 07. Dr. med. Fleischer, Eva-Maria<br/>04178 Leipzig</p> <p>09. 07. Dr. med. Heyser, Heinz<br/>02625 Bautzen</p> <p>09. 07. Prof. Dr. med. habil. Richter, Joachim<br/>04509 Delitzsch</p> <p>11. 07. Dr. med. Scheidig, Ingrid<br/>01219 Dresden</p> <p>12. 07. Dr. med. Möckel, Liesa<br/>09599 Freiberg</p> <p>13. 07. Dr. med. Vettters, Wolfgang<br/>01917 Kamenz</p> <p>17. 07. Dr. med. Schreier, Lothar<br/>08280 Aue</p> <p>19. 07. Krabes, Brigitte<br/>04316 Leipzig</p> <p>20. 07. Dr. med. Kunkel, Inge<br/>09350 Lichtstein</p> <p>20. 07. Dr. med. Lehnert, Ute<br/>01445 Radebeul</p> <p>21. 07. Dr. med. Preuße, Christiane<br/>04109 Leipzig</p> <p>22. 07. Dr. med. Aßmus, Brigitte<br/>01307 Dresden</p> <p>23. 07. Dr. med. Brauer, Karl-Heinrich<br/>01307 Dresden</p> <p>23. 07. Dr. med. Kipping, Margrid<br/>04329 Leipzig</p> <p>26. 07. Dr. med. Heß, Friedrich<br/>08064 Zwickau</p> <p>26. 07. Dr. med. Langner, Dieter<br/>04328 Leipzig</p> <p>29. 07. Dr. med. Ernst, Rosemarie<br/>01307 Dresden</p> <p>31. 07. Tunger, Werner<br/>02625 Bautzen</p> <p><b>75 Jahre</b></p> <p>02. 07. Prof. Dr. med. habil. Theile, Herbert<br/>04319 Leipzig</p> <p>09. 07. Dr. med. Zwingerberger, Manfred<br/>09496 Marienberg</p> <p>11. 07. Steiner, Hubert<br/>08340 Schwarzenberg</p> <p>11. 07. Dr. med. Wunderlich, Hans<br/>04643 Geithain</p> <p>18. 07. Prof. Dr. med. habil. Wohlgemuth, Balthasar<br/>04229 Leipzig</p> <p>21. 07. Müller, Gisela<br/>09131 Chemnitz</p> | <p>22. 07. Dr. med. Jaeger, Hans-Dieter<br/>04275 Leipzig</p> <p>22. 07. Dr. med. Stafetzky, Rudi<br/>08280 Aue</p> <p>23. 07. Dr. med. Bloch, Ursula<br/>08468 Reichenbach</p> <p>27. 07. Dr. med. Bretschneider, Eva<br/>01217 Dresden</p> <p><b>80 Jahre</b></p> <p>22. 07. Grams, Johanna<br/>04347 Leipzig</p> <p><b>81 Jahre</b></p> <p>18. 07. Dr. med. Dr. med. dent. Rennefarth, Ilse<br/>01067 Dresden</p> <p>31. 07. Dr. med. Seikowski, Gisela<br/>08645 Bad Elster</p> <p><b>82 Jahre</b></p> <p>06. 07. Dr. med. habil. Böhm, Heinz<br/>01307 Dresden</p> <p>21. 07. Dr. med. Börnicke, Erika<br/>01324 Dresden</p> <p><b>83 Jahre</b></p> <p>06. 07. Prof. Dr. med. habil. Zeumer, Georg<br/>04668 Grimma</p> <p>08. 07. Dr. med. Weber, Ulrich<br/>08645 Bad Elster</p> <p>12. 07. Dr. med. Weißbrodt, Charlotte<br/>04157 Leipzig</p> <p>14. 07. Iekar/Medizinische Hochschule<br/>Sofia Milev, Gantscho<br/>04209 Leipzig</p> <p>20. 07. Prof. em. Dr. med. habil. Fischer, Waltraude<br/>04207 Leipzig</p> <p>27. 07. Dr. med. Stüve, Annemarie<br/>04668 Grimma</p> <p><b>84 Jahre</b></p> <p>11. 07. Dr. med. Walther, Erich<br/>04317 Leipzig</p> <p>18. 07. Prof. Dr. med. habil. Paerisch, Manfred<br/>04416 Markkleeberg</p> <p>19. 07. Dr. med. Gessner, Margarete<br/>04683 Lindhardt</p> <p>30. 07. Prof. Dr. med. habil. Günther, Otfried<br/>01097 Dresden</p> <p><b>85 Jahre</b></p> <p>19. 07. Prof. em. Dr. med. habil. Tittel, Kurt<br/>04229 Leipzig</p> <p><b>87 Jahre</b></p> <p>23. 07. Dr. med. Marschner, Erhard<br/>09355 Gersdorf</p> <p><b>88 Jahre</b></p> <p>17. 07. Dr. med. Fischer, Gerhard<br/>04316 Leipzig</p> <p><b>89 Jahre</b></p> <p>08. 07. Dr. med. Wirth, Klaus<br/>04299 Leipzig</p> <p>31. 07. Oelsner, Heinz<br/>09366 Stollberg</p> <p><b>90 Jahre</b></p> <p>07. 07. Dr. med. Einecker, Lisa<br/>01705 Freital</p> <p><b>92 Jahre</b></p> <p>21. 07. Dr. med. Ries, Traude<br/>04279 Leipzig</p> <p><b>94 Jahre</b></p> <p>29. 07. Ports, Eberhard<br/>01328 Dresden</p> |
|---|--|---|

## Dr. med. Paul Luther – ein Sohn des Reformators



Abb. 1: Die singende Lutherfamilie (mit Melanchthon); aus: Hesselbacher „Luthers Käthe“; 1934

Nach Johannes (1526) und Martin (1531) wurde der 3. Sohn von Katharina und Dr. Martin Luther am 28. Januar 1533 in Wittenberg geboren. Er bekam den Namen des Apostel Paulus. In der Taufrede hatte der Reformator vor seinen Gästen folgendes ausgeführt: „... Ich habe meinen Sohn lassen Paul heißen, denn der heilige Paulus hat uns viel große Lehren und Sprüche vorgetragen. Gott gebe ihm die Gnade und Gaben Pauli. Ich will, so Gott will, alle meine Söhne von mir tun: der Lust zum Kriege hat, den will ich zu Hans Löser tun; der Lust zu studieren hat, zu Jonas und Philippus; der Lust zur Arbeit hat, den will ich zum Bauern tun.“ Dem Erbmarschall Hans Löser, der Pate von Paul Luther wurde, hatte der frisch gebackene Vater in einem Brief, bezogen auf Paul, geäußert, „...ob vielleicht Gott der Herr einen neuen Feind des Papsts oder Türkens an ihm erziehen möchte...“ Paul wurde also der Beruf eines Kriegsmannes in die Wiege gelegt. Es heißt, dass Luther zu seinen drei Söhnen strenger war, als zu seinen drei Töchtern. Eines aber galt für alle Kinder im Hause des Reformators: sie mussten fleißig mit ihrem Vater singen, der, wie Abb. 1 zeigt, auf der Laute begleitete.

Paul Luther stand mit 13 Jahren am Sterbebett seines Vaters in Eisleben und er erlebte nach dem Tode seines Vaters, wie schwer das Leben für seine Mutter und die Familie wurde. Zunächst wollte niemand aus dem Freundeskreis die Vormundschaft überneh-

men, auch Melanchthon nicht. Der Kanzler Brück intrigierte gegen die Witwe und hatte sogar gefordert, ihr die Jungen zu entziehen. Aber Katharina kämpfte um ihre Kinder und siegte. In der Zeit des Schmalkaldischen Krieges floh sie mit ihren Kindern zweimal aus Wittenberg; einmal nach Magdeburg, einmal nach Braunschweig. Nach der Rückkehr war das Wohnhaus zwar unversehrt, aber der Garten und drei Güter waren durch das Kriegsvolk völlig zerstört worden. Kurfürst Johann Friedrich, der Gönner der Familie Luther, war in Gefangenschaft geraten und den verräterischen Moritz von Sachsen wollte Katharina Luther nicht um Hilfe bitten. Der Reformator hatte diese schlimmen Zeiten auf seine Familie und das Land zukommen sehen. Es war der Dänenkönig, der Frau Luther ein Jahresgeld von 50 Gulden bewilligte. Paul wurde kein Kriegsmann. Er hatte mit Melanchthon und Winsheim gute Lehrer. Auf Anraten und mit Bewilligung seines Vaters studierte er in Wittenberg Medizin. Als 1552 wegen der Pest die gesamte Universität nach Torgau flüchtete, entschloss sich auch Katharina Luther, mit ihren beiden jüngsten Kindern, Paul und Margarete, dorthin zu fliehen. Auf der Fahrt gingen die Pferde durch und Katharina stürzte so unglücklich, dass sie an den Verletzungsfolgen am 20. Dezember 1552 in Torgau verstarb. Paul Luther promovierte 1557 in Wittenberg zum Doktor der Medizin und erhielt schon

1558 einen Ruf an die Universität Jena. Als Professor für Heilkunde kündigte er Vorlesungen über Galens Lehre von der Medizin an. In seiner Antrittsvorlesung gedachte er mit Dank seiner Mutter, die eine gute Arzneykündige und Krankenpfliegerin gewesen sei und der er viel von seinen Kenntnissen verdanke. An der Universität Jena wurde ihm der Dienst wegen seiner Rechtgläubigkeit (er sollte seinen Glauben öffentlich verteidigen) verleidet, weshalb Dr. Paul Luther 1560 als herzoglicher Leibarzt nach Weimar ging und 1567 als kurfürstlicher Leibarzt nach Brandenburg wechselte. Nach dem Tode von Joachim II. im Jahre 1571 trat er in gleicher Funktion bei Kurfürst August in Dresden in den Dienst. Beide Herren verband die lutherische Konfession und die Spagyrie. Letzteres ist die chemische Scheidung der Erze mit dem Endziel der Goldgewinnung. Dr. Paul Luther (Abb. 2) war aber nicht nur Arzt und Alchemist, sondern er wurde auch als „der Artzney Doctor“ bezeichnet. Er entwickelte eine Anzahl neuer Medikamente wie Unguentum ex nitro, Aurum potabile, oder auch solche, die aus Pflanzen gezogen wurden. In einer Schrift, die 1626 von J. Weber (Leipzig) veröffentlicht wurde, hatte sich Dr. Paul Luther „über diätetisches Verhalten in Pestzeiten“ auseinandergesetzt.



Abb. 2: Dr. med. Paul Luther, kursächsischer Leibarzt; aus: O. Sartorius „Die Nachkommenschaft D. Martin Luthers in vier Jahrhunderten“; 1926

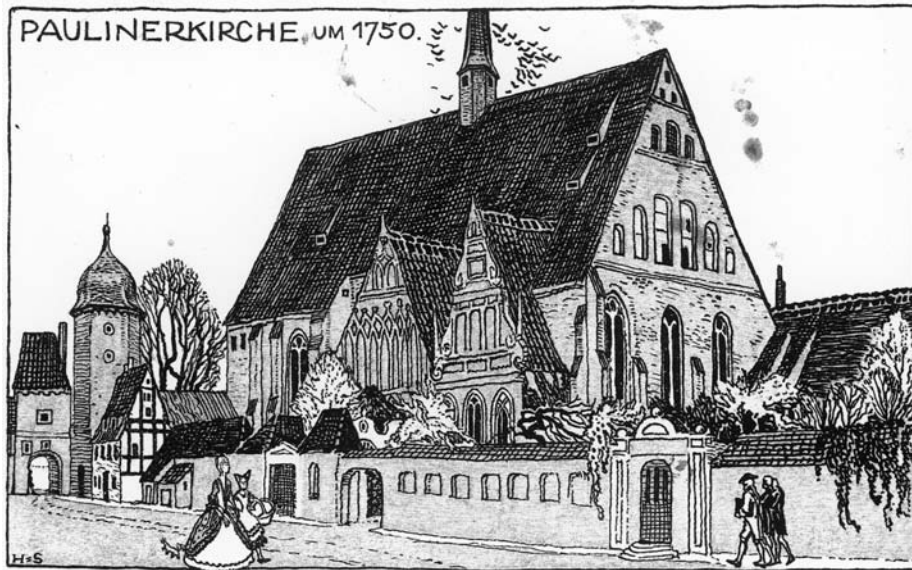


Abb. 3: Paulinerkirche Leipzig; Postkarte von 1909

Kurfürst August hatte ihm die Anwartschaft auf das Klostersgut Sornzig verliehen, aber weder Paul Luther, noch seine Nachkommen, waren in den Besitz dieses Gutes gekommen. Dr. Paul Luther war lediglich zwischen 1573 und 1593 Mitbesitzer des Freigutes Dohna (an der Müglitz), welches 1549 Clemens von Bora, sein Onkel, erworben hatte.

1553 hatte Paul Luther mit Anna von Warbeck die Ehe geschlossen. Sie hatten sechs Kinder. Nach dem Tode seiner Frau und nach dem Ableben von Kurfürst August (1586) kam es am Dresdener Hof durch den Einfluss der Kryptocalvinisten zu heftigen Streitigkeiten, so dass er unter Kurfürst Christian II. des Hoflebens müde und überdrüssig geworden, 1587 nach Leipzig verzogen ist und noch einige Jahre als praktischer Arzt tätig war. In seinem Beruf sei er „felix in praxi gewest“. Bis an sein Lebensende am 8. März 1593 blieb er treu bei der Religion seines lieben Vaters. Dr. Paul Luther wurde am 11. März 1593 in der Leipziger Paulinerkirche (Abb. 3), wo einst auch sein Vater gepredigt hatte, beerdigt. Die Grabesruhe dauerte 375 Jahre, dann kam das Jahr 1968. Am 4. April 1968 fand in der altherwürdigen Leipziger Universitätskirche St. Paulus das letzte öffentliche Konzert statt, wenige Wochen später, am 30. Mai, wurde sie gesprengt. Proteste wurden nicht geduldet und auch der Denkmalschutz war machtlos. Nicht alles aus dem Inneren der Paulinerkirche konnte für die

Nachwelt gerettet werden. Wegen der Grabstätten in der alten Universitätskirche hatte sich die Leipziger Stadtführung schon gar keinen Kopf gemacht. Sie wurden beim Ausheben der für den Universitätsneubau erforderlichen Baugrube zerstört und mit dem Bauschutt abtransportiert. So ist es nicht ausgeschlossen, dass auf einer Deponie im Leipziger Raum auch sterbliche Überreste von Dr. Paul Luther lagern. Diese Art der Grabschändung blieb leider für die Stadt Leipzig kein Einzelfall. Mit der Auflösung des Neuen Johannisfriedhofes waren Grabplünderungen großen Umfangs zugelassen worden. Der Autor stand im März 1973 vor dem Wandstelengrab des Dr. Johann Nepomuk Czermak, dem durch die Einführung des Kehlkopfspiegels für die ärztliche Praxis weltbekannten Prager Physiologen (Czermaks Garten heißt noch heute eine nach ihm benannte Straße in Leipzig) und sah die geöffnete Gruft, die zerschlagene Grabtafel und den leeren Sockel, auf dem fast 100 Jahre eine Büste von Czermak gestanden hatte. Grabschändung und Störung der Totenruhe war, ist und bleibt Missachtung der Menschenwürde. Der Beitrag soll helfen, Geschichtsvergessen nicht zuzulassen.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:  
Dr. med. Heinz Zehmisch  
Stresemannstraße 40, 08523 Plauen

#### 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.slak.de>  
E-Mail: [presse@slak.de](mailto:presse@slak.de)

#### Redaktionskollegium:

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

Redaktionsassistentz: Ingrid Hüfner

#### Anschrift der Redaktion

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

#### Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb

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

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

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

Titelgestaltung: Hans Wiesenhütter, Dresden

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

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

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

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

ISSN: 0938-8478



# Tätigkeitsbericht der Sächsischen Landesärztekammer 2004

der 32. Kammerversammlung vorgelegt

## Inhalt

1	Vorwort	269
2	Kammerversammlung	270
3	Vorstand	272
4	Bezirksstellen und Kreisärztekammern	273
4.1	Bezirksstelle Chemnitz	273
4.2	Bezirksstelle Dresden	274
4.3	Bezirksstelle Leipzig	274
4.4	Kreisärztekammern	275
5	Ausschüsse	276
5.1	Satzungen	276
5.2	Ausschuss Ambulante Versorgung	277
5.3	Ausschuss Krankenhaus	278
5.4	Schwerpunktbehandlung und Betreuung chronisch Erkrankter in Praxis und Klinik	278
5.5	Ausschuss Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie	279
5.5.1	Ärztliche Stelle RöV/StrSchV	280
5.5.1.1	Fachkommission Röntgenverordnung	280
5.5.1.2	Fachkommission Strahlentherapie	280
5.5.1.3	Fachkommission Nuklearmedizin	281
5.5.2	Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung	281
5.5.2.1	Arbeitsgruppe Perinatalogie/Neonatalogie im Jahre 2004	282
5.5.2.2	Arbeitsgruppe Chirurgie	283
5.5.2.3	Arbeitsgruppe Gynäkologie	283
5.5.2.4	Arbeitsgruppe Urologie	284
5.5.2.5	Arbeitsgruppe Orthopädie/Unfallchirurgie	285
5.5.2.6	Arbeitsgruppe Kardiologie	286
5.6	Ärzte im Öffentlichen Dienst	288
5.7	Ausschuss Prävention und Rehabilitation	289
5.8	Ausschuss Hygiene und Umweltmedizin	290
5.9	Arbeitsmedizin	291
5.10	Notfall- und Katastrophenmedizin	291
5.11	Ärztliche Ausbildung	292
5.12	Ausschuss Weiterbildung	293
5.12.1	Widerspruchskommission	293
5.13	Sächsische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung	294
5.14	Berufsrecht	295
5.15	Ausschuss Junge Ärzte	295
5.16	Ausschuss Ärztinnen	296
5.17	Ausschuss Senioren	296
5.18	Sächsische Ärztehilfe	297
5.19	Finanzen	297
6	Kommissionen und Arbeitsgruppen	298

6.1	Redaktionskollegium	298
6.2	Arbeitsgruppe Multimedia in der Medizin	299
6.3	Ethikkommission	300
6.4	Gesprächskreis Ethik in der Medizin	301
6.5	Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen	302
6.6	Kommission Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung	303
6.7	Kommission Gewalt gegen Kinder/Misshandlung Minderjähriger	303
6.8	Kommission Transplantation	304
6.9	Kommission Lebendspende gem. § 8 Abs. 3 TPG	305
6.10	Fachkommission Brustkrebs	306
6.11	Arbeitsgruppe Hirntoddiagnostik	306
6.12	Berufsbildungsausschuss „Arzthelferinnen“	307
7	Gesundheitspolitische Arbeit und Auslandskontakte	308
7.1	Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen	308
7.2	Deutsch-polnische Arbeitsgruppe	308
8	Sächsische Ärzteversorgung (13. Geschäftsjahr)	308
9	Hauptgeschäftsführung	309
9.1	Hauptgeschäftsstelle	309
9.1.1	Rechtsabteilung	309
9.1.2	Presse- und Öffentlichkeitsarbeit	312
9.1.3	Informatik und Verwaltungsorganisation	312
9.2	Ärztlicher Geschäftsbereich	313
9.3	Kaufmännischer Geschäftsbereich	314
10	Ärztliche Berufsvertretung der Wahlperiode 2003/2007	316
10.1	Vorstand	316
10.2	Kammerversammlung	316
10.3	Ausschüsse	318
10.4	Kommissionen und Arbeitsgruppen	323
10.5	Gesundheitspolitische Arbeit und Auslandskontakte	326
10.6	Sächsische Ärzteversorgung	326
10.6.1	Verwaltungsausschuss	326
10.6.2	Aufsichtsausschuss	326
10.7	Kreisärztekammern	326
10.8	Träger der Hermann-Eberhard-Friedrich- Richter-Medaille	328

## Anhang

A.	Ärztestatistik – Stand 31.12.2004	330
I.	Überblick	330
II.	Altersstruktur der Kammermitglieder	330
III.	Zu- und Abgänge von Kammermitgliedern	331
IV.	Kammermitglieder nach Gebieten und Spezialisierungen	331
V.	Weiterbildung und Prüfungswesen	332
VI.	Fortbildungsveranstaltungen der Sächsischen Akademie für ärztliche Fortbildung	336
VII.	Veranstaltungsstatistik (Kammergebäude)	337
VIII.	Zusammensetzung der Kammerversammlung in der Wahlperiode 2003 – 2007	337
B.	Mitarbeiter der Sächsischen Landesärztekammer	338
C.	Aufbau und Struktur der Sächsischen Landesärztekammer	340

## 1 Vorwort

Die ethischen Grundwerte des Arztes – Wissenschaftlichkeit, Erfahrung, persönliche Haltung und menschliche Zuneigung – haben einen unverändert hohen Stellenwert. Unter Berücksichtigung der medizinischen Entwicklung und gesellschaftlichen Erwartungen bedarf es heute zusätzlicher Qualifikationen, die über die historisch gewachsene tradierte Arzt-Patienten-Beziehung hinausreichen. Diese neueren Anspruchshorizonte sind mit Managementkompetenzen, Teamfähigkeit, Achtung der Patientenautonomie und ökonomischem Kalkül für die Solidargemeinschaft eng verbunden.

Heute muss eine Konsolidierung davoneilender Kosten bei schwindenden Einnahmen der Krankenversicherung erreicht werden. Dazu wurden in den letzten 15 Jahren rund 20 Kostendämpfungsgesetze erlassen. Die immer vordergründiger geführten Ökonomie-Debatten verdrängten zunehmend ärztlich ethische Werte, die eine Patienten-Arzt-Beziehung prägen sollten.

Die Ärzteschaft weiß selbstverständlich um die Notwendigkeit von Reformen im Gesundheitswesen, und ihr ist bewusst, dass eine Neuorientierung der Gesetzlichen Krankenversicherung notwendig ist. Aber Ärzte sind und bleiben verantwortungsvoll handelnde Mediziner in einem patientenorientierten Gesundheitswesen. Die Rolle des Arztes darf in den sich entwickelnden neuen Strukturen nicht kariert und ärztlich-ethische Maßstäbe dürfen nicht reduziert werden.

Die neuen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen haben zu mehr Reglementierung und Bürokratisierung der Medizin geführt. Trotzdem versuchen wir Ärzte, den hohen Standard der Medizin in Deutschland zu halten und die Erwartungen der Patienten im Hinblick auf Zuhören, Beraten, Heilen, Versorgen auch zukünftig nicht zu enttäuschen.

Die sächsische Ärzteschaft nimmt durch die Selbstverwaltung ihres Berufsstandes unter Beachtung des Patienten- und Gemeinwohls eine maßgebliche Verantwortung bei der kompetenten Beratung der Politik zu den zukünftigen medizinischen Basisleistungen, den neuen Versorgungsformen sowie der konstruktiv kritischen Kommentierung von DRG und DMP wahr. Denn neben den Patienten selbst gibt es niemanden, der mit so viel Sachkenntnis, so viel persönlicher Erfahrung und sozialem Erleben heraus diese Beratungsfunktion übernehmen könnte. Die Vielzahl der ehrenamtlich in den Gremien der Sächsischen Landesärztekammer engagierten Kollegen und die enorme Breite der von ihnen geleisteten Arbeit werden in diesem Tätigkeitsbericht zusammengefasst dargestellt.

*Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
Präsident der Sächsischen Landesärztekammer*

## 2

**Kammerversammlung****(Knut Köhler M.A., Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit)**

Wie jedes Jahr kamen die Mandatsträger der Sächsischen Landesärztekammer auch im Jahr 2004 zweimal in der Kammerversammlung zusammen. Die Kammerversammlung beschließt grundsätzliche Angelegenheiten wie Satzungen, Ordnungen sowie den Haushalt und berät aktuelle gesundheits- und berufspolitische Schwerpunktthemen. Als oberstes Organ der Sächsischen Landesärztekammer entlastet sie den Vorstand und die Geschäftsführung aufgrund des vorgelegten Jahresberichtes und der Jahresabrechnung. Die Kammerversammlungen fanden vom 25. bis 26.06. und am 13.11.2004 statt.

*14. Sächsischer Ärztetag/30. Kammerversammlung*

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, begrüßte zu Beginn neben den Mandatsträgern, den Präsidenten der polnischen Niederschlesischen Ärztekammer Wroclaw, Herrn Dr. Andrzej Wojnar. Im Zentrum der Arbeitstagung am 25.06.2004 stand der Bericht des Präsidenten über aktuelle Probleme der Gesundheits- und Berufspolitik.

In seiner Rede ging Herr Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze insbesondere auf die Folgen der Gesundheitsreform ein. Das Gesetz versprach eine „Qualitätsoffensive im Gesundheitswesen“. Wurde dieses Ziel erfüllt? Der Eindruck ist nach Auffassung von Prof. Jan Schulze ein anderer: Die ärztliche Tätigkeit wird durch eine enorme Bürokratie weiter erschwert und die Krankenkassen können sich über einen Machtzuwachs und höhere Einnahmen aus der Praxisgebühr freuen, die Ärzte für sie kassieren müssen. Statt in dieser Situation die Leistungserbringer im Gesundheitswesen zu motivieren, veröffentlichte das Bundesgesundheitsministerium ein haarsträubendes „Schwarzbuch“. Ärzte sowie andere Heil- und Pflegeberufe stieß man damit vor den Kopf, weil sie es sind, die unbezahlte Überstunden in der Patientenversorgung leisten. Die Gesundheitspolitik ist geprägt von einzelnen Theoretikern. Es besteht die ernsthafte Gefahr der Kommerzialisierung des Gesundheitswesens. Die Gesundheitspolitik führt unter dem Deckmantel der Einnahmeverbesserung der Krankenkassen zu einer schleichenden Rationierung von Gesundheitsleistungen für Patienten. Die Gesundheitsreform hat einen Paradigmenwechsel herbeigeführt, dessen Auswirkungen erst in fünf oder zehn Jahren konkret benannt werden können.

Vor allem die Freiberuflichkeit der Ärzte, in Verbindung mit einer wirtschaftlichen Arbeitsfähigkeit, steht auf dem Spiel. Die Freiberuflichkeit wird immer stärker eingeschränkt durch Vorgaben der Verwaltung und Kontrollmaßnahmen der Krankenkassen. Viele niedergelassene Ärzte fühlen sich gegängelt. In die Therapiefreiheit wird durch die Zuzahlungsregelungen ebenfalls eingegriffen. Eine Folge neuer Versorgungsformen wird mit Sicherheit die Konzentration der fachärztlichen Versorgung sein. Kleinere Krankenhäuser werden schließen müssen. Dies bedeutet die Abschaffung der flächendeckenden wohnortnahen Versorgung. Die Einführung von diagnoseorientierten Fallpauschalen an Krankenhäusern (DRG) verstärkt den Prozess der Leistungsverdichtung. Eine frühe Entlassung von Patienten ist nur eine negative Folge. Es entsteht ein hoher Leistungsdruck auf den ambulanten und rehabilitativen Bereich mit Finanzierungslücken in den betroffenen Sektoren. Bettenstreichungen (1991: 40.000; 2004: 29.000), Budgetkürzungen und Wartelisten sind

weitere Effekte der DRG an sächsischen Krankenhäusern. Gleichzeitig sinkt der Personalbestand seit über zehn Jahren beständig (1991: 52.000 Vollkräfte; 2001: 42.000 Vollkräfte). Bei Klinikärzten stieg dadurch die Fallzahl von 1991 bis 2001 um 64 Prozent und für Patienten sank die Verweildauer von 18 Tagen im Jahre 1991 auf zehn Tage im Jahre 2001.

Kritik ist auch bei den Disease Management Programmen (DMP) angebracht. In Sachsen wurden sehr gute Erfahrungen bei der Betreuung von Diabetikern gemacht. Kurze Wege, optimale Behandlung und geringer Verwaltungsaufwand waren nicht zuletzt gute Gründe für Ärzte, sich an dem sächsischen Diabetes-Programm zu beteiligen. Politischer Aktionismus hat in kurzer Zeit ein gut funktionierendes und gewachsenes Versorgungsnetz in Sachsen zerstört. In dessen Folge stieg die bürokratische Belastung für den Arzt erheblich. Als besonders nachteilig hat sich die Kopplung der Chronikerprogramme an den Risikostrukturausgleich erwiesen. Die vordergründige Motivation der Gesetzlichen Krankenkassen an den Programmen besteht in den hohen Zahlungen aus dem Ausgleichsfonds. Gleichzeitig stieg die Bürokratie in den Praxen erheblich an. Schreibarbeiten aller Art, Statistiken, Bescheinigungen, Dokumentationen und Auswertungen nehmen inzwischen einen Großteil der Arbeitszeit ein. Grundsätzlich ist die Ärzteschaft nicht gegen Dokumentation und Qualitätssicherung. Sie ist lediglich dagegen, sich mit der Erfassung von Daten zu belasten, die hinterher nicht sinnvoll genutzt werden. Bei der Einführung neuer Dokumentationen muss deshalb dringend kontrolliert werden, ob ältere Verfahren entfallen können. Zu begrüßen ist die Initiative der Gesundheitsministerkonferenz, die unter Federführung von Sachsen und Rheinland-Pfalz Vorschläge zum Abbau des Dokumentationsaufwandes unter Beteiligung der Selbstverwaltung erarbeiten und mit dem Bundesgesundheitsministerium umsetzen will.

Besondere Bedeutung kommt auch der Qualitätssicherung zu. Qualitätssicherung wurde im ärztlichen Handeln schon immer durch Fallkonferenzen, Röntgendemonstration, Laborwert- und Methodendiskussionen berücksichtigt. Neben der kontinuierlichen Fortbildung haben besonders in Ostdeutschland die hohen Obduktionsraten zur systematischen Qualitätssicherung ärztlicher Tätigkeit beigetragen. Die Politik ist dagegen der Ansicht, dass die Qualität eines Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist. Die Ärzteschaft ist gegen eine „naive“ Mindestmengen-Euphorie.

Der 14. Sächsische Ärztetag hat mit einem wegweisenden Beschluss zur Weiterbildungsordnung den „Hausarzt der Zukunft“ begründet und die Entscheidung des 105. Deutschen Ärztetages in Rostock von 2002 adäquat umgesetzt. Und das war dringend notwendig, um die flächendeckende hausärztliche Versorgung zu erhalten. Der Weg für den „Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“ ist damit in Sachsen bereitet.

Die Ärzteschaft hat einiges auf den Weg gebracht, um dem Ärztemangel entgegenzuwirken und Ärzte zu einer Niederlassung auf dem Land zu bewegen. Dazu gehört die Förderung der Weiterbildung „Allgemeinmedizin“, die Änderung der Approbationsordnung unter Berücksichtigung allgemeinmedizinischer und mehr praxisorientierter Lerninhalte. Auf lokaler Ebene werden bereits jetzt Ärzte im Praktikum durch Zusatzzahlungen der öffentlichen und privaten Kliniken wie Assistenzärzte bezahlt. Die Sächsische Landesärztekammer hat im Oktober 2004 in einer Veranstaltung über die vorhandenen Rahmenbedingungen für eine Niederlassung informiert. Einige Kreisärztekammern haben Arbeitskreise gebildet, um die regionalen Probleme in den Griff zu bekommen. Es ist wichtig,

sich bei den engagierten Ärzten in den Kreisen für ihren Einsatz zu bedanken.

Besonders gefordert ist die ärztliche Verantwortung für Patienten in der letzten Phase ihres Lebens. Ärzte sind deshalb in der Pflicht, weil die medizinische Forschung von jeher die Heilung von Krankheiten und auch die Verlängerung des Lebens als eines der Hauptziele angesehen hat, und immer noch sieht. Medikamente, Methoden, Verfahren und Technik wurden auf dieses Ziel hin entwickelt und verbessert. Wenig beachtet blieben die Probleme, welche mit einem „langen Leben“ oder einem „am Leben erhalten“ zusammenhängen. Die Deutsche Ärzteschaft hat sich nun mehrfach mit diesem Themenkreis auseinandergesetzt und überarbeitete „Grundsätze einer ärztlichen Sterbebegleitung“ veröffentlicht. Die Grundsätze sind eine wichtige medizinethische Leitlinie zum Umgang mit Sterbenden. Sie stellen ein Gegengewicht zu den Euthanasie-Befürwortern in Holland, Belgien, der Schweiz und auch in Deutschland dar. Aktive Sterbehilfe ist Tötung eines Menschen. Das müssen Ärzte kategorisch ablehnen.

Sächsische Ärzte betreuen mehr Patienten bei längerer Arbeitszeit. Eine Angleichung der Ostvergütung an das westdeutsche Niveau 15 Jahre nach der Wende wird deshalb weiterhin gefordert. Eine Bundesratsinitiative Sachsens dazu sollte auf den Weg gebracht werden. Eine Überarbeitung des EBM und der GOÄ ist ebenfalls längst überfällig.

Nach dem Grußwort der Sächsischen Staatsministerin für Soziales, Frau Helma Orosz, hielt Herr Dr. Manfred Lütz eine Festvortrag mit dem Thema „Lebenslust – über Risiken und Nebenwirkungen der Gesundheit“ auf dem 14. Sächsischen Ärztetag. Darin feuerte Herr Dr. Lütz satirische Breitsseiten auf das übertriebene Streben nach „Fitness“, ein Alter ohne Falten und die künstliche Selbstkasteiung beim Essen ab. Mit einem Augenzwinkern kamen so einige Wahrheiten über den Gesundheitswahn zutage.

Auf dem 14. Sächsischen Ärztetag/30. Kammerversammlung wurden unter anderem Beschlüsse zur neuen Weiterbildungsordnung, zu den Übergangsbestimmungen für das Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin, für die Aus- und Weiterbildung der Facharztgebiete sowie zur Ordnung für die Fortbildung und Prüfung zur Arztfachhelferin gefasst. Die Jahresrechnung 2003 und der Tätigkeitsbericht 2003 wurden bestätigt.

### 31. Kammerversammlung

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer leitete auch die turnusmäßig einberufene 31. Kammerversammlung. Am Beginn stand wieder der aktuelle Vortrag des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer:

Eingangs ging er auf die Gesundheitsreform 2004 ein. Sicherstellung einer Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems durch mehr Wettbewerb innerhalb der Krankenkassen und zwischen den Leistungserbringern, Stärkung der Rolle der Hausärzte sowie Eigenverantwortung der Versicherten waren danach die Ziele der Reform. Vom ersten Tag der Gesundheitsreform spürbar waren dagegen die finanziellen Belastungen für Patienten. Die Folgen früherer Reformen waren gleichmäßig auf den Schultern von Versicherten und Akteuren im Gesundheitssystem verteilt, diesmal trifft es fast ausschließlich die Patienten. Auf die Steuerung der Leistungsanspruchnahme zielen auch Leistungsausgrenzungen und Leistungskürzungen. Die neuen Belastungsgrenzen haben zur Folge, dass auch gering Verdienende oder Bezieher von Sozialhilfe Zuzahlungen leisten müssen und die Krankheitskosten kaum noch bezahlen können.

Die Folgen für Ärzte bestehen vor allem in zurückgehenden Fallzahlen und steigender Bürokratie. Die konfrontativen Auseinandersetzungen mit den Patientinnen und Patienten sind der Resignation gewichen. Die Fallzahlen gingen um zehn Prozent im ersten, fünf Prozent im zweiten und acht Prozent im dritten Quartal 2004 zurück. Die Gesetzlichen Krankenkassen haben einen Überschuss von 2,42 Mrd. Euro erwirtschaftet. Steigende Erstkontakte beim Hausarzt sprechen für eine Steuerungswirkung der Gesundheitsreform. Dass dennoch die Gesetzliche Krankenversicherung ihre Beiträge nicht und schon gar nicht in der von der Politik geforderten Höhe senken, spricht eher gegen eine wohl durchdachte Gesundheitspolitik. Im weiteren Verlauf der gesundheitspolitischen Diskussionen wird es für die Ärzteschaft immer wichtiger, die Kriterien einer gesundheitlichen Versorgung für die Zukunft zu definieren. Dazu gehören die freie Arztwahl, die Chancengleichheit beim Zugang zur Heilbehandlung und die Definitionskompetenz der Ärzte für Qualität und Professionalität der medizinischen Versorgung. Aber es ist nicht an den Ärzten, die ökonomischen Stellschrauben zu justieren. Sie werden sich nicht als „Leistungserbringer im Gesundheitsmarkt“ verstehen. Sie sind und bleiben verantwortungsvoll handelnde Ärzte in einem patientenorientierten Gesundheitswesen. Die Aufgabe der Ärzteschaft besteht auch in einer kompetenten Beratung der Regierung zu den Leistungen, welche von einer Gesetzlichen Krankenversicherung zukünftig vorzuhalten sind.

Die Fehlsteuerung der Chronikerprogramme hält weiterhin an. Die vordergründige Motivation der Gesetzlichen Krankenkassen, die Umsetzung des Disease-Management-Programms Diabetes Typ II zu verfolgen, sind Ende 2004 weiterhin finanzieller Art. Nachprüfbar sind bisher nur die enorm gestiegenen Ausgaben für die Verwaltung des DMP Diabetes. Die Techniker Krankenkasse zum Beispiel hat für die Diabetes-Leitlinien im Jahr 2003 insgesamt 1.500 Euro für die externe Verwaltung aufgewendet. Nach dem RSA-DMP ab 2002 stiegen die Ausgaben auf 50.000 Euro. Grundsätzlich stellt sich weiterhin die Frage nach der Effizienz von Chronikerprogrammen. Der Mangel an Hausärzten in Sachsen ist ein weiterhin drängendes Problem. Aus den Kreisärztekammern werden verstärkt freie Arztpraxen gemeldet und fehlender Nachwuchs beklagt. Nun endlich hat das Problem den Deutschen Bundestag erreicht. Eine Erhöhung der Anzahl der Weiterbildungsstellen Allgemeinmedizin auf 150 pro Jahr ab 2005 wurde in Sachsen beschlossen. Die Sächsische Landesärztekammer nutzt ihre Möglichkeiten, um Ärzte in Sachsen zu gewinnen. Anfang Oktober hat sie eine Veranstaltung mit Vorträgen zum Weg in die Niederlassung initiiert. Gleichzeitig wurde zusammen mit dem Sozialministerium und der Krankenhausgesellschaft Sachsen eine Informationsveranstaltung für österreichische Ärzte im November 2004 in Wien durchgeführt.

Die Umstellung von AiP-Stellen auf Assistenzarztstellen im Oktober 2005 verlief nach dem Kenntnisstand der Sächsischen Landesärztekammer weitgehend reibungslos. Unklarheiten bei der Finanzierung und der Erteilung der Approbation konnten rechtzeitig ausgeräumt werden. Damit ist diese Stufe der Änderung der Approbationsordnung sehr zum Nutzen unserer jungen Kollegen verlaufen.

Das ausgehandelte Koalitionspapier zwischen CDU und SPD nach den Landtagswahlen in Sachsen trägt im Sozial- und Gesundheitsbereich deutlich die Handschrift von Frau Staatsministerin Orosz. In diesem Papier sind explizit die Prävention, die Optimierung der Behandlung von Diabetes mellitus und Brustkrebs sowie ein gesundes Aufwachsen von Kindern zu finden. Die Erarbeitung eines Programms „Gesundheitsbewusstes Leben“ in Sachsen aus Bundes-

mitteln wird die Sächsische Landesärztekammer unterstützen. Bedauerlich ist, dass die Freien Berufe an keiner Stelle des Koalitionspapiers eine Erwähnung finden.

Die 31. Kammersammlung hat am 13.11.2004 die neue Satzung Fortbildung und Fortbildungszertifikat angenommen, die sich ganz in an die vom 107. Deutschen Ärztetag in Bremen beschlossene Mustersatzung anlehnt. Das Zertifikat ist künftig die wesentliche Fortbildungsdokumentation, die der niedergelassene Arzt nach § 95 d SGB V vorlegen muss. Der Arzt ist in der Wahl der Art seiner Fortbildung frei. Ein Fortbildungszertifikat wird erteilt, wenn der Arzt innerhalb eines der Antragstellung vorausgehenden Zeitraums von fünf Jahren Fortbildungsmaßnahmen abgeschlossen hat, welche in ihrer Summe 250 Punkte erreichen. Ein Arzt, der bereits ein Fortbildungszertifikat über den Zeitraum von drei Jahren bis zum 31.12.2004 beantragt hat, kann das damit erworbene Drei-Jahres-Fortbildungszertifikat bis spätestens 31.12.2006 unter Nachweis von 100 weiteren Fortbildungspunkten in ein Fünf-Jahres-Fortbildungszertifikat umwandeln lassen.

Der ärztliche Berufsstand erfährt durch die Ökonomiedebatte eine schleichende ethische Erosion. Verwaltungsleiter von Kliniken machen Vergleiche wie etwa: „Ein Krankenhaus ist wie eine Autowerkstatt“ oder „Junge Menschen sparen auf ein Moped, alte auf eine neue Hüfte“. Das sind Sumpfpflanzen, die aus einer niederen fiskalischen Betrachtungsweise des menschlichen Lebens an sich erwachsen. Die innerärztlichen Maßstäbe, das heißt die ärztlichen ethischen Grundwerte von Wissenschaftlichkeit, Erfahrungswissen, persönlicher Verantwortung und menschlicher Zuneigung bedürfen der laufenden Aktualisierung und kritischen Selbstreflexion.

Prof. Dr. Beske vom gleichnamigen Institut für Gesundheitssystemforschung Kiel erläuterte in seinem berufspolitischen Gastvortrag seinen Standpunkt zur Gesundheitsreform. Die Versicherten werden stärker belastet und gleichzeitig rationiert man Leistungen. Will man aber die international anerkannten Vorteile des deutschen Gesundheitswesens, wie zum Beispiel kurze Wartezeiten bei Operationen sowie eine wohnortnahe Versorgung erhalten, so muss die Politik offen eine Überarbeitung des Leistungskataloges diskutieren. Die hohe Arbeitslosigkeit und die demografische Entwicklung in Deutschland werden ein Umdenken in der Frage erzwingen. Nach Auffassung von Prof. Dr. Beske sollten sich die Leistungen einer Krankenversicherung auf die Absicherung im Krankheitsfall konzentrieren. Kuren und ähnliches müssten danach aus dem Leistungskatalog gestrichen werden. Gleichzeitig sollte die gesamte Rehabilitation von der grünen Wiese an die Krankenhäuser verlagert werden, um die Qualität der Patientenbehandlung zu erhöhen. Die ständige Ökonomiedebatte ist aber für das Gesundheitswesen auf Dauer schädlich, weil die zentralen Elemente einer Patientenversorgung kaum noch eine Rolle spielen. Zugleich äußerte Prof. Dr. Beske eine vernichtende Kritik zu den Diagnoseorientierten Fallpauschalen an Krankenhäusern. Weder dem Arzt noch dem Patienten bringt dieses neue Abrechnungssystem einen zusätzlichen Nutzen. Dagegen ist ohne ein ausuferndes Kontrollsystem leicht Betrug möglich.

Auf der 31. Kammersammlung wurden unter anderem Beschlüsse zur Wahl der ehrenamtlichen Richter für das Berufsgericht und das Landesberufsgericht, zur Änderung der Satzung der Berufsordnung, zur Änderung der Satzung Fortbildung und Fortbildungszertifikat, zur Geschäftsordnung der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung und zur Änderung der Verfahrensordnung der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen gefasst. Der Haushaltsplan für das Jahr 2005 wurde beschlossen.

### 3

#### Vorstand

(Dr. Stefan Windau, Leipzig, Vizepräsident)

Neben der Erfüllung der umfangreichen satzungsmäßigen Aufgaben und Verpflichtungen sah der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer auch im Jahre 2004 die Positionierung zu zentralen gesundheitspolitischen Themen als Hauptaufgabe an. Die Zusammenarbeit zwischen den beiden ärztlichen Körperschaften in Sachsen, der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und der Sächsischen Landesärztekammer wurde themenbezogen erweitert. Dieser Prozess wird im Jahre 2005 auch unter Berücksichtigung der vom Gesetzgeber vorgegebenen Strukturveränderungen weitergeführt werden.

Auf Initiative des Vorstandes konnte die Zusammenarbeit der Ausschüsse innerhalb der Kammer enger verzahnt werden (gemeinsame Sitzung mit den Ausschussvorsitzenden, Erarbeiten von Positionspapieren durch mehrere Ausschüsse zusammen; Klausurtagung etc.). Die Arbeit des Bündnisses Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen ist auch im Jahre 2004 wesentlich vom Vorstand der Kammer begleitet worden. Das Zusammenwirken der Bündnispartner ist als sehr konstruktiv zu werten. Wenn auch unmittelbare Wirkungen auf politische Entscheidungsträger nicht zu erwarten sind, so können doch Gemeinsames und Trennendes herausgearbeitet und das Verstehen des Anderen befördert werden. Schon dies ist ein Gewinn mit Blick auf die Zukunft.

Die Sächsische Landesärztekammer führte in 2004 einen Tag der Berufspolitik wie auch einen Tag der Fachpolitik durch. Hier kamen die Berufsverbände und die Fachgesellschaften zu Wort. Beide Veranstaltungen waren quasi Neuland, fanden durchweg ein positives Echo und sollen fortgesetzt werden.

Wie immer beteiligte sich der Vorstand an Pressegesprächen, Foren von Parteien, Verbänden, Kostenträgern sowie an parlamentarischen Veranstaltungen auf Landes- wie auf Bundesebene.

Der 107. Deutsche Ärztetag in Bremen hat 2004 weit reichende Grundsatzbeschlüsse gefasst, die wesentliche Auswirkungen auch auf die sächsische Ärzteschaft haben werden. Es sind in Zusammenarbeit mit den Gremien unserer Kammer die entsprechenden Regelungen zum Erwerb des Fortbildungszertifikates umgesetzt worden. Der 107. Deutsche Ärztetag hatte bei der Novellierung der (Muster-) Berufsordnung wesentliche Veränderungen, vor allem bezüglich der Möglichkeit ärztlicher Kooperationsformen und neuer Tätigkeitsformen ärztlichen Handelns, vorgenommen (Heilkunde-GmbH, erweiterte Anstellungsmöglichkeiten). Diese Veränderungen werden zurecht kritisch beurteilt; sie sind aber nötig, damit die Vertragsärzteschaft nicht von vornherein in das Hintertreffen zu den vom Gesetzgeber teils aus ideologischen Gründen eingeführten Versorgungsformen gerät. Der Vorwurf von Teilen der Politik, die ärztliche Tätigkeit würde sich immer mehr zum Gewerbe hin entwickeln, ist in der Sache zwar teils richtig, dennoch aber scheinheilig – oder zeugt von mangelnder Kenntnis von Ursache und Wirkung. War es doch der Sozialgesetzgeber, der genau diesen Prozess forciert hat und sich jetzt nicht darüber beklagen darf, wenn die Ärzteschaft das Feld nicht kampflös artztfremden Kapitalgebern überlässt sondern stattdessen versucht, ärztliche Entscheidungskompetenz dennoch einbringen zu können. Dies geht aber nur dann, wenn alle die gleichen Chancen vom Grundsatz her haben. Die Umsetzung der (Muster-)Berufsordnung in Landesrecht erfolgte in Sachsen noch nicht vollständig, da die Voraussetzungen dafür erst noch im Heilberufekammergesetz geschaffen werden müssen. Die Novellierung dieses

Gesetzes läuft auf Hochtouren, mit einem Abschluss des Verfahrens in 2005 ist zu rechnen. Dies ist auch dringend erforderlich, da auch die in 2004 durch uns vorgenommene Veränderung der Weiterbildungsordnung in ihrer Genehmigung von der Novellierung des Heilberufekammergesetzes abhängt.

Die 12. Novellierung des Arzneimittelgesetzes verändert und stärkt die Rolle der Ethikkommissionen, überträgt dabei aber auch quasi genehmigungsbehördliche Aufgaben auf diese Kommissionen. Dies hat erhebliche Konsequenzen, wobei sich eine adäquate Lösung der haftungsrechtlichen Problematik abzeichnet.

Im Zentrum der politischen Arbeit des Vorstandes standen in 2004 natürlich die neuen Versorgungsformen und Vertragsbeziehungen – insbesondere Medizinische Versorgungszentren, Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung und solche zur integrierten Versorgung. Der Vorstand hat sich in vielen Spitzengesprächen positioniert, so beispielsweise gegenüber Herrn Dr. Hess, dem Vorsitzenden des GEMBA, und Herrn Prof. Dr. Sawicki, dem Leiter des Institutes für Wirtschaftlichkeit und Qualität im Gesundheitswesen. In einem Spitzengespräch zwischen den beteiligten Partnern von ärztlicher Selbstverwaltung, Kostenträgern, Krankenhausgesellschaft und dem Ministerium unter Anwesenheit von Frau Staatsministerin Orosz wurde im Oktober 2004 unter anderem vereinbart, eine Arbeitsgruppe in Sachsen auf dieser Ebene zur Thematik der neuen Versorgungsformen zu inaugurierten, die von der Sächsischen Landesärztekammer moderiert werden wird. Natürlich hat der Vorstand überall dort, wo möglich und sinnvoll, seinen Einfluss dahingehend geltend gemacht, dass bei allen neuen Vertrags- und Versorgungsformen darauf zu achten ist, dass nicht Qualität der Versorgung des Patienten und die ärztliche Entscheidungsfreiheit sowie die Arbeitsbedingungen der Ärzte in Klinik und Praxis noch weiter leiden. Es ist zu befürchten, dass bei manch sinnvollem Ansatz Verschiebungen von Geldströmen bzw. banale Einsparpolitik die Resultate sein werden, wenn auch viele ehrenwerte Begriffe verwendet werden.

Der Ärztemangel – auch in Sachsen – ist greifbar und nun auch von Ignoranten höchstens noch „interpretierbar“, aber nicht mehr zu bestreiten.

Der Vorstand hat auch in 2004 auf Bundes- wie auf Landesebene vielfältige Initiativen in kontinuierlicher Fortsetzung unserer mehrjährigen diesbezüglichen Aktivitäten entwickelt. Der Versuch der Sächsischen Landesärztekammer, Ärzte für die Patientenversorgung in Sachsen auch aus Nachbarländern mit derzeit ärztlichem „Überangebot“ zu gewinnen, ist teils kritisch begleitet worden. Diese Kritik ist bis zu einem gewissen Grade verständlich, da zurecht gefordert wird, dass die Probleme in Deutschland selbst gelöst werden müssen. Es ist aber zu bedenken, dass die Sächsische Landesärztekammer aus vielerlei Gründen gefordert ist, einen Beitrag zum Erhalt des Versorgungsniveaus der Patienten zu leisten. Andererseits ist sowieso im Rahmen des EU-Rechts mit einem gewissen „Ärztetourismus“ zu rechnen. Auch wenn erfreulicherweise Ärzte aus Österreich nach Sachsen kommen – bei einem Blick auf die nüchternen Zahlen wird klar, der Druck im System wird dennoch steigen und die Politik muss endlich durch Veränderungen der Rahmenbedingungen ärztlicher Tätigkeit handeln. Die Flucht der Politik in den Ökonomismus bzw. in die pure, schlecht verbrämte Kommerzialisierung des Gesundheitswesens entspricht zwar dem Zeitgeist, ist aber langfristig gesehen eine Torheit und Feigheit zugleich, mögen sich die Ökonomen noch so sehr daran ergötzen.

Nicht nur die Situation in Deutschland und Sachsen ist wichtig – wie auch in den vergangenen Jahren hat der Vorstand die Kontakte zu unseren Nachbarn ausgebaut. Vorstandsmitglieder nahmen an einer polnisch-deutsch-tschechischen Konferenz zur Thematik des grenzüberschreitenden Rettungsdienstes teil. Ebenso wurden die gemeinsamen Aktivitäten zwischen der polnischen Niederschlesischen Ärztekammer und der Sächsischen Landesärztekammer in einer gemeinsamen Sitzung vertieft, wobei insbesondere Fragen von Weiterbildungsordnung und Berufsordnung sowie Möglichkeiten der Zusammenarbeit im Blickpunkt standen.

Es muss auch jetzt – wie auch in 2003 schon dargestellt – erwähnt werden, dass vieles von dem, was wir auf der „großen“ politischen Schiene erreichen wollten, nicht erreicht werden konnte, ja das Gegenteil eher eingetreten ist.

Grund für Selbstzufriedenheit besteht nicht, zumal sich die Bedingungen ärztlicher Tätigkeit im Berichtszeitraum eher weiter verschlechtert haben. Wir werden aber nicht nachlassen, den eingeschlagenen Weg fortzusetzen.

## 4 Bezirksstellen und Kreisärztekammern

### 4.1 Bezirksstelle Chemnitz

**(Dr. Roland Endesfelder, Chemnitz, Vorsitzender der Kreisärztekammer Chemnitz Stadt, Verantwortlicher für den Regierungsbezirk Chemnitz)**

Wie bereits in den vergangenen Jahren wirkte die Bezirksstelle Chemnitz der Sächsischen Landesärztekammer als Kontaktstelle zwischen den Kreisärztekammern des Regierungsbezirkes Chemnitz und der Landesärztekammer sowie als Beratungsstelle für Ärzte und Patienten hauptsächlich aus dem Regierungsbezirk, gelegentlich auch aus dem gesamten Bundesgebiet.

Seit Sommer 1999 ist der Vorsitzende der Kreisärztekammer Chemnitz-Stadt, Herr Dr. Endesfelder, gleichzeitig der Verantwortliche für den Regierungsbezirk Chemnitz. Diese Personalunion hat sich seitdem bewährt, die Probleme der Kreisärztekammern im Regierungsbezirk Chemnitz werden hautnah verstanden, da in der Kreisärztekammer Chemnitz-Stadt (über 1300 Mitglieder) die gleichen bzw. ähnliche Probleme auftreten. Besonders vorteilhaft ist weiterhin, dass die Sachbearbeiterin, Frau Thierfelder, für beide Kammerstrukturen tätig ist und die Räumlichkeiten gemeinsam genutzt werden.

Lobend erwähnt werden muss, dass seit der Wende eine gedeihliche Zusammenarbeit mit der Bezirksstelle Chemnitz der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen besteht, frei von „Kompetenzgerangel“. Ausdruck dieser gewachsenen Zusammenarbeit ist, dass seit Gründung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und der Kreisärztekammer Chemnitz-Stadt/Bezirksstelle Chemnitz beide Institutionen „unter einem Dach wohnen“!

2004 wurden zwölf Beschwerden oder schriftliche Anfragen bearbeitet. Davon konnte eine direkt beantwortet werden; drei wurden an die zuständigen Kreisärztekammern, sieben an die Rechtsabteilung der Sächsischen Landesärztekammer in Dresden und eine an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen weitergeleitet. Die umfangreich eingegangenen und sofort freundlich und kompetent beantworteten telefonischen Anfragen sollen hier nicht gezählt, aber angeführt werden.

Ein weiteres wichtiges Tätigkeitsfeld der Bezirksstelle ist die Mitarbeit unserer leitenden Sachbearbeiterin, Frau Thierfelder, in der

Arbeitsgruppe Multimedia. Von dieser Arbeitsgruppe beauftragt, pflegt, aktualisiert und verbessert sie die Internetseiten der Sächsischen Landesärztekammer, des Bündnis Gesundheit 2000 in Sachsen und die Gesundheitsinformationen Sachsens. Diese Arbeiten werden von Frau Thierfelder mit großem persönlichem Engagement durchgeführt!

Seit Jahren werden die Seniorenausfahrten der Sächsischen Landesärztekammer für den Regierungsbezirk Chemnitz durch die Sachbearbeiterin umsichtig mitorganisiert, somit die Arbeit des Ausschusses Senioren unterstützend.

Auch für 2005 bestehen Wunsch und Vorsatz, die Zusammenarbeit zwischen den Vorsitzenden der Kreisärztekammern des Regierungsbezirkes Chemnitz und der Bezirksstelle Chemnitz – als Bindeglied zur Sächsischen Landesärztekammer nach Dresden – und zwischen den Vorsitzenden der Kreisärztekammern untereinander zu fördern. Entsprechende Vorschläge werden mit den Vorsitzenden der Kreisärztekammer im Frühjahr 2005 besprochen werden.

Eine Aufgabe bleibt uns allen immer wieder: Die Mobilisierung der Kolleginnen und Kollegen in unseren Kammerbereichen zur aktiven Mitarbeit und die Überzeugung der Kammermitglieder, dass es eine starke Ärztekammer geben muss – quasi als Dachverband aller Ärztinnen und Ärzte, gleich ob angestellt oder in der Niederlassung. Die Einheit der Ärzteschaft ist heute mehr denn je gefragt!

## 4.2

### Bezirksstelle Dresden

**(Dr. Gisela Trübsbach, Dresden, Vorstandsmitglied, Verantwortliche für den Regierungsbezirk Dresden)**

#### 1. Gesundheitspolitische Aktivitäten

Fortführung der Arbeit im Sächsischen Bündnis Gesundheit 2000. Das Bündnis der Heilberufe umfasst mit Kammern, Körperschaften, Verbänden und Patientenvertretern insgesamt 32 Gruppierungen. Sie beobachten aktiv und kritisch die gesetzlichen Maßnahmen in der Gesundheitspolitik. Das Bündnis erarbeitete erneut ein Positionspapier mit Reformvorschlägen und unerlässlichen Forderungen aus. Hauptziele: Versorgungssicherheit für die Bevölkerung und Planungssicherheit für die Heilberufler.

Ein weiteres Forum stellt die Arbeit mit den Kreisärztekammern dar, auch mit Vortragstätigkeit und Diskussionsrunden. Erneute Wahl im November 2004 in den Vorstand der Kreisärztekammer Dresden. Eine gedeihliche Zusammenarbeit, auch in Bezug auf Kollegen- und Patientenangelegen.

Seit zwei Legislaturperioden wirkte Frau Dr. Trübsbach in der Kassenzärztlichen Vereinigung Sachsen als Vertreterin in der Vertreterversammlung mit.

#### 2. Maßnahmen in der Qualitätssicherung

Nach jahrelangen Bemühungen ist es gelungen, die Zusammenarbeit der Ärztlichen Stelle RÖV an der Sächsischen Landesärztekammer mit der Kassenzärztlichen Vereinigung Sachsen bezüglich den Richtlinien des SGB V zu verbinden. Es erfolgte eine gemeinsame Anforderung an die zu prüfenden Ärzte, eine getrennte Bearbeitung und gemeinsamer Versand. Das bedeutet eine deutliche Arbeitsminimierung beim niedergelassenen Kollegen.

Es erfolgte ebenfalls eine Mitarbeit in der Fachkommission Brustkrebs an der Sächsischen Landesärztekammer. Damit sollen erfolgreiche Bemühungen um zertifizierte Zentren unterstützt werden, die flächendeckend auf die Bevölkerungszahlen eingeführt werden

sollen. Eine Begleitung der Zertifizierung durch regelmäßige interdisziplinäre Arbeits- und Informationstreffen und die Teilnahme am Qualitätszirkel Mammografie im Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt fand statt.

Frau Dr. Trübsbach hatte den Vorsitz in der Radiologiekommision der Kassenzärztlichen Vereinigung Sachsen inne. Die Abnahme der Kolloquien für die Teilradiologie erfolgt ebenfalls seit zehn Jahren.

#### 3. Interdisziplinäre Zusammenarbeit – neue Versorgungsformen

Die Zusammenarbeit ergibt sich bei den Vorstandstätigkeiten im Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer, der Bezirksstelle und der Kreisärztekammer Dresden und den Tätigkeiten in der Kassenzärztlichen Vereinigung Sachsen.

Förderung, Mitarbeit und Teilnahme am Interdisziplinären Stammtisch der Vertragsärzte Dresden-Süd mit Hausärzten, zehn Facharztgruppen, Apothekern und Physiotherapeuten (Organisator: Dr. Schlegel) nach Hauptthema, Fachthema, danach Berufspolitik und neue Versorgungsformen.

Förderung, Mitarbeit und Teilnahme am interdisziplinären Vertragsärztinnen-Stammtisch mit Hausärzten und acht Facharztgruppen (Organisator: Frau Guzy, Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe) nach Haupt- und Fachthema, Berufspolitik sowie neue Versorgungsformen, Disease Management Programme und Arbeitsorganisation.

#### 4. Seniorenbetreuung

Begleitung und Betreuung des Seniorenausschusses der Sächsischen Landesärztekammer. Erfolgreiche Führung durch die engagierte Arbeit der Vorstandsvorsitzenden, Frau Dr. Unger, und in der Dresdner Kreisärztekammer durch die stellvertretende Vorstandsvorsitzende, Frau Schmidt-Göhrich und Dr. Nitschke.

#### 5. Ausblick auf künftige Aufgaben

Alle aufgeführten Schwerpunkte bedürfen einer kontinuierlichen Betreuung und Fortführung der Arbeit. Wir bemühen uns um Kontinuität und Fortschritt. Ein Hauptaugenmerk werden die Herausforderungen der neuen Versorgungsformen erfordern. Weiterer Einsatz für eine vernünftige Reformpolitik im Gesundheitswesen auf allen Ebenen.

## 4.3

### Bezirksstelle Leipzig

**(Prof. Dr. Eberhard Keller, Leipzig, Vorsitzender der Kreisärztekammer Leipzig-Stadt)**

und Verantwortlicher für den Regierungsbezirk Leipzig)

Für die Bezirksstelle Leipzig bestanden im Berichtszeitraum 2004 die Hauptaufgaben darin, als Bindeglied zwischen den verschiedenen Kreisärztekammern des Regierungsbezirkes Leipzig zu fungieren, als auch unseren Kammermitgliedern einen ansprechenden, umfassenden Service zu bieten. Die Tätigkeit für die Bezirksstelle war wiederum untrennbar mit der Tätigkeit für die Kreisärztekammer Stadt Leipzig verbunden, die in Personalunion von Prof. Dr. Keller wahrgenommen wird.

Die Kollegen im Regierungsbezirk Leipzig nahmen auch im Jahr 2004 die Möglichkeit der telefonischen und persönlichen Beratung rege in Anspruch. Täglich waren ca. 25 bis 30 Anrufe zu verzeichnen und es erschienen ca. fünf Kollegen. Schwerpunkte der Tätigkeit von Frau Rast als Leitender Sachbearbeiterin waren die Beratung und die

Bearbeitung von Anfragen zu Neuanmeldungen/Ummeldungen, zur Weiterbildung, zum Versorgungswerk, das Beglaubigen und Weiterleiten von Urkunden und Anträgen, die Bearbeitung der Patientenbeschwerden und die Organisation von Fortbildungsveranstaltungen. Es ist wichtig zu erwähnen, dass infolge der Auswirkungen der Gesundheitsreform im Jahr 2004 eine Zunahme der telefonischen Anfragen sowie des persönlichen Erscheinens von verunsicherten oder sich beschwerenden Patienten zu verzeichnen war.

Eine weitere Aufgabe der Bezirksstelle bestand in der umfassenden Information der Medizinstudenten über die Aufgaben und den Wirkungsbereich der Ärztekammer. Da Leipzig als Universitätsstadt den größten Teil der Absolventen der Universität in die Sächsische Landesärztekammer aufnimmt, bedeutete dies eine erhebliche Frequenzierung der Bezirksstelle. Den Absolventen wurden die gesetzlichen Grundlagen wie Heilberufekammergesetz, Berufsordnung, Meldeordnung usw. erläutert und übergeben. Der verstärkte Besucherandrang im Herbst 2004 aufgrund des Wegfalls des AiP zum 01.10.2004 und der damit verbundenen notwendigen Beglaubigungen der Approbationsurkunden wurde sehr gut bewältigt. Zum Service der Bezirksstelle gehörte auch die Versendung der Listen über weiterbildungsbefugte Ärzte und Einrichtungen in Sachsen, auf Anforderungen auch aus vielen anderen Bundesländern. Im Rahmen der Ausbildung der Studenten der Humanmedizin an der Universität Leipzig wollen sich die Kammer und die Kassenärztliche Vereinigung mit ihren Aufgabenbereichen vorstellen. In Abstimmung mit dem Lehrstuhl Allgemeinmedizin der Universität Leipzig, Prof. Sandholzer, wurde für das Sommersemester 2005 eine Vorlesung zur Vorstellung der ärztlichen Körperschaften vereinbart.

Die gute Zusammenarbeit mit dem Landesausschuss Senioren findet darin ihre Bestätigung, dass die jährlichen zentralen Seniorentreffen für den Regierungsbezirk Leipzig durch die Bezirksstelle, insbesondere von Frau Rast organisatorisch vorbereitet, koordiniert und fachmännisch begleitet wurden. Dies empfanden die beteiligten Ärzte als sehr angenehm.

Den regelmäßigen Kontakt zu den anderen Kreisärztekammern des Regierungsbezirkes Leipzig möchten wir wie bisher durch die Versendung von Einladungen an die Vorsitzenden zu den monatlichen Fortbildungsveranstaltungen oder gesundheitspolitischen Foren halten.

Ab August 2004 wurde Frau Will als Nachfolgerin für Frau Rast eingestellt, die seit Januar 2005 ihren wohlverdienten Ruhestand genießen kann. Es galt, Frau Will mit den Tätigkeiten der Bezirksstelle und der Kreisärztekammer vertraut zu machen und umfangreiches Wissen zu vermitteln. Abschließend noch ein aufrichtiger Dank an unsere ausgeschiedene Mitarbeiterin Frau Rast. Über ein Jahrzehnt war sie mit großer Umsicht und hoher Einsatzbereitschaft für die Kammer tätig. Ihre Arbeit hat sich sehr positiv auf die Entwicklung der Ärzteschaft im Regierungsbezirk Leipzig ausgewirkt.

#### 4.4

##### **Kreisärztekammern**

##### **(Zusammenfassung der Tätigkeitsberichte der Vorsitzenden der Kreisärztekammern, Knut Köhler, M.A., Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit)**

Als rechtlich nichtselbstständige Untergliederungen der Sächsischen Landesärztekammer bestehen die Kreisärztekammern in jedem politischen Kreis und jeder kreisfreien Stadt Sachsens. Die gewählten Vorstände der Kreisärztekammern organisieren Mitgliederversamm-

lungen, Fortbildungsveranstaltungen und Veranstaltungen mit den ärztlichen Senioren der Kreise. Sie sind die Ansprechpartner für alle Ärzte in der Region. Zu den Aufgaben der Kreisärztekammern gehören unter anderem:

- im Sinne des ärztlichen Berufsauftrages, unter Beachtung des Wohls der Allgemeinheit die beruflichen Belange aller Mitglieder wahrzunehmen und zu vertreten sowie für ein hohes Ansehen des Berufsstandes zu sorgen,
- bei berufsbezogenen Streitigkeiten unter den Mitgliedern oder zwischen Ärzten und Dritten auf Antrag eines Beteiligten zu vermitteln,
- die Erfüllung der berufsrechtlichen und berufsethischen Pflichten der Mitglieder zu überwachen und den Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer über erhebliche Verstöße zu unterrichten,
- geeignete Maßnahmen zur Gestaltung und Förderung der Fortbildung der Mitglieder zu treffen und zu unterstützen, auf ein gedeihliches Verhältnis der Mitglieder hinzuwirken,
- den Öffentlichen Gesundheitsdienst bei der Erfüllung seiner Aufgaben zu unterstützen.

##### **Zusammenfassung der Tätigkeitsberichte**

###### *1. Tätigkeit der Vorstände der Kreisärztekammern*

Die Vorstände der Kreisärztekammern kamen in regelmäßigen Abständen mehrmals im Jahr zusammen. Schwerpunkt der Sitzungen war unter anderem die aktuelle Gesundheits- und Berufspolitik. Durch Gastreferenten oder Mitglieder, welche gleichzeitig im Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer sind, wurden Positionen, aktuelle Fragestellungen und Entwicklungen im Bereich der Gesundheits- und Berufspolitik vermittelt. Teilweise fanden gesonderte berufspolitische Veranstaltungen statt. Weiterhin erfolgte die Abstimmung von Veranstaltungen und regionalen Anliegen der Ärzteschaft. Die Vorstände werteten außerdem die regionalen Aktivitäten, wie zum Beispiel die Ombudsstelle der Kreisärztekammer Görlitz, aus.

###### *2. Einhaltung der Berufsordnung und Einschreiten bei Verstößen*

In den meisten Kreisärztekammern lagen keine oder nur wenige Verstöße gegen die Berufsordnung vor. In einzelnen Fällen wurden diese an die Rechtsabteilung der Sächsischen Landesärztekammer zur Bearbeitung abgegeben.

###### *3. Vermittlung bei Beschwerden oder Streitigkeiten zwischen Patienten und Kollegen oder Kollegen untereinander*

Erfreulicherweise gab es 2004 nur wenige Beschwerden oder Streitigkeiten in den einzelnen Kreisärztekammern. Meistens waren die gemeldeten Zahlen im Vergleich zum Vorjahr rückläufig. Nur in einzelnen Kreisen gab es eine Zunahme an Beschwerdefällen. Die entstandenen Dissonanzen hatten ihren Ursprung am häufigsten in einer mangelhaften Kommunikation. Die Differenzen konnten zu meist nach klärenden Gesprächen beigelegt werden.

###### *4. Zusammenarbeit und Abstimmung mit der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (KVS)*

Die Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen wird zumeist als problemlos eingeschätzt. In wenigen Bereichen kommt es zu Schwierigkeiten in Bezug auf den ambulanten Bereitschaftsdienst. Auch der regionale Ärztemangel wird scheinbar aus einer anderen Perspektive durch die KVS gesehen. Dagegen



gestaltet sich die Organisation des Notfall- und Rettungsdienstes in fast allen Kreisärztekammern ohne Schwierigkeiten.

## 5. Fortbildungsveranstaltungen

In den Kreisärztekammern wurden zahlreiche Fortbildungsveranstaltungen mit teilweise sehr großer Resonanz durchgeführt. Neben den Ärztestammtischen, Abendveranstaltungen und Tageskursen wurden auch mehrtägige Kurse angeboten. Die Themen der Veranstaltungen reichten dabei von fachspezifischen Referaten über Rechtsprobleme, wie zum Beispiel das Arzthaftungsrecht bis hin zu gesundheitspolitischen Problemen und Ärztemangel.

## 6. Zusammenarbeit mit den örtlichen und kommunalen Vertretungen zu Gesundheitsfragen

In einigen Kreisärztekammern bestehen gute Kontakte zu den örtlichen kommunalen Vertretungen. Die Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern wird grundsätzlich als gut eingeschätzt. Besonders effektiv ist die Zusammenarbeit dann, wenn ein Arzt selbst in einer kommunalen Einrichtung tätig ist und so den Austausch pflegen kann. Der regionale Ärztemangel hat ebenfalls zu Kooperationen zwischen Kreisärztekammern und kommunalen Einrichtungen geführt.

## 7. Ausbildung von Arzthelferinnen

Die Ausbildung der Arzthelferinnen verlief im Jahr 2004 ohne Komplikationen. Allerdings ist zum einen die Bereitschaft zur Bereitstellung eines Ausbildungsplatzes rückläufig. Zum anderen wird das Bildungsniveau der Auszubildenden weiter bemängelt. Unter dem Punkt 6.12 ist ein ausführlicher Bericht dazu zu finden.

## 8. Soziale Problemfälle der Ärzteschaft

Im Jahr 2004 sind erfreulicherweise keine sozialen Problemfälle den Kreisärztekammern bekannt geworden.

## 9. Finanzen, Verwendung der Rücklaufgelder, Kammerbeitrag

Die Vorsitzenden der Kreisärztekammern bestätigten wie auch schon im Jahr zuvor eine ausgeglichene Finanzsituation und ausreichende finanzielle Mittel für ihre Tätigkeit aus den Beitragsrückflussgeldern. Die Rücklaufgelder wurden außerdem in den Kreisärztekammern vor allem für die Finanzierung von Mitgliederversammlungen und Fortbildungsveranstaltungen sowie für Veranstaltungen mit den ärztlichen Senioren eingesetzt. Gerade im letztgenannten Bereich stiegen die Ausgaben durch eine größere Zahl an Senioren an.

Weitere Finanzierungszwecke waren Blumen und Präsente für „runde“ Geburtstage der Mitglieder, Aufwendungen für den Bürobetrieb (Raummiete, Büromaterial und Porto) und Unterstützung der Ärztebälle. Die Kreisärztekammern legten Rechenschaft über die ordnungsgemäße Verwendung der Finanzmittel in ihren jeweiligen Mitgliederversammlungen ab.

## 10. Verschiedene Probleme

An erster Stelle der Probleme steht der regionale Ärztemangel. Es gibt keine Kreisärztekammer mehr, die nicht Schwierigkeiten in der Nachbesetzung von stationären oder ambulanten Stellen hat. Die Gegenmaßnahmen der Politik werden als durchweg unzureichend eingeschätzt. Auch die Maßnahmen der Körperschaften zeigen nicht den gewünschten Erfolg. Regionale engagierte Maßnahmen scheitern teilweise an der Bürokratie oder an den unterschiedlichen Positionen der Beteiligten. Auch die Vergabep Praxis von Zweigpraxen durch die

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen wird in diesem Zusammenhang kritisiert.

Ein weiterer Punkt ist das zurückgehende Engagement bei den Ärzten, sich für die Belange des eigenen Berufsstandes einzusetzen und sich in die Kammerarbeit einbringen. Zurückzuführen ist dies nach Ansicht einiger Kreisärztekammern auf die aktuelle Entwicklung in der Gesundheitspolitik und den damit verbundenen zusätzlichen Belastungen der Ärzteschaft. Aber auch die Tätigkeit der Sächsischen Landesärztekammer wird an dieser Stelle kritisiert und mehr Engagement für die sächsischen Ärzte gefordert. Allerdings sind die Kreisärztekammern mit den Vorsitzenden und den Vorständen Teile der Kammer und somit Repräsentanten dieser Einrichtung auf regionaler Ebene. Dies muss auch als eine Aufgabe gesehen werden.

## 5 Ausschüsse

### 5.1 Satzungen

**(Prof. Dr. Wolfgang Sauer mann, Dresden, Vorsitzender)**

*Schwerpunkte der Ausschusstätigkeit im Berichtszeitraum*

1. Novellierung der (Muster-)Berufsordnung der Bundesärztekammer für den 107. Deutschen Ärztetag.
2. Vorbereitung der Novellierung der Sächsischen Berufsordnung auf der Grundlage der Beschlüsse des 107. Deutschen Ärztetages und Änderung der Satzung für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Sächsischen Landesärztekammer.

Hatten im Vorjahr die Aktivitäten um die Fortentwicklung der §§ 32 ff. der Berufsordnung einen breiten Raum eingenommen, die sich inhaltlich mit den berufsrechtlichen Möglichkeiten und Grenzen der Zusammenarbeit von Ärzten und der Industrie beschäftigten, so standen im Berichtszeitraum die Weiterentwicklung der Strukturen der ärztlichen Berufsausübung im Mittelpunkt der Diskussion.

Im Gegensatz zu allen bisherigen Weiterentwicklungen der Berufsordnung entstand mit dieser Diskussion erstmals die Situation, dass die Vorstellungen der Ärzteschaft in vielen Bundesländern – so auch in Sachsen – an die Grenzen der durch den Gesetzgeber vorgegebenen Rahmenbedingungen für die ärztliche Selbstverwaltung stießen bzw. diese Grenzlinie der durch die Kammergesetze der einzelnen Länder festgelegten Möglichkeiten überschritt. Folgende Weiterentwicklungen wurden diskutiert und letztlich als berufspolitischer Wille der Ärzteschaft auch in einer novellierten Berufsordnung umgesetzt:

- Eine Unterscheidung zwischen ausgelagerter Praxisstätte und Zweigpraxis findet nicht mehr statt (§§ 17 Abs. 2).
- Die bisherige Regelung, nur einer einzigen Berufsausübungsgemeinschaft angehören zu dürfen, wird aufgegeben (§ 18 (3)).
- Die Möglichkeit wird eingeräumt, überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften auch bei patientenbezogener Tätigkeit zu bilden (§ 18 (3)).
- Es können Kooperationen auch beschränkt auf einzelne Leistungen eingegangen werden (§ 18 (1)).
- Die Erweiterung der Möglichkeit der Kooperation mit Leistungserbringern der (anerkannten) medizinischen Fachberufe in allen Kooperationsformen wird realisiert (§ 23b (1)).

### Ungelöste Probleme

Die neuen Paragraphen der Berufsordnung in Sachsen berühren die Regelung der Berufsausübung. Nach dem in der Rechtsprechung entwickelten Wesentlichkeitsgrundsatz sollte nach Auffassung unserer Rechtsaufsichtsbehörde der Gesetzgeber eine solche Regelung im Kammergesetz selbst aufnehmen.

### Ausblick auf künftige Arbeiten

Ärztliche Mitgestaltung in Form von Vorschlägen und Diskussion bei der Novellierung des Sächsischen Heilberufekammergesetzes. In bewährter Abstimmung mit dem Ausschuss Berufsrecht, insbesondere zur Besetzung einer gemeinsamen Kommission zur Beratung der Aufsichtsbehörde bei vorgesehenem Approbationsentzug für Ärzte, aber auch Zusammenarbeit mit weiteren Kommissionen für Satzungsentscheidungen mit besonders hohem ethischen Konfliktpotential.

Mit der Änderung des Heilberufekammergesetzes wird die Entwicklung der Berufsordnung zum Wohle des Berufsstandes eine neue stabile Phase erreicht haben.

## 5.2

### Ausschuss Ambulante Versorgung

(Dr. Bernhard Ackermann, Zwickau, Vorsitzender)

Der Ausschuss Ambulante Versorgung der Sächsischen Landesärztekammer tagte am 24.01.2004, am 24.04.2004 und am 02.10.2004. Schwerpunkt der Ausschussarbeit bildete ausschließlich das am 01.01.2004 in Kraft getretene Gesundheitsmodernisierungsgesetz. Dazu war es vorteilhaft, weitere Ausschüsse zur Bearbeitung dieses großen Themas einzubeziehen.

Als Gäste nahmen an den Sitzungen Dr. Huschke (Vorsitzender Ausschuss Krankenhaus) und Frau Dr. Eberlein-Gonska (Vorsitzende Ausschuss Qualitätssicherung) teil. Einen Kontakt zu dem wichtigen Partner der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen konnte trotz Bemühungen noch nicht hergestellt werden.

#### 1. Hausarztzentrierte Versorgung (§ 73 b SGB V)

Es ist festzustellen, dass dieses Modell auf eine gute Kooperation zwischen Facharzt und Hausarzt angewiesen ist und das Krankenhaus hierbei Träger der stationären Versorgung und Erbringer spezialisierter Leistungen ist. Ein Modellprojekt in Sachsen-Anhalt wurde kritisch bewertet, wobei der Hauptkritikpunkt an dem Begriff „besonders qualifizierter Hausarzt“ besteht, der von den Krankenkassen festgelegt wird. Diese Einteilung fällt jedoch nicht in die Entscheidungshoheit einer Institution, deren originäre Aufgabe die Verwaltung und Verteilung der finanziellen Mittel der Solidargemeinschaft ist. Über die Qualifikation eines Arztes hat die Ärztekammer zu entscheiden, die diese Aufgabe vom Staat übertragen bekommen hat und die durch Abhaltung von Prüfungen über eine besondere Qualifikation eines Arztes Kraft Gesetzes entscheidet.

#### 2. Medizinische Versorgungszentren (MVZ, § 95 SGB V)

Hierzu wurden folgende Kritikpunkte erarbeitet: Durch die Bildung von MVZ werden zwar effektivere Arbeitsplätze geschaffen, jedoch bleibt die Anzahl der Ärzte im Versorgungsgebiet die gleiche. Ein Ärztemangel, sowohl ambulant als auch stationär, bleibt nach wie vor bestehen, so dass das Schließen von Versorgungslücken nur sehr bedingt möglich ist. Durch die Eröffnung von MVZ entsteht ein deutlicher Wettbewerbsnachteil für die fachärztlichen Praxen. Die für

das deutsche Gesundheitswesen hervorragende wohnortnahe Versorgung wird damit grundsätzlich in Frage gestellt. Es besteht die Gefahr, die lange Tradition der Freiberuflichkeit in der Medizin, deren wesentliche Kennzeichen die persönliche eigenverantwortliche und fachlich unabhängige Erbringung von speziellen Leistungen ist, zu verlieren oder zumindest eingeschränkt zu bekommen. Es besteht die Gefahr des Abrutschens des Arztberufes in die Nähe eines Gewerbes, wenn das Prinzip der „nicht multiplizierbaren Leistungserbringung“ verwischt werden kann. Es muss auf die Gefahr der Einschränkung der Wahlfreiheit des Patienten für einen bestimmten Arzt hingewiesen werden.

#### 3. Ambulante Behandlung im Krankenhaus bei Unterversorgung oder hochspezialisierten Leistungen (§ 116 a – b SGB V)

Aus der Sicht des Ausschusses ist die ambulante Behandlung im Krankenhaus positiv zu bewerten, weil dafür eine absolute Notwendigkeit vorliegen muss und eine zeitliche Begrenzung vorgesehen ist. Dadurch sind Konkurrenzsituationen zu den Praxen der Umgebung ausgeschlossen. Da jedoch der § 116 a-b SGB V eine Kann-Bestimmung ist und für die Kassen letztlich daraus keine Kosteneinsparungen resultieren, sondern eine bürokratische Mehraufwendung entsteht, ergibt sich daraus wohl eher eine Realisierungsabstänze.

#### 4. Integrierte Versorgung (§ 140 a-d SGB V)

Um das hohe Niveau im deutschen Gesundheitswesen zu halten, sind grundlegende Änderungen erforderlich. Die Neubestimmung des Verhältnisses von Eigenverantwortlichkeit und Solidarität, die Schaffung einer nachhaltigen Finanzierung, die präventive Ausrichtung der gesundheitlichen Versorgung, die verantwortliche Lösung ethischer Konflikte und die künftige Umsetzung des medizinischen Fortschrittes müssen dabei im Vordergrund stehen. Die Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Behandlung wird durch die neuen Vertragsmöglichkeiten optimal überbrückt.

Das in Deutschland praktizierte Belegarztwesen ist bereits ein bewährtes und hocheffizientes Integrationsinstrument zwischen ambulanter und stationärer Behandlung. Es sollte weiter ausgebaut werden. Der Abschluss von Verträgen außerhalb der Zuständigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen muss negativ bewertet werden, denn sie besitzen die erforderlichen Verhandlungserfahrungen. Außerdem werden die Vertragsärzte in ihrer Gesamtheit gespalten und somit die Verhandlungsbasis nachhaltig geschwächt.

Zur intensiven Bearbeitung der Probleme, die sich aus dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz und ihren Auswirkungen auf das ambulante und stationäre Gesundheitswesen noch weiterhin ergeben werden, wurde eine ausschussübergreifende Arbeitsgruppe aus Vertretern der Ausschüsse Ambulante Versorgung, Krankenhaus, Schwerpunktbehandlung und Betreuung chronisch Erkrankter in Praxis und Klinik und Qualitätssicherung unter Mitwirkung der Rechtsabteilung der Sächsischen Landesärztekammer gebildet, die sich am 15.12.2004 zunächst in kleinem Kreis konstituierte. Sie hat ein Positionspapier auf Bitten des Kammervorstandes zu den neuen Versorgungsformen erarbeitet und dem Vorstand zugeleitet. Dieses soll im Ärzteblatt Sachsen veröffentlicht werden.

#### Arzthelferinnenwesen

Die Sächsische Landesärztekammer ist auch die zuständige Stelle für die Berufsbildung der Arzthelferinnen. Da die Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung aus Kapazitätsgründen die Fortbildung der Arzthelferinnen nicht übernehmen kann, wurde aus unserem Aus-

schuss eine Arbeitsgruppe gebildet, die sich mit diesen Problemen befassen wird.

## 5.3

### Ausschuss Krankenhaus

**(Dr. Eberhard Huschke, Ebersbach, Vorsitzender)**

Der Ausschuss Krankenhaus tagte am 04.02., 05.05., 25.08. und 24.11.2004.

Zentrale Themen im Jahre 2004 waren:

- das Arbeitszeitgesetz und seine Beziehung zum EUGH-Urteil sowie
- die neuen Versorgungsformen der GKV nach dem GMG.

Weitere Themen der Ausschussarbeiten waren:

- Bürokratie im Gesundheitswesen,
- Bericht von den Sitzungen des Krankenhausplanungsausschusses sowie
- die Auswertung der gemeinsamen Sitzung der Ausschussvorsitzenden.

Nachdem das Thema Arbeitszeitgesetz im Ausschuss über längere Zeit sehr engagiert von den Mitgliedern diskutiert worden ist, wurde abschließend ein Positionspapier in Zusammenarbeit auch mit der Rechtsabteilung der Sächsischen Landesärztekammer erstellt und dieses dem Vorstand vorgelegt. Zu begrüßen ist, dass bezüglich des EUGH-Urteils, das von den Ausschussvorsitzenden sowohl von der Arbeitgeber- als von der Arbeitnehmerseite her als nicht durchführbar eingeschätzt wird, durch die Europäische Kommission wieder etwas in Bewegung gekommen ist. Unabhängig davon ist das Arbeitszeitgesetz zurzeit nur über die Opt-Out-Regelung in den Krankenhäusern anwendbar – wieder ein Gesetz, das handwerklich mangelhaft und für die Praxis kaum verwertbar ist. Es ist einzuschätzen, dass uns dieses Thema auch in der Zukunft noch erheblich beschäftigen wird.

Ein wichtiges Dauerthema ist die Zulassung von Krankenhäusern als Weiterbildungsstätten für Ärzte gemäß § 24 Sächsisches Heilberufekammergesetz. Während in der Vergangenheit vorwiegend Krankenhäuser auf Eignung zur Facharztweiterbildung beurteilt wurden, sind in der jüngsten Zeit immer mehr Anträge auf Zulassung zu Schwerpunktweiterbildungen zu prüfen. Die Ausschussmitglieder sind sich einig, dass durchaus Teile dieser Weiterbildung auch in kleineren Kliniken möglich sind und deshalb diese Zulassung relativ großzügig erteilt werden sollte, wobei dem Weiterbildungsausschuss, der die Zeitdauer für den einzelnen Weiterbildungsbefugten festlegt, eine wichtige Funktion zukommt.

Neben dem Arbeitszeitgesetz wurde von den Ausschussmitgliedern als weiterer Schwerpunkt der Ausschussarbeit das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) mit seinen Regelungen bezüglich der integrierten Versorgung bzw. der neuen Versorgungsformen in der gesetzlichen Krankenversicherung breit diskutiert. Im Jahre 2004 ist es insbesondere in Bearbeitung dieses Themas gelungen, die Zusammenarbeit zwischen den Ausschüssen weiter zu verbessern. Der Ausschussvorsitzende des Krankenhausausschusses nahm an einer Sitzung des Ausschusses Ambulante Versorgung teil. Die Ausschussvorsitzenden Ambulante Versorgung, Krankenhaus, Schwerpunktbehandlung und Betreuung chronisch Erkrankter in Praxis und Klinik (Dr. Ackermann, Dr. Huschke, Dr. Verlohren) haben eine gemeinsame Stellungnahme für den Vorstand der Sächsischen Landes-

ärztekammer erarbeitet. Die Gesundheitsreform lässt hier viele Sichtweisen zu und es erscheint sehr wichtig bei der Abschätzung von Chancen und Risiken von der rein ökonomischen Sichtweise, sich vorrangig nach ärztlichen patientenversorgungswirksamen und volkswirtschaftlichen Kriterien zu orientieren.

Herr Dr. Fritz berichtete im Ausschuss über die Sitzung des Krankenhaus-Planungsausschusses vom 14.10.2004.

Die Ausschussmitglieder beteiligten sich sehr engagiert an der Zusammenarbeit zum Thema Bürokratie im Bereich der medizinischen Versorgung – Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz der Länder vom 17. und 18.06.2004.

Ein weiteres ständiges Thema in der Ausschussarbeit war die Einführung der Diagnoseorientierten Fallpauschalen (DRG) an Krankenhäusern und die daraus resultierenden Folgerungen nach dem Fallpauschalen-Änderungsgesetz sowie die Einschätzung der Beendigung der AiP-Zeit, die für die Kollegen als gelungen betrachtet werden kann. Bezüglich der Auswirkungen auf die Stellenpläne der einzelnen Krankenhäuser muss man sicher in Zukunft nochmals eine weitere Analyse vornehmen.

Für die Zukunft stellt sich der Ausschuss weiteren wichtigen Problemen:

- Umsetzung des Fallpauschalensystems und Auswirkung auf die Krankenhausplanung.
- Weitere Verbesserung der Zusammenarbeit mit anderen Ausschüssen, wobei der Kontakt zum Ausschuss Ambulante Versorgung im Jahre 2004 als erfolgreich gewertet werden kann.

## 5.4

### Schwerpunktbehandlung und Betreuung chronisch Erkrankter in Praxis und Klinik

**(Dr. habil. Hans-Joachim Verlohren, Leipzig, Vorsitzender)**

Unter Bezugnahme auf den Vorbericht aus dem Jahr 2003 standen folgende Schwerpunkte an:

1. Es wurden die Bemühungen fortgesetzt, einen Vorschlag für ein Fortbildungsprogramm zur Schmerztherapie für Ärzte zu erarbeiten, das von der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung getragen werden soll. Universitäten erfolgt. Für März 2005 ist im Ausschuss eine abschließende Abstimmung vorgesehen, in welcher Form die Vermittlung der Inhalte erfolgen soll.
2. Gemeinsam mit den Ausschüssen Ambulante Versorgung und Krankenhaus und weiteren Gremien der Sächsischen Landesärztekammer wurde ein Statement erarbeitet zu den Konsequenzen, die sich aus der Schaffung neuer Versorgungsstrukturen gemäß Gesundheitsmodernisierungsgesetzes für die sächsische Ärzteschaft ergeben. Das Statement soll als Orientierungshilfe gelten, wie sich jeder einzelne Arzt in der juristisch und gesundheitspolitisch gewandelten Versorgungslandschaft positionieren kann.
3. Gemeinsam mit der Fachkommission Diabetes Sachsen sowie dem Ausschuss Qualitätssicherung wurde begonnen, das Verfahren eines ergebnisorientierten Qualitätsmanagement für die diabetologischen Schwerpunktpraxen zu entwickeln, um diesen zu ermöglichen, sowohl dem Gesetzauftrag zur Praktizierung eines Qualitätsmanagements zu entsprechen, aber zugleich ein qualifiziertes Miteinander der Versorgungsstrukturen in der Diabetesbetreuung auch zukünftig zu gewährleisten.

Es ist vorgesehen, die Arbeiten mit der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen abzustimmen. Auf dem 7. Symposium der sächsischen Diabetologen ist das Anliegen vorgestellt worden.

4. Der Ausschuss beschäftigte sich ebenfalls mit ungeklärten juristischen Problemen der Patientenbetreuung in onkologischen Praxen und Klinikambulanzen. Es wurde eingeschätzt, dass derzeit keine Mittel zum Aufbau eigentlich erforderlicher Strukturen vorhanden sind, es rechtlichen Regelungsbedarf im Pflegebereich gibt, um eine qualifizierte Versorgung der zu betreuenden chronischen Kranken zu sichern. Es wird unter Berücksichtigung des ab April 2005 gültigen EBM versucht, eine Analyse hemmender juristischer Regelungen zu erstellen und diese dem Rechtsausschuss zur Beurteilung vorzulegen.
5. Nach den unverändert als erheblich einzustufenden Problemen im Umgang mit der Einführung der Disease Management Programme, insbesondere angesichts der Erfahrungen mit dem Programm zur Betreuung von Typ-2-Diabetikern, ist gemeinsam mit den Vorständen der mitteldeutschen Stoffwechselgesellschaften eine Analyse zur Kompatibilität der Programme in sich, der Realisierbarkeit, der Voraussetzungen zur Umsetzung vorgenommen worden. Es wurde eingeschätzt, dass die rigide oder rasche Umsetzung des Diabetes-Typ-1-Programmes in Sachsen zu weiteren Versorgungsbrüchen führen würde und das KHK-Programm infolge unzeitgemäßer Kriterien für eine Vielzahl besonders gefährdeter Diabetiker eine Verhinderung einer Aufnahme in das Programm brächte. Die Erfüllung des Gesetzauftrages setzt weitere Klärungen auf der Ebene der Fachgesellschaften voraus.

## 5.5

### **Ausschuss Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie (Dr. Maria Eberlein-Gonska, Dresden, Vorsitzende)**

Nach einer Zeit der kritischen Reflexion über die Möglichkeiten der Gestaltung und Einflussnahme des Ausschusses Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie zum Thema „Qualität – Qualitätssicherung – Qualitätsmanagement“, galt es im Jahr 2004 aktuelle und brisante Themen im Hinblick auf ihre Relevanz für die ärztlichen Kolleginnen und Kollegen des stationären und niedergelassenen Bereiches zu identifizieren. Neben der inhaltlichen Diskussion stand die Bewertung im Sinne der Erarbeitung von Handlungsempfehlungen im Vordergrund der Ausschussarbeit. Dies erschien umso mehr von Bedeutung, da im Zuge der Auswirkungen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes die inhaltlichen Anforderungen bis hin zu den Strukturen für das Thema „Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement“ zunehmend komplexer und undurchsichtiger wurden. In einer gemeinsamen Abstimmung zum Themenplan 2004 mit dem Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer wurde der Auftrag für die explizite „Problembenennung im Sinne der Herausstellung und Klarstellung“ sowohl für den Vorstand, als auch für die ärztlichen Kolleginnen und Kollegen erteilt. Damit konsentierten die Mitglieder des Ausschusses folgenden **Themenplan 2004**:

1. Definition von Qualitätsindikatoren im ambulanten und stationären Bereich sowie insbesondere sektorübergreifend.
2. Überblick über die verschiedenen Qualitätsmanagement-Verfahren im niedergelassenen Bereich mit Blick auf eine Zertifizierung.
3. Qualitätssicherung am Beispiel der Ultraschalldiagnostik nach Änderung der Weiterbildungsordnung mit Wegfall der Fachkunde Ultraschalldiagnostik.

*Folgende Ergebnisse wurden in den drei Sitzungen des Ausschusses erreicht:*

1. Gemeinsam mit dem Ausschuss Ambulante Versorgung wurde die neue Auflage des Gesetzgebers an die Vertragsärzte zur Einführung und Weiterentwicklung eines einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements (§ 135a Abs. 2 SGB V) dahingehend diskutiert, für niedergelassene Kolleginnen und Kollegen eine Informationsveranstaltung anzubieten. Diese fand am 17.09.2004 gemeinsam mit Vertretern der KTQ (Herrn Prof. Dr. Kolkmann) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (Frau Dr. Diel) mit gutem Erfolg statt und führte darüber hinaus zu einer Veröffentlichung der wesentlichen Inhalte der Veranstaltung im Ärzteblatt Sachsen (11/2004).
2. Die Messung von Qualität mittels Indikatoren ist ein altes, zugleich aktuelles und brisantes Thema. Dass sich die Methode bewährt hat, steht außer Frage, die Probleme hingegen hinsichtlich der Validität der Daten, der Ausrichtung auf die Messung der Ergebnisqualität (outcome) bis hin zur Erfassung und Bewertung entlang des Behandlungsprozesses über Sektorgrenzen hinaus stellen Herausforderungen dar, die es gerade in Zeiten der Zertifizierung von Zentren und der Darlegung der Qualität mittels eines vom Gesetzgeber geforderten Qualitätsberichtes ab dem Jahr 2005 zu lösen gilt. Auch die Bundesärztekammer hat sich der Herausforderung der Erarbeitung eines bundesweiten und -einheitlichen Qualitätsberichtes gestellt und mit Unterstützung der Vorsitzenden des Ausschusses ein entsprechendes Konzept im Jahr 2004 für das Folgejahr erarbeitet.
3. Die Thematik Qualitätssicherung in der Ultraschalldiagnostik hat sich aufgrund eines Kammerversammlungsbeschlusses zum Wegfall der „Fachkunde Ultraschall“ zunächst erübrigt.
4. Darüber hinaus haben die Ausschussmitglieder regelmäßig die aktuelle Entwicklung zur externen Qualitätssicherung (§ 137 SGB V) auf Bundes- und Landesebene diskutiert und gegebenenfalls ein Meinungsbild für die Sitzungen im Lenkungsgremium abgegeben. Im Rahmen der Ausschussarbeit hat sich der Arbeitskreis Sächsischer Qualitätsbeauftragter fest etabliert mit inzwischen 20 Mitgliedern. Die mit jeweils zwei Fortbildungspunkten zertifizierten Veranstaltungen haben im Jahr 2004 viermal stattgefunden mit verschiedenen qualitätsrelevanten Themen, Projekten und Aktivitäten vor allem des stationären Bereiches. Im Ärzteblatt Sachsen (2/04) wurde die Position der Sächsischen Qualitätsbeauftragten zum Qualitätsbericht veröffentlicht.

#### *Dank und Ausblick*

Inwieweit der Auftrag des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer hinsichtlich einer expliziten „Problembenennung im Sinne der Herausstellung und Klarstellung“ zum Themenkomplex „Qualität – Qualitätssicherung – Qualitätsmanagement“ gelungen ist, bleibt zunächst offen und bedarf einer entsprechenden Bewertung, insbesondere durch die ärztlichen Kolleginnen und Kollegen, deren Rückmeldung an dieser Stelle ausdrücklich gewünscht ist. Die Aufgaben für die Mitglieder des Ausschusses Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie für das Jahr 2005 stehen bereits vor der Tür und betreffen insbesondere Fragen der sektorübergreifenden Qualitätssicherung.

Am Ende des Tätigkeitsberichtes soll der Dank an die ärztlichen Kolleginnen und Kollegen und an den Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer für zahlreiche Anregungen nicht fehlen, insbesondere richtet sich der Dank auch an die Projektgeschäftsstelle für die Vorbereitung und Begleitung der Ausschusssitzungen.

### 5.5.1

#### Ärztliche Stelle RöV/StrSchV

##### (Dipl.-Phys. Klaus Böhme, Dresden, Leiter der Ärztlichen Stelle RöV/StrSchV)

Die Neufassung der Strahlenschutzverordnung regelt im § 83 die Qualitätssicherung bei der medizinischen Strahlenanwendung. Dazu wird die Einrichtung einer Ärztlichen Stelle nach Strahlenschutzverordnung gefordert. Das Sächsische Staatsministerium für Umwelt und Landwirtschaft bestimmte die Ärztliche Stelle nach Strahlenschutzverordnung an die Sächsische Landesärztekammer. Die hier bereits seit längerem angesiedelte Ärztliche Stelle nach Röntgenverordnung konnte wegen der ihr vorliegenden Erfahrungen in der Qualitätssicherung die Arbeitsaufnahme der Ärztlichen Stelle nach Strahlenschutzverordnung begleiten. Zur Gewährleistung einer effektiven Struktur erfolgte die Einrichtung der „Ärztlichen Stelle RöV/StrSchV“ mit drei Kommissionen. Nach Röntgenverordnung arbeiten die Fachkommission Röntgenverordnung und nach Strahlenschutzverordnung die Fachkommission Strahlentherapie und die Fachkommission Nuklearmedizin.

#### 5.5.1.1

##### Fachkommission Röntgenverordnung

##### (Dr. Volkmar Hänig, Pirna, Vorsitzender)

Im Berichtszeitraum 2004 überprüfte die Fachkommission Röntgenverordnung 266 Betreiber von Röntgenanlagen zur Untersuchung von Menschen. Bei den regelmäßigen Zusammenkünften der Fachkommission wurden zirka 5500 Aufnahmen von Menschen hinsichtlich der Einhaltung der Leitlinien der Bundesärztekammer begutachtet. Bei 53 Prozent der Betreiber entsprachen alle eingereichten Aufnahmen den Leitlinien der Bundesärztekammer bzw. wiesen nur geringfügige Mängel auf. Lediglich bei fünf Anwendern waren an einigen der eingereichten Aufnahmen gravierende Mängel festzustellen. Hier wurden die entsprechenden Auflagen erteilt (erneute Unterlagenprüfung im verkürzten Zeitintervall). Die bei den übrigen Betreibern festgestellten Mängel setzen sich wie folgt zusammen:

- Der Einsatz von nicht leitliniengerechten Film-Folien-Systemen musste bei Aufnahmen von sechs Einrichtungen beanstandet werden (im Jahr 2003 waren es noch 14 Betreiber).
- Bei pädiatrischen Aufnahmen zeigte sich wiederum gehäuft die fehlende Anwendung einer entsprechenden Zusatzfilterung, obwohl auch hier ein Rückgang gegenüber dem Vorjahr zu verzeichnen war.
- Mangelhafter Gonadenschutz wurde partiell bei Aufnahmen von 20 Einrichtungen (im Vorjahr 30 Betreiber) festgestellt.
- Mangelhafte Einblendung war auch im Jahr 2004 der häufigste Fehler, der zur Kritik Anlass gab.

Die Anwender wurden auf die entsprechenden Mängel hingewiesen und bei deren Beseitigung beraten. Traten die Unzulänglichkeiten schon in vorangegangenen Prüfungen auf, wurden die Einrichtungen zur verkürzten Unterlageneinreichung aufgefordert und eine Fristsetzung zur Fehlerbeseitigung festgelegt.

Die Kontrolle der Qualitätssicherungsmaßnahmen an Röntgenanlagen, Filmentwicklungseinrichtungen und Bilddokumentationssystemen erfolgte hinsichtlich der Einhaltung der Normenreihe DIN 6868. Die den Betreibern im Anschluss an die Überprüfung mitgeteilten Hinweise bezogen sich meist auf geringfügige Mängel. Nichtbeachtung von Grenzwertüberschreitungen musste wieder am häufigsten beanstandet werden.

Einige Einrichtungen arbeiteten noch mit Rastern die nicht dem Stand der Technik entsprechen. Hier wurde umgehende Umrüstung gefordert (mit Fristsetzung). Probleme bereiten zur Zeit die Konstanzprüfung der digitalen Projektionsradiographie, wo teilweise noch keine Bezugswerte zur Verfügung stehen und die Konstanzprüfung Mammographie. Durch Inkrafttreten der Neufassung der Norm DIN 6868 Teil 7 im April 2004 ergibt sich für die Betreiber von Mammographieanlagen ein wesentlich erhöhter Aufwand bei der Konstanzprüfung. Die Fachkommission Röntgenverordnung wird hier die entsprechende beratende Funktion übernehmen.

Im Berichtszeitraum wurden die Anforderungsunterlagen so umgestaltet, dass jetzt die diagnostischen Referenzwerte entsprechend dem „Leitfaden der diagnostischen Referenzwerte“ erfasst werden und die rechtfertigende Indikation überprüft wird.

Die Einreichung der Unterlagen erfolgt zunehmend in digitaler Form (17 Betreiber/6,4 Prozent).

Im Berichtszeitraum erfolgten 30 gemeinsame Unterlagenanforderung mit der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen zur Qualitätssicherung in der Röntgendiagnostik.

Wie in den vorangegangenen Jahren wurde auf unterschiedlichen Veranstaltungen Ärzten und Arzthelferinnen das Anliegen der Qualitätssicherung nach Röntgenverordnung durch die Mitarbeiter der Ärztlichen Stelle nahegebracht.

#### 5.5.1.2

##### Fachkommission Strahlentherapie

##### (Prof. Dr. Friedrich Kamprad, Leipzig, Vorsitzender)

Die Neufassung der Strahlenschutzverordnung vom 20.07.2001 sieht im § 83 die Schaffung von Ärztlichen Stellen zur Qualitätssicherung in den Bereichen Strahlentherapie und Nuklearmedizin vor. Auf Initiative der zuständigen Landesbehörde, dem Sächsischen Staatsministerium für Umwelt und Landwirtschaft, wurden deshalb Beratungen mit den entsprechenden Fachvertretern anberaumt, welche als gemeinsame Veranstaltung mit den Vertretern der Bundesländer Sachsen-Anhalt und Thüringen im Herbst 2003 in Leipzig und Dresden stattfanden. Die ursprünglich geplante Zusammenarbeit in gemeinsamen Fachkommissionen der Bundesländer Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen konnte leider nicht realisiert werden, so dass in der Folgezeit die Fachkommission Strahlentherapie für den Freistaat Sachsen bei der „Ärztlichen Stelle RöV/StrSchV“ der Sächsischen Landesärztekammer eingerichtet wurde. Die Berufung der Mitglieder in ihre Ämter erfolgte mit Wirkung vom 29.10.2003 durch den Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. Jan Schulze.

##### *Nachstehende Aktivitäten erfolgten im Laufe des Jahres 2004:*

- Erarbeitung eines Fragenkatalogs zur Evaluierung der strahlentherapeutischen Einrichtungen im Freistaat Sachsen auf der Basis der Durchführungsbestimmung über die Arbeit ärztlicher Stellen des Ministeriums für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit vom 12.02.2004 und der darauf basierenden Richtlinie des Sächsischen Staatsministeriums für Umwelt und Landwirtschaft. Der erstellte Fragenkatalog wurde mit den Fachkommissionen der Länder Niedersachsen und Bremen abgestimmt und von diesen auch übernommen.
- Durchführung einer Befragungsaktion aller strahlentherapeutischer Einrichtungen im Zuständigkeitsbereich zur Schaffung einer Da-

- tenbasis über die in Sachsen tätigen strahlentherapeutischen Einrichtungen, ihre Ausstattung, ihren Personalbestand, ihre verantwortlichen Mitarbeiter und das eingesetzte Methodenspektrum.
- Vortragsveranstaltungen zu den Aufgaben und dem vorgesehenen Vorgehen der Fachkommission Strahlentherapie durch den Vorsitzenden der Kommission im Rahmen der Weiterbildung in den Qualitätszirkeln in Dresden und Leipzig.
  - Vor-Ort-Begehungen der Fachkommission Strahlentherapie im Oktober 2004 in der Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie und Radioonkologie der Universität Leipzig, im Dezember im Städtischen Klinikum Görlitz, Abteilung für Strahlentherapie, und der Praxis für Strahlentherapie Dr. Philipp sowie der Strahlentherapie an der Humaine Klinik Dresden.

#### *Einschätzung:*

Im Verlaufe des Jahres 2004 konnten in Zusammenarbeit zwischen dem Sächsischen Staatsministerium für Umwelt und Landwirtschaft, der „Ärztlichen Stelle RöV/StrlSchV“ der Sächsischen Landesärztekammer und den Mitgliedern der Fachkommission Strahlentherapie alle Vorbereitungsarbeiten vollständig abgeschlossen werden. Bei der Begehung von vier Einrichtungen wurde das vorgesehene Evaluierungsverfahren auf seine Praktikabilität überprüft und für geeignet befunden. Die in den Einrichtungen festgestellten Mängel waren nur vereinzelt als gravierend einzuschätzen und wurden nach Feststellung umgehend behoben.

#### 5.5.1.3

##### **Fachkommission Nuklearmedizin**

**(Dr. habil. Angelika Wünsche, Leipzig, Vorsitzende)**

Mit der Qualitätskontrolle nach § 83 der Strahlenschutzverordnung hat die Fachkommission Nuklearmedizin der „Ärztlichen Stelle RöV/StrlSchV“ Neuland betreten. Die ersten Monate des Jahres dienten noch zur Vervollständigung der Anforderungsunterlagen. Parallel dazu wurden die ersten Anforderungen zur Erfassung der vorhandenen nuklearmedizinischen Geräte und Untersuchungsarten im Freistaat Sachsen durchgeführt. Die Angaben wurden von allen 26 nuklearmedizinischen Einrichtungen mehr oder weniger fristgemäß, teilweise aber erst nach mehrfacher Aufforderung, eingesandt. Neben dem Erfahrungsaustausch der ärztlichen Stellen in Cottbus und Berlin trafen sich die Vertreter der Fachkommissionen Nuklearmedizin der Länder zur Diskussion über die Vergleichbarkeit der Anforderungen in den einzelnen Bundesländern in Münster. Diese Veranstaltung war sehr hilfreich und effektiv und beeinflusste die weitere Arbeit wesentlich hinsichtlich der Anforderungen und der anzuwendenden Bewertungskriterien. Von den Teilnehmern wurde festgestellt, dass in den Richtlinien zu nuklearmedizinischen Untersuchungen und in den Referenzwerten des Bundesamtes für Strahlenschutz, beides 2003 veröffentlicht, unterschiedliche Aktivitätsmengen angegeben werden. Die Radiopharmakahersteller geben wiederum andere Dosisempfehlungen. Die Teilnehmer der Veranstaltung einigten sich darauf, vorerst (unverbindlich) die Referenzwerte des Bundesamtes für Strahlenschutz zur Grundlage zu nehmen. Es wird dringend eine Vereinheitlichung der Referenzaktivitäten gewünscht.

Im Juli wurden die ersten fünf nuklearmedizinischen Einrichtungen aufgefordert, Unterlagen entsprechend der Anforderungslisten bis zum 15.09. einzusenden. Ein Einsender musste mehrfach erinnert werden. Zur Qualitätsprüfung durch die Kommission lagen aber alle Unterlagen vor.

Im Ergebnis der ersten Prüfungen mussten in vier Fällen nicht eingereichte Teilunterlagen der physikalischen Qualitätskontrollen nachgefordert werden, die aber umgehend zugesandt wurden. Hinsichtlich der eingesandten physikalischen Qualitätsmerkmale gab es keine Beanstandungen. Insbesondere erfüllen alle Geräte für Patientenuntersuchungen die geforderten Kriterien zur Homogenität und Ausbeute, was seine Ursache sicher auch in dem modernen Gerätebestand hat. Die regelmäßig vorgeschriebenen Qualitätsprüfungen wurden von allen Betreibern weitestgehend vollständig durchgeführt. In allen überprüften Einrichtungen existieren Verträge mit Medizinphysikexperten.

Bei den klinischen Untersuchungsunterlagen wurden nur in einem Fall schwerwiegende technische Mängel bei Schilddrüsenuntersuchungen festgestellt, die notwendigerweise eine Wiedervorlage dieser Untersuchungen in drei Monaten nach sich ziehen.

Bei allen anderen Einrichtungen wurde eine Wiedervorlage, entsprechend den Vorgaben der anzuwendenden Richtlinie, in zwei Jahren empfohlen.

#### 5.5.2

##### **Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung (Leiter: Dr. Torsten Schlosser)**

Die Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung (PGS) ist unter anderem mit der Geschäftsführung des sächsischen Lenkungsorgans betraut. Dieses wiederum ist auf Landesebene verantwortlich für die Planung, Koordinierung und Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 137 SGB V. Die PGS setzt die Beschlüsse des Lenkungsorgans organisatorisch und fachlich um. Die personelle Situation sah im vergangenen Jahr wie folgt aus: 1½ Ärzte, eine Informatikerin (bis Jahresmitte), 1½ Sachbearbeiterinnen. Die Projektgeschäftsstelle betreute im Jahr 2004 84 allgemein-, unfall- und kinderchirurgische Abteilungen, 53 geburts-hilfliche, 34 neonatologische, 25 urologische, 55 gynäkologisch-operative, 27 orthopädische und 37 kardiologische Abteilungen resp. Kliniken.

Vom inzwischen aufgelösten Bundeskuratorium wurde noch Ende des Jahres 2003 festgelegt, dass ab 2004 – abweichend zu den Vorjahren – bei folgenden Leistungen der Krankenhäuser Daten für die externe Qualitätssicherung zu erfassen und an die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung zu übermitteln sind: alle Herzschrittmacherprozeduren, Karotis-Rekonstruktion, Cholezystektomie, operative Gynäkologie, Geburtshilfe, Schenkelhalsfraktur, Hüft-TEP und Hüft-TEP-Wechsel, Knie-TEP und Knie-TEP-Wechsel, Mammachirurgie sowie Koronarangiografie/PTCA. Zusätzlich wird in Sachsen auch die sogenannte Neonatalerhebung (Erfassung und Auswertung QS-relevanter Daten bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten zehn Lebensstage in eine Kinderklinik aufgenommen werden) durchgeführt.

Dem hohen Engagement der Mitarbeiterinnen und dem direkten Kontakt mit den Kolleginnen und Kollegen in den Kliniken ist es zu verdanken, dass auch im vergangenen Jahr in Sachsen wieder eine hundertprozentige Erfassung aller Geburten mit vollständigen und validen Datensätzen erreicht wurde. Nur die direkte Datenerhebung und -pflege in der Projektgeschäftsstelle schafft die Voraussetzungen für eine sinnvolle Auswertung. Negative Erfahrungen anderer Bundesländer, die die Erfassung und Auswertung der Perinataldaten an eine Fremdfirma abgegeben haben, zeigen einen deutlichen Akzeptanzverlust des Verfahrens in den Krankenhäusern, was zu niedrigeren Erfassungsraten und durch das rein maschinelle Pro-

zedere auch zum selektiven Wegfall komplizierter Eingriffe und der Totgeburten führte.

Eine der Hauptaufgaben der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung ist die Organisation des „strukturierten Dialogs“ mit den Kliniken, die in einzelnen Qualitätsmerkmalen möglicherweise Verbesserungspotenzial haben.

Nach den guten Erfahrungen mit dem „strukturierten Dialog“ mit auffälligen Abteilungen in Peri- und Neonatologie wurde im vergangenen Jahr in allen anderen Leistungsbereichen dieses Instrument der Qualitätssicherung etabliert. Eine frühere Einführung schien nicht zielführend, da erst mit Beginn des Erfassungsjahres 2003 zweckmäßige Datensätze mit den unbedingt notwendigen Ausfüllanleitungen existierten und man erst auf Grundlage dieser Instrumentarien guten Gewissens mit auffälligen Kliniken in den strukturierten Dialog treten kann. Trotz dieser nunmehr vorhandenen Ausfüllanleitungen gab es in sehr vielen Einrichtungen Missverständnisse und somit systematische Fehler beim Ausfüllen einzelner Items, insbesondere die histologische Untersuchung von OP-Präparaten betreffend. So sollte beispielsweise bei Cholezystektomie und Appendektomie im Feld „Histologischer Befund“ nur erfasst werden, ob eine derartige Untersuchung durchgeführt wurde oder nicht. Viele Kollegen verwechselten dies jedoch mit „pathologischem Befund“ und trugen in dieses Feld folgerichtig „nein“ ein, was zu vielen unnötigen Anfragen bei denjenigen Abteilungen führte, in denen sich diese Fehlannahme häufte.

Hauptaufgaben im ersten Halbjahr 2005 werden für die Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung die Erstellung eines eigenen Internetauftritts und die Einführung einer elektronischen Vorgangsverwaltung zur Verbesserung der Organisation des strukturierten Dialoges sein. Die zweite Jahreshälfte steht dann ganz im Zeichen der Primärdatenvalidierung, das heißt, auf Betreiben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 SGB V, der nunmehr als zentrales Steuerungsorgan der externen Qualitätssicherung eingesetzt ist, muss künftig stichprobenartig in den beteiligten Krankenhäusern an Hand der Krankenakten überprüft werden, ob die dokumentierten Daten auch tatsächlich der Realität entsprechen. Inwieweit diese zusätzlichen Aufgaben dann noch mit dem gegenwärtigen Personalbestand und den zur Verfügung stehenden Mitteln bewältigt werden können ist äußerst fraglich.

#### 5.5.2.1

##### **Arbeitsgruppe Perinatalogie/Neonatologie im Jahre 2004 (Prof. Dr. Christoph Vogtmann, Taucha, Leiter der Arbeitsgruppe Perinatalogie/Neonatologie)**

Die Arbeitsgruppe versteht sich als ein Instrument zur Aufdeckung von Schwachpunkten bei der Qualitätssicherung auf dem Gebiet der Perinatalogie/Neonatologie und Anbieter von Unterstützung bei der Analyse und Umsetzung von qualitätssichernden Maßnahmen. Diesem Ziel dienten u. a. die 2004 erfolgte Aufnahme eines Vertreters der Krankenhausgesellschaft in die Arbeitsgruppe wie auch die Kontaktaufnahme mit dem Hebammenverband Sachsens sowie Dialoge mit leitenden Fachvertretern.

Auf insgesamt sechs Arbeitsgruppenberatungen wurden schwerpunktmäßig

- die Analysen der Peri- und Neonatalerhebung 2003 besprochen,
- die Qualitätsindikatoren für die Bewertung perinatologischer Qualität diskutiert,

- eine qualifizierte Leistungsbewertung durch Zusammenführung von peri- und neonatologischen Daten erarbeitet (Zusammenarbeit mit Prof. R. Koch und Prof. D. Gmyrek, vorgetragen auf der 12. Münchner Perinataalkonferenz),
- individuelle Klinikanalysen als Grundlage für einen strukturierten Dialog erarbeitet,
- ein Klinikärzttreffen sowie die Ergebnisveröffentlichung 2003 vorbereitet.

#### *Ergebnisse*

Einige orientierende Leistungsziffern sind in Tabelle 1 dargestellt. Die hohe perinatale Mortalität der Frühgeborenen ist auf einen hohen Anteil von Kindern mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g und insbesondere eine auf 91 Frühgeborene gestiegene Zahl von vor der 27. Schwangerschaftswoche geborenen Kindern zurück zu führen.

#### *Basisdaten zu an sächsischen Kliniken 2003 geborenen Kindern*

Anzahl Geburten	31738	(100 %)
Davon Frühgeburten (Gestationsalter < 37 SSW)	2129	(6,7 %)
Geborene Kinder	32211	(100 %)
Davon Totgeborene	106	(3,4 %)
Davon Lebendgeborene	32105	(100 %)
Davon lebendgeborene Frühgeborene	2357	(7,3 %)
Davon lebendgeborene Zwillinge	902	(2,8 %)
Davon lebendgeborene Zwillingsfrühgeborene	511	(1,6 %)
Davon behandlungsbedürftige Neugeborene	5826	(18,1 %)
Perinatale Mortalität gesamt		4,6 %
Perinatale Mortalität der Zwillinge		16,4 %
Perinatale Mortalität der Frühgeborenen		40,8 %

Eingerückte Zeilen bedeuten, dass sich die Angaben auf das in den jeweils übergeordneten Zeilen genannte Kollektiv beziehen.

Die Bemühungen um eine weiter verbesserte Regionalisierung sind insgesamt nicht befriedigend voran gekommen. Parallel dazu ist auch der Anteil präventiv mit Kortikoiden behandelte sehr früher Schwangerschaften nicht zufrieden stellend. Einer Sectorate von 18,9 Prozent steht eine niedrige Azidoserate (pH < 7,0) von 0,2 Prozent gegenüber.

Frühgeborene traten im Freistaat Sachsen mit einer Häufigkeit von 7,3 Prozent unter allen Lebendgeborenen auf. Zwillingschwangerschaften verursachten bei einem Anteil von 1,5 Prozent an allen Schwangerschaften ca. 20 Prozent dieser Frühgeborenen. Mehrlinge sind durch eine vierfach höhere perinatale Mortalität als Einlinge bedroht.

Es war trotz vielfältiger Bemühungen nicht gelungen, den Entscheidungsträgern von Kassen und KV die medizinische, ökonomische und insbesondere menschliche Dimension des Problems Frühgeburtlichkeit bei Mehrlingsschwangerschaften in der Art zu vermitteln, dass daraus eine erfolgversprechende Konsequenz für die Betreuungsqualität der Betroffenen hätte getroffen werden können.

Eine insgesamt erfreulich niedrige perinatale Sterblichkeit erhöht die Bedeutung detaillierter Analysen von Einzelfällen. Dem wurde durch die Abhaltung von regionalen Qualitätszirkeln in den Regierungsbezirken Rechnung getragen.

### *Künftige Aufgaben*

Im Jahre 2005 wird die Arbeitsgruppe im besonderen Maße die Etablierung eines flächendeckenden Hörscreenings Neugeborener unterstützen, die Grundsätze für eine risikoadjustierte Qualitätsbeurteilung überarbeiten, das sächsische Zwillingprojekt weiter verfolgen und die Arbeit regionaler Qualitätszirkel fördern.

#### 5.5.2.2

##### **Arbeitsgruppe Chirurgie**

###### **(Dr. Henry Jungnickel, Dresden, Vorsitzender)**

Auch im Jahr 2004 hat die Arbeitsgruppe Viszeral- und Gefäßchirurgie ihre Arbeit im Rahmen der externen Qualitätssicherung erfolgreich fortgesetzt.

Zunächst wurden nochmals die Ergebnisse des Erhebungsjahres 2002 analysiert und der Bericht an das Lenkungs-gremium vorbereitet. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgte in einem Vortrag in der 1. Öffentlichen Beratung des Lenkungs-gremiums am 04.02.2004.

Hauptaufgabe war jedoch die Bewertung der Ergebnisse des Jahres 2003. Es konnten nochmals die Module 10/2 (Carotisrekonstruktion), 12/1 (Cholezystektomie), 12/2 (Appendektomie) und 12/3 (Leistenhernie) ausgewertet werden. Die Datenlage war jedoch in den Modulen der Viszeralchirurgie nur unvollständig. Die Umstellung der Version 5.0.1 auf die Version 6.0 konnte von den Softwareanbietern nicht zeitnah zum Jahreswechsel ermöglicht werden, so dass vom Bundeskuratorium im ersten Halbjahr die simultane Erfassung beider Versionen gestattet wurde. Die Version 6.0 war erst ab dem 01.07.2003 für alle Einrichtungen verpflichtend. Bei der Auswertung der Qualitätssicherung hat sich gezeigt, dass die BQS keine Mapping-Vorschriften erarbeitet hat, so dass die in der 5.0.1-er Version erfassten Fälle nicht mit in die Auswertung einbezogen werden konnten. So gingen ca. 25 Prozent der erarbeiteten Datensätze praktisch verloren. Dennoch wurden in allen Modulen die von der BQS festgelegten Qualitätsindikatoren überprüft, für alle Indikatoren wurden Referenzbereiche festgelegt. Die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung wurden wie gewohnt im *Ärzteblatt Sachsen* (Ausgabe Januar 2005) veröffentlicht. Erstmals wurden alle Kliniken, auch wenn sie nur in einem Qualitätsmerkmal außerhalb des Referenzbereiches lagen, angeschrieben und um eine Stellungnahme gebeten. Somit waren 37 Klinikan-schreiben notwendig, bis Anfang Januar lagen bereits 28 Antwortschreiben vor. Häufig lagen Dokumentationsfehler vor, die dokumentierte schlechte Qualität entsprach somit nicht der Realität, eine nachträgliche Änderung der Ergebnisse ist jedoch nicht möglich. Die Kommunikation mit den einzelnen Kliniken wird jedoch zur sorgfältigeren Dokumentation Anlass sein.

Der Leiter der Arbeitsgruppe, Dr. Jungnickel, ist gleichzeitig Mitglied der Fachgruppe Viszeralchirurgie in der BQS (Vertreter der Bundesärztekammer). Er hat an den Beratungen in Düsseldorf fünfmal im Jahr 2004 teilgenommen. Der Kontakt auf Bundes- und Landesebene ist somit unmittelbar gewährleistet.

Im Jahr 2004 waren nur noch die Module 10/2 (Carotisrekonstruktion) und 12/1 (Cholezystektomie) verpflichtend zu erfassen. Die Arbeitsgruppe bedauert, dass gerade im Hinblick auf die Herniechirurgie mit unverändert gleichbleibender Rezidivrate – um 10 Prozent trotz vieler neuer Operationsmethoden – ausdrücklich und regt erneut eine Erfassung der Leistenhernien auch unter Einbezug des ambulanten Sektors und einer Longitudinalbeobachtung an.

Besonders bedanken möchten wir uns bei den Mitarbeitern der Projektgeschäftsstelle über die immer sehr gute Zusammenarbeit.

#### 5.5.2.3

##### **Arbeitsgruppe Gynäkologie**

###### **(PD Dr. habil. Karl-Werner Degen, Dresden, Vorsitzender)**

Die fachspezifische Arbeitsgruppe Gynäkologie setzt sich neben dem Vorsitzenden aus weiteren drei Chefärzten gynäkologisch-geburtshilflicher Abteilungen, einer Gynäkologin vom Medizinischen Dienst und zwei Vertretern der Krankenhausgesellschaft zusammen.

Im vergangenen Jahr traf sich die Arbeitsgruppe zu drei Sitzungen. Bei dem jährlich stattfindenden Treffen der Chefärzte gynäkologisch-geburtshilflicher Abteilungen aus Gesamtsachsen am 06.10.2004 wurde in Leipzig über den aktuellen Stand der Qualitätssicherung in den Leistungsbereichen „Gynäkologische Operationen“ und „Mammachirurgie“ referiert und diskutiert.

Für den Leistungsbereich „Gynäkologische Operationen“ wurden im Jahr 2003 Daten zu operativen Eingriffen an Gebärmutter, Eileitern und Eierstöcken aus 59 sächsischen Kliniken erfasst und ausgewertet. Verbindlich waren alle Leistungen mit Abrechnung nach FP/SE aus den Gruppen 15 „Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen“ der bundesweiten Fallpauschalen- und Sonderentgeltkataloge zu dokumentieren.

Freiwillig war darüber hinaus eine Vollerhebung in der Adnex- und Uteruschirurgie für Eingriffe, die nicht nach FP und SE abgerechnet wurden.

Der Datensatz des Moduls 18/1 (Mammachirurgie) war für 2003 vollständig überarbeitet worden und einheitlich für alle Leistungserbringer in Gynäkologie und Chirurgie von den „Gynäkologischen Operationen“ (Modul 15/1) getrennt zu erfassen gewesen.

Insgesamt 81 Abteilungen/Einrichtungen haben operative Behandlungen des Mammakarzinoms nach Fallpauschalen und Sonderentgelten (jeweils FP/SE 18.01, 18.02, 18.03) dokumentiert. Mehr als 60 Prozent der beteiligten Kliniken und Fachabteilungen in Sachsen haben weniger als 20 Behandlungsfälle im Jahr 2003 angezeigt, bundesweit sind dies ca. 50 Prozent.

Bis zum 30.06.2003 konnte in zwei verschiedenen Formaten dokumentiert werden. Da die neue Datensatzversion (6.0) inhaltlich und auch bezüglich der Handhabung gegenüber der Vorgängerversion (5.0.1) mehrere Verbesserungen aufwies, wurde eine frühe Implementierung in den Kliniken empfohlen, konnte aber nicht immer erfolgen.

Eine versionsübergreifende Auswertung mit Datensätzen beider Formate war nicht möglich, so dass für das Erhebungsjahr 2003 aufgrund einer Entscheidung des Lenkungs-gremiums in Sachsen den Kliniken Auswertungen zur Verfügung gestellt wurden, denen nur Datensätze im Format 6.0 zugrunde lagen. Damit gingen rund 20 Prozent der plausibel gelieferten Datensätze der Auswertung verloren. Eine Darstellung von Vergleichen zu 2002 erfolgte ebenfalls nicht.

##### *Zum strukturierten Dialog*

Der strukturierte Dialog mit den an der Erhebung beteiligten Einrichtungen dient der Aufklärung der Hintergründe statistisch auffälliger Ergebnisse der externen vergleichenden Qualitätssicherung und im weiteren Verlauf der Identifizierung von Ursachen von Qualitätsdefiziten und Unterstützung bei deren Beseitigung.

Von der Arbeitsgruppe wurden nach Bewertung der Ergebnisse der Erhebung 2003 in den Leistungsbereichen „Gynäkologische Operationen“ und „Mammachirurgie“ Qualitätsindikatoren ausgewählt und über die Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung in anonymisierter Form Einrichtungen mit auffälligen Ergebnissen um Stellungnahmen gebeten.



Im Leistungsbereich „Gynäkologische Operationen“ (Modul 15/1) wurden acht Qualitätsmerkmale ausgewählt, und zwar: „Möglichst wenige Patientinnen mit Organverletzungen, – bei laparoskopischen Operationen, – bei Hysterektomie“, „Möglichst wenige Patientinnen mit transurethralem Dauerkatheter“, „Möglichst wenige Patientinnen mit isolierten Ovarieingriffen und fehlender postoperativer Histologie oder Follikel- bzw. Luteumzyste oder fehlende Organpathologie als führender histologischer Befund“, „Möglichst wenige Patientinnen mit Wundinfektionen nach Hysterektomie“, „Möglichst viele Patientinnen mit Antibiotikaphylaxe bei Hysterektomie“ und „Möglichst viele Patientinnen mit medikamentöser Thromboseprophylaxe bei Hysterektomie“. Insgesamt wurden 36 Einrichtungen/Abteilungen angeschrieben, die in einem bis vier Merkmalen auffällig waren. Fünf Einrichtungen haben sich bisher nicht zurückgemeldet.

Als auffällig für die Dokumentationsqualität wird die Dokumentation von 0 Organverletzungen bei mehr als 100 Behandlungsfällen gewertet, und es wurde um eine Überprüfung derselben gebeten. Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen und Organverletzungen bei Hysterektomie wurden gesondert betrachtet. Den Fällen mit Organverletzungen bei gynäkologischen Operationen wurde bereits in den Auswertungen der vergangenen Jahre nachgegangen.

Die perioperative Antibiotikaphylaxe bei Hysterektomie ist Standard geworden und reduziert Wundinfektionen effektiv. Die Verteilung der Krankenhausergebnisse in Sachsen zeigt ähnlich den Ergebnissen der Bundesauswertung eine hohe Variabilität. Im Ergebnis des Dialoges wurden unter anderem Hinweise auf die Häufigkeit von Kontraindikationen zur Antibiotikaphylaxe erwartet. Die Bewertung der Antworten ergab eine nicht in jedem Fall ausreichende Umsetzung der Leitlinien bei Antibiotikaphylaxe.

Eine medikamentöse Thromboseprophylaxe sollte bei allen Patientinnen angewendet werden, deshalb wurde der Referenzwert für diesen Qualitätsindikator bei 100 Prozent festgelegt. Aus den Angaben der Kollegen war eine sehr hohe Fehlerrate bei der Dokumentation zur Thromboseprophylaxe abzulesen. Einzelfallanalysen zeigten, dass eine Reihe von Dokumentationsproblemen auch dieses Ergebnis beeinträchtigen. Detaillierte Angaben zu den Fällen ließen für die Arbeitsgruppe Verläufe und die Vorgehensweise des Operateurs nachvollziehbar erscheinen. Die begründeten Auffälligkeiten sind nicht als Qualitätsmängel zu werten. Grundsätzlich sollten die Leitlinien der AGO-Organkommission als Handlungsgrundlage hinzugezogen werden.

Die Arbeitsgruppe erhielt eine Reihe positiver Rückmeldungen, so zum Beispiel über die Einführung standardisierter Methoden im Ergebnis der Auswertung.

Die Ergebnisse des strukturierten Dialoges gehen in die Interpretation der Ergebnisse sächsischer Krankenhäuser ein. Vollständige Auswertungen sollten zukünftig die Bewertung der Ergebnisse im Vergleich zu den Vorjahren ermöglichen.

Weiter besteht Fortbildungsbedarf zu Fragen der Zusammenarbeit mit Einweisern. Dokumentationsfehler sind deutlich zu reduzieren. Alle Einrichtungen werden über die Einschätzung der Arbeitsgruppe informiert, ein kollegiales Gespräch wird angeboten.

Im Leistungsbereich „Mammachirurgie“ wurden drei Qualitätsindikatoren mit den Zielen: „Möglichst viele Eingriffe mit postoperativem Präparateröntgen nach präoperativer Markierung durch bildgebende Verfahren“, „Möglichst viele Patientinnen mit immunhistochemischer Hormonrezeptoranalyse bei invasivem Mamma-Karzinom“ und „Möglichst viele Patientinnen mit Angabe des Pathologen zum Sicherheitsabstand“ ausgewählt. Es wurden 25

Einrichtungen um Stellungnahmen zu ein bis zwei Auffälligkeiten gebeten, vier Einrichtungen sind dieser Bitte bisher nicht nachgekommen. Die Bewertung der Antworten erfolgt in einer gesonderten Sitzung.

#### 5.5.2.4

##### Arbeitsgruppe Urologie

(PD Dr. habil. Oliver Hakenberg, Dresden, Vorsitzender)

Die Arbeitsgruppe Urologie zur externen Qualitätssicherung der operativen Therapie der benignen Prostatahyperplasie (Modul 14/1) kam im Berichtsjahr 2004 zweimal zusammen, um die Erhebung des Jahres 2003 auszuwerten, Grenzwerte für auffällige Abweichungen festzulegen und Maßnahmen des Herantretens an betroffene Kliniken zu beraten. Ergebnisse der Analyse der Erhebung wurden dem Lenkungsremium im Februar 2005 vorgetragen. Beim zweiten Zusammentreffen war aufgrund des plötzlichen Todes des bisherigen Vorsitzenden, Dr. Chladt aus Zwickau, die Wahl eines neuen Vorsitzenden erforderlich.

Das Modul 14/1 erfasst die transurethrale und die offene Operation der gutartigen Prostatahyperplasie (TURP/offene Adenomektomie), im wesentlichen im Hinblick auf Indikations-, Struktur- und Prozessqualität. Nur wenige Parameter der Ergebnisqualität können sinnvollerweise im begrenzten Zeitraum des Krankenhausaufenthaltes erfasst werden. Seit 2002 hinzugekommen sind Erhebungskriterien zur Qualität der pflegerischen Maßnahmen.

2003 nahmen in Sachsen 28 Kliniken teil, erfasst wurden 2.842 operative Eingriffe. Die Indikationsparameter, deren vollständige Erhebung als Qualitätsmerkmal („umfassende präoperative Diagnostik“) erfasst wurde, wurden im Median bei 100 Prozent aller Eingriffe untersucht. Jedoch lag die Spannweite bei den einzelnen Kliniken zwischen 10 und 100 Prozent, und fünf Kliniken führten eine vollständige Diagnostik bei weniger als 70 Prozent ihrer Patienten durch. Insbesondere die standardisierte Erhebung der typischen Symptomatik mittels des empfohlenen Symptomenscores wurde insgesamt nur bei 47,7 Prozent aller Patienten durchgeführt. Allerdings lagen die sächsischen Kliniken dabei noch weit über dem Bundesdurchschnitt (38,3 Prozent). Als Qualitätsmerkmal definiert war auch ein möglichst geringer Anteil von Patienten mit untypischer Indikation bei kleiner Prostata bzw. mit kleinem Resektionsgewicht. Ein präoperatives Prostatavolumen unter 20g war im Median bei 6,5 Prozent aller Patienten angegeben, bei vier sächsischen Kliniken lag dieser Anteil jedoch über 10 Prozent. Ein niedriges Resektionsgewicht von weniger als 5g wurde für Sachsen mit 2,97 Prozent aller Fälle verzeichnet; dies lag deutlich über dem Bundesdurchschnitt von 1,7 Prozent. Die Komplikationsdichte lag für die transurethrale Resektion für Sachsen bei 10,0 Prozent (Bundesdurchschnitt 9,9 Prozent). Auffällig waren hierbei nur wenige Kliniken, eine jedoch mit 53 Prozent Komplikationen. Deutlich zu verzeichnen war eine insgesamt höhere Komplikationsrate für die offene Operation im Vergleich zur transurethralen Resektion (Rate an transfusionspflichtigen Blutungen, klinisch relevanten Harnwegsinfektionen und operativen Revisionen). Diese Gesamtrate lag für die offene Operation aufgrund von häufigeren Transfusionen und Infektionen bei 28,7 Prozent (TURP 10Prozent). Für die wenigen im Modul erfassten Ergebnisparameter (Restharn und Harnstrahl postoperativ) zeigte sich erfreulicherweise eine hohe Erhebungsrate von 93,3 Prozent aller Fälle. Sechs Patienten (0,21 Prozent) verstarben 2003 in Sachsen perioperativ nach Operationen zur benignen Prostatahyperplasie. Die statio-

näre Behandlungsdauer lag für beide operativen Verfahren in Sachsen deutlich niedriger als früher (Tab.1).

*Stationäre Verweildauer bei operativer Therapie der benignen Prostatahyperplasie, offene Operation versus transurethrale Resektion (TURP), Mittelwerte, (Median) (Tage).*

Jahr	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Offene Adenomektomie	18 (16)	17,4 (15)	17,0 (15)	16,7 (16)	17,0 (15)	16,4 (15)
TURP	11,3 (9)	10,0 (8)	10,2 (9)	10,3 (9)	9,9 (8)	9,3 (8)

Im fünften Jahr der Erhebung des Moduls 14/1 nahmen mehr Kliniken als je zuvor teil. Insgesamt zeigte sich aber eine geringere Erfassungsqualität als in den früheren Jahren, besonders bei Parametern, deren Erhebungsnotwendigkeit nicht allen Urologen einleuchtend erscheint (Beispiel Symptomenscore). Die Notwendigkeit der Erhebung der Pflegeindikatoren, die für fast alle Indikatoren zwischen 97 und 100 Prozent zeigten – und damit keinerlei diskriminativen Wert besitzen – erschien ohnehin mehr berufspolitischen als medizinischen Überlegungen geschuldet. Die Ergebnisse der sächsischen Kliniken wichen insgesamt, von wenigen Ausnahmen abgesehen (s.o.), 2003 nicht signifikant vom Bundesdurchschnitt ab.

Von der Arbeitsgruppe wurden die Erhebungsergebnisse anonymisiert beraten und wie in den Jahren zuvor für jedes Qualitätsmerkmal Grenzwerte für Auffälligkeiten in der Beratung festgelegt. Die betroffenen Kliniken wurden angeschrieben und auf deutliche Abweichungen vom Durchschnitt hingewiesen, in der Hoffnung, dass entsprechende Veränderungen im Klinikmanagement vorgenommen werden. Rückmeldungen an die Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung erfolgten in der Regel jedoch nicht.

Das Modul 14/1 wurde seit 1998 angewandt und hatte im Laufe der Jahre einige wesentliche Verbesserungen erfahren. Die seit 2001 stetig gestiegene Zahl teilnehmender Kliniken ließ einen positiven Trend erkennen, der es ermöglichte, relevante Datensätze zu erheben und zu vergleichen. Viele Parameter hatten eindeutig diskriminativen Wert, so dass eine sachlich begründete Qualitätsunterscheidung zwischen verschiedenen Kliniken möglich war. Auf Beschluss des Bundeskuratoriums wurde die Pflichterhebung der externen Qualitätssicherung zur operativen Therapie der Prostatahyperplasie, wohl überwiegend aus Kostengründen, Ende des Jahres 2003 eingestellt; das Lenkungsgremium Sachsen hat sich diesem Beschluss angeschlossen. Dies ist insofern bedauerlich, als hiermit ein etabliertes und aussagekräftiges Instrument zur Qualitätssicherung aus der Hand gegeben und auf eine standardisierte Qualitätserhebung im Fach Urologie zukünftig verzichtet wird.

### 5.5.2.5

#### Arbeitsgruppe Orthopädie/Unfallchirurgie (Prof. Dr. Rüdiger Franz, Dresden, Vorsitzender)

##### 1. Schwerpunkte im Berichtsjahr 2004

Im Mittelpunkt der Tätigkeit standen im Berichtsjahr 2004 die nach Vorliegen der Auswertungen für das Land Sachsen unverzüglich vorzunehmende kritische Beurteilung im Hinblick auf dialogpflichtige

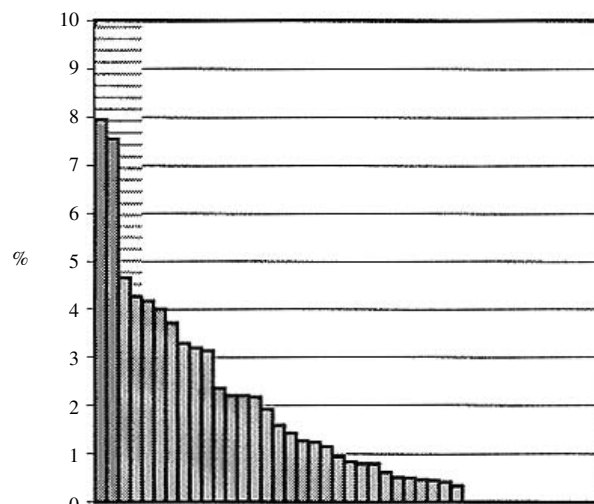
Qualitätsdefizite und der Dialog mit den Krankenhäusern/Abteilungen selbst.

Die Auswertungen der Module des Kalenderjahres 2003 durch die quant GmbH erreichte die Arbeitsgruppe erst Anfang September 2004, daher konnte die Bewertung erst in der Sitzung am 09.09.2004 vorgenommen werden. Die Anschreiben an die entsprechenden ärztlichen Direktoren zur Weiterleitung an die Chefärzte der Fachabteilungen ergingen unverzüglich auf dem Postweg. Wegen des auf vier Wochen terminierten Rücklaufes musste bis Anfang November gewartet werden. In der Sitzung am 18.11.2004 konnten schließlich die Stellungnahmen der Chefärzte analysiert werden.

#### 2. Im Dialog erreichte Ergebnisse

Die Anzahl der an der Auswertung teilnehmenden Abteilungen der Krankenhäuser betrug bei der Hüftgelenknahen Femurfraktur 68, bei der Hüft-TEP wegen Koxarthrose 55, beim Hüft-TEP-Wechsel 41 und bei der Knie-TEP 49 Abteilungen. Auffälligkeiten fanden sich bei 31 Abteilungen. Sie betrafen am häufigsten über den Referenzwerten liegende Raten von Wundinfektionen und Komplikationen und sind in den Diagrammen der Auswertungen anonymisiert dokumentiert und für jeden damit betrauten Arzt ersichtlich (Abb.).

#### Benchmarkdiagramm der postoperativen Wundinfektion – Modul 17/2-2003



Durch nicht CDC-gerechte Codierung von oberflächlichen Infektionen ohne Keimnachweis als „Wundinfektionen“ sehr hohe Infektionsrate in wenigstens zwei Kliniken. Die Kliniken mit > 5 Prozent wurden um Erläuterungen gebeten. Dabei klärte sich das Missverständnis auf – allerdings mit einem unverhältnismäßig hohen Verwaltungsaufwand.

In der Annahme, dass es sich um begründbare Auffälligkeiten handelt (zum Beispiel durch ein besonders mit Risikofaktoren ausgewiesenes Krankengut), ergingen am 30.09.2004 postalische Anschreiben an die auffälligen 31 Abteilungen mit der Bitte um detaillierte Darstellung nebst Erklärungen. Innerhalb der vorgegebenen Frist von vier Wochen antworteten 17 von 31 Abteilungen; drei Abteilungen

erbaten sich Aufschub zur Bearbeitung, von elf Abteilungen erging bis Anfang November 2004 noch keine Rückmeldung.

Die Auswertung der termingerecht eingegangenen Stellungnahmen zu den Auffälligkeiten im Qualitätsprofil ergab durch Codierfehler resp. Irrtümer in der Definition einzelner Items begründbare Zusammenhänge. Deshalb wurde der Grundsatz der Anonymität beibehalten. In diesem Zusammenhang seien die folgenden Hinweise erlaubt: unter Wundinfektionen sind im Sinne der CDC-Klassifikation nur solche mit Keimnachweis zu verstehen; an Komplikationen sind nur jene zu erfassen, die mit der Prozedur in einem sicheren kausalen Zusammenhang stehen.

Von fünf Abteilungen/Krankenhäusern gingen die Stellungnahmen erst im November bzw. im Dezember 2004 ein, darunter erklärten vier Einrichtungen die verspätete Zuarbeit mit akzeptablen Gründen wie Chefarztwechsel etc.

Die Aufarbeitung der Daten ergab auch hier Codierfehler hauptsächlich in der Art, dass Wundheilungsstörungen und oberflächliche Infektionen ohne Keimnachweis als tiefe Infektionen erfasst wurden. Der Dialog erfolgte nach kollegialen Grundsätzen, die Daten wurden aufgearbeitet in dem Bemühen, den Krankenhäusern zu helfen.

### 3. Probleme

Der häufigste Grund für Auffälligkeiten bei der externen Beurteilung der Qualität der erbrachten Leistungen in der Endoprothetik waren Codierfehler, welche der internen Plausibilitätsprüfung entgehen. Insbesondere erfolgte die Klassifikation der Wundinfektionen nicht nach der CDC-Definition, wie sie in den Ausfüllhinweisen zum Beispiel des Moduls 17/1 unter „postoperative Wundinfektion“ (Zeilen 45 und 46) angegeben sind.

Große Probleme entstehen, wenn eine Klinik in die Erfassungsbögen eine falsche Nummer für ihre Fachabteilung einträgt. Die Datensätze werden an Hand der Institutionskennzeichen und Fachabteilungsnummern den jeweiligen Chefarztbereichen zugeordnet. Es kommt zu permanenten Fehlern, die von der internen Plausibilitätsprüfung nicht erfasst und nach dem Einsendeschluss auch nicht mehr ausgemerzt werden können.

Eine Überprüfung dieser Nummern für die Daten des Jahres 2004 wird hiermit aktuell empfohlen.

### 4. Ausblick

Es hat sich bei der Auswertung gezeigt, dass Statistiken an sich keine Hinweise auf gute oder schlechte Qualität geben können, vielmehr sind dazu weiterführende intelligente Fragestellungen und Analysen erforderlich. Von den jetzt ausformulierten Items werden etwa zur Hälfte Ergebnisse beschrieben, gefolgt von Prozessen und von diagnostischen Qualitäten.

Hilfreich war in letzter Zeit die Auswahl und die Konzentration auf rational ausgewiesene Qualitätsindikatoren. Dazu wurden ausgedehnte Literaturstudien vorgenommen. Für die Festlegung der Referenzwerte war als Kriterium der Praxis ein bundesweiter Probelauf im Jahre 2002 dienlich. Sofern die Referenzwerte nicht in der wissenschaftlichen Literatur ausgewiesen waren, wurden sie über die Probeauswertung bestimmt – oft über die 95-Prozent- bzw. 5-Prozent-Perzentile.

Als Trend ist feststellbar, dass höhere Fallzahlen im allgemeinen zu besseren Resultaten führen, es gibt jedoch auch Abteilungen mit kleinen Fallzahlen und konstant guter Qualität in den Ergebnissen. Die Items zur Kennzeichnung der implantierten Prothesenkomponenten schaffen die Voraussetzungen für ein künftiges bundesweites

Endoprothesenregister. Ungeachtet der hier noch zu leistenden Arbeit entsteht jetzt endlich ein Überblick zu der anders nicht mehr zu übersehenden Vielfalt der verwendeten Implantate.

### 5.5.2.6

#### Arbeitsgruppe Kardiologie

(Prof. Dr. Gerhard Schuler, Leipzig, Vorsitzender)

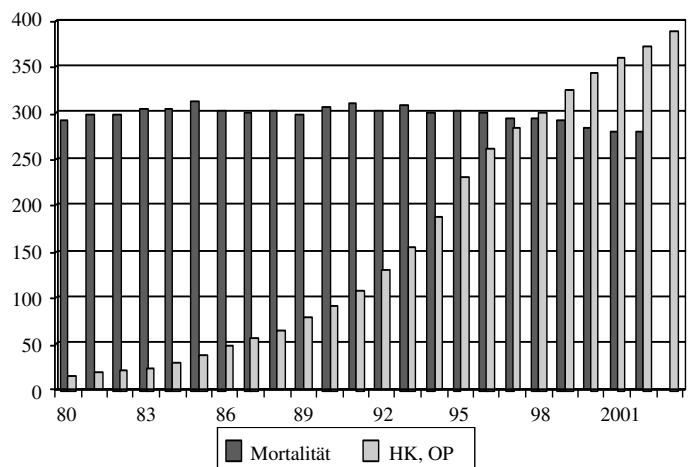
Im vergangenen Jahr wurde die Schrittmacher- und Defibrillatorimplantation in die Qualitätssicherung aufgenommen. Entsprechend dem neuen Tätigkeitsbereich wurde die Arbeitsgruppe um drei Mitglieder erweitert, die sich in erster Linie mit der Auswertung dieser Module befassen sollten. Es handelt sich dabei um Dr. Spitzer, Dr. Braun und PD Dr. Hindricks.

#### Koronarangiographie und Koronarintervention

In den letzten 20 Jahren hat eine massive Leistungsausweitung im Bezug auf die Anzahl der Linksherzkatheteruntersuchungen, der Koronarinterventionen und der kardiochirurgischen Operationen stattgefunden. Während bei den Koronarinterventionen auch weiterhin eine ungebrochene Zunahme festgestellt werden kann, stagniert das Wachstum im Bereich der Herzchirurgie, erste Anzeichen für eine Abnahme scheinen erkennbar zu sein. Die Ursache für diese unterschiedliche Dynamik liegt offensichtlich in einer Ausweitung des Interventionsspektrums der Kardiologie auf Kosten der chirurgischen Behandlung, in deren Zentrum der vermehrte Einsatz der medikamentenbeschichteten Stents steht. Durch die Abnahme der Restenoserate werden auch koronarmorphologische Situationen in den Bereich der interventionellen Therapie gerückt, die früher ausschließlich der Chirurgie vorbehalten waren.

Bei der Beurteilung der Kosten-Nutzen-Relation fällt auf, dass trotz zunehmender Interventionsrate nur eine leichte Abnahme der Mortalität erreicht wurde (Abb.). Die Interpretation dieser Daten lässt eine Reihe von Möglichkeiten offen, die wahrscheinlichste liegt jedoch darin, dass bei den immer komplexeren Fällen eine natürliche Grenze erreicht ist, die eine weitere Senkung der Mortalität nicht mehr zulässt.

Zahl der Herzoperationen, PCIs und Linksherzkatheteruntersuchungen [HK, OP x 1000] im Vergleich zu der kardiovaskulären Mortalität pro 100.000 Einwohner.



### Vollständigkeit der Datensätze

Eine statistisch exakte Beschreibung der Qualitätsvariablen setzt eine komplette Erfassung aller durchgeführten Linksherzkatheteruntersuchungen und Koronarinterventionen voraus. Die derzeit von der BQS verfolgte Strategie beruht auf einer Abschätzung der erwarteten Datensätze anhand der mit den Krankenkassen abgerechneten Sonderentgelte. Es wird also keine strenge 1:1 Zuordnung zwischen dem durchgeführten Eingriff und dem abgerechneten Sonderentgelt angewandt, sondern lediglich ein ungefährender Vergleich der Gesamtzahlen. Dieses Verfahren hat gewisse Unschärfen zur Folge, die durch den Vergleich zwischen erwarteten und abgelieferten Datensätzen deutlich wird. Auch die Vollständigkeit der teilnehmenden Krankenhäuser bietet gewisse Verständnisprobleme; da die Dokumentation der Qualitätsvariablen gesetzlich vorgeschrieben ist und im Versäumnisfall mit finanziellen Sanktionen bedroht wird, kann es eine mehr als 100-prozentige Vollständigkeit definitionsgemäß nicht geben. Eine Abweichung von 68 Prozent bei der Koronarangiographie nach oben deutet auf ein grundlegendes Problem bei der Definition des Sollwertes hin. Im Zusammenhang mit den weiter unten diskutierten Komplikationsraten, die bei manchen Krankenhäusern 0 Prozent betragen, werden grundlegende Fragen hinsichtlich der Validität der abgelieferten Daten aufgeworfen, die bei den Auswertungen der kommenden Jahre angesprochen werden müssen.

Die Arbeitsgruppe schlägt vor, dass ein strukturierter Dialog nicht nur mit Krankenhäusern geführt werden soll, welche die Grenze nach oben überschreiten, sondern auch solchen Einrichtungen, welche unplausibel niedrige Komplikationsraten melden.

### Vergleich erwarteter und gelieferter Datensätze

	Erwartete Datensätze	Gelieferte Datensätze	Vollständigkeit
Koronarangiographie	293.563	492.388	168 %
Teilnehmende Krankenhäuser	366	401	110 %
PCI	122.135	174.758	143 %
Teilnehmende Krankenhäuser	276	335	121 %

### Qualitätsmerkmal Ausschluss koronare Herzerkrankung

Die Häufigkeit, mit der die Diagnose Ausschluss koronare Herzerkrankung gestellt wird, lässt einen Rückschluss auf die Qualität der Vorfelddiagnostik zu. Durch nichtinvasive Untersuchungsmethoden kann bei der Mehrzahl der Patienten mit thorakalen Beschwerden eine therapierelevante koronare Herzerkrankung ausgeschlossen werden. Nur bei einer geringen Anzahl von Patienten bedarf es einer Ausschluss-Koronarangiographie, wie zum Beispiel bei Nichtwertbarkeit des Belastungs-EKGs, oder bei Diabetikern mit einem hohen Risikoprofil. Ein weiteres Patientenkollektiv mit komplexen Herzrhythmusstörungen trägt ebenfalls zu einer höheren Rate an Ausschluss-Angiographien bei. Vor Implantation eines Defibrillators sollte die ischämische – und damit korrigierbare – Genese einer tachycarden ventrikulären Rhythmusstörung mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Dies gilt auch für die Behandlung des therapieresistenten Vorhofflimmerns mit Klasse I Antiarrhythmika, die nur bei Patienten mit dokumentiertem normalen Myocard und Koronarsystem durchgeführt werden darf.

Die Häufigkeit der Diagnose Ausschluss koronare Herzerkrankung lag in Sachsen bei 26,9 Prozent (Vertrauensbereich 26,0 Prozent

bis 27,8 Prozent). Im Bundesdurchschnitt ergab sich ein Wert von 23,9 Prozent (Vertrauensbereich 23,7 Prozent bis 24,1 Prozent). Eine interventionelle oder kardiochirurgische Therapie wurde in 31 Prozent der Koronarangiographien vorgeschlagen.

### Qualitätsmerkmal Postoperative Komplikationen nach Koronarangiographie

Die Komplikationsrate nach Koronarangiographie lag in Sachsen bei 1,5 Prozent (Vertrauensbereich 1,3 Prozent bis 1,7 Prozent). Im Bundesdurchschnitt wird von der BQS eine MACCE-Rate (Major Adverse Coronary and Cerebral Events) von 0,3 Prozent angegeben, die jedoch offensichtlich auf anderer Basis berechnet wurde. Die bundesweite MACCE-Rate enthält nur Todesfälle, Myocardinfarkte, TIAs und Schlaganfälle, während in der sächsischen Komplikationsrate alle unerwünschten Ereignisse enthalten sind. Weiterhin sind die Zahlen auch deshalb schwer vergleichbar, weil in der Grundgesamtheit Patienten mit akutem Myocardinfarkt enthalten sind, die mit einer anderen Risikokonstellation koronarangiographiert werden, als Patienten, die elektiv zur Untersuchung kommen. Werden an einer bestimmten Klinik besonders viele akute Infarkte behandelt, wird sich dies auch auf die Komplikationsrate auswirken. Es wäre sinnvoll, die Grundgesamtheit auf Patienten zu beschränken, die elektiv zur Koronarangiographie kommen, um die Abteilungen dadurch vergleichbarer zu machen. Eine weitere Einschränkung der Validität der Daten kann darin gesehen werden, dass eine Reihe von Abteilungen mit durchaus beträchtlichem Volumen keinerlei Komplikationen gemeldet haben. Durch diese offensichtlich unkorrekten Angaben erscheinen andere Abteilungen, die auch ihre Komplikationen exakt dokumentieren, zu Unrecht in einem schlechterem Licht.

### Komplikationen bei der Koronarintervention

Zu den schweren Komplikationen Tod, Herzinfarkt und Schlaganfall liegen aus verschiedenen Registern und Studien Vergleichszahlen vor: Bashore et al. stellen in einer Übersicht Komplikationsraten größerer Studien bzw. Register von 1996 bis 2000 in den USA dar und registrieren eine Letalitätsrate von 0,3 bis 2,5 Prozent, eine Infarktrate von 0,4 bis 2,8 Prozent und neurologische Komplikationen von 0,0 bis 9,4 Prozent (Bashore et al. 2001). Notfall-PTCA bei Myokardinfarkt weisen hier deutlich höhere Komplikationsraten als elektive Eingriffe auf (zum Beispiel Letalität 1,2 bis 7,0 Prozent). Ausführliche Daten zu den Komplikationen bei PTCA im niedergelassenen Bereich in Deutschland bieten die Jahresberichte des Registers Qualitätssicherung in der Invasiv-Kardiologie QuIK (Levenson et al. 2003). Im Jahr 2002 wurden bei 18.823 PTCA folgende Raten für intraoperative Komplikationen gemeldet: Herzinfarkt 0,06 Prozent, Schlaganfall 0,02 Prozent, Tod 0,09 Prozent. Für 16.474 Fälle wurden folgende Raten für postoperative Komplikationen berichtet: Herzinfarkt 0,36 Prozent, Schlaganfall 0,07 Prozent, Tod 0,20 Prozent. Die MACCE-Rate wird nach folgender Rechenregel ermittelt: Grundgesamtheit: Alle Patienten mit PTCA. Zähler: Patienten mit intra- oder postprozedural mindestens einer TIA bzw. einem Schlaganfall oder postprozedural mit einem Herzinfarkt oder mit Exitus im Herzkatheterlabor oder postprozeduralem Tod bzw. Tod während des Krankenhausaufenthaltes infolge einer Komplikation. Nach dieser Berechnung lag die MACCE-Rate im Bundesdurchschnitt bei 1,2 Prozent (Vertrauensbereich 1,1 Prozent bis 1,2 Prozent), der Referenzbereich wurde bei 3,2 Prozent festgelegt. Die Komplikationsrate bei der Koronarintervention lag für Sachsen durchschnittlich bei 5,2 Prozent (Vertrauensbereich 4,7 Prozent bis

5,7 Prozent). Der dramatische Unterschied zu den bundesweiten Ergebnissen kommt, wie auch bei der Koronarangiographie, dadurch zustande, dass in Sachsen deutlich mehr Ereignisse mit in die Berechnung einbezogen werden, wie zum Beispiel eine Reanimation oder ‚sonstige Ereignisse‘, die nicht näher definiert werden. Wird die Berechnung der Komplikationsrate auf Schlaganfall, Myocardinfarkt und Tod beschränkt, reduziert sich die Komplikationsrate in Sachsen auf 0,8 Prozent. Betrachtet man die Todesfälle während des Krankenhausaufenthaltes für alle Patienten nach PCI isoliert, so ergibt sich für Sachsen eine Mortalitätsrate von 1,1 Prozent. Der weitaus größte Teil dieser Patienten wird wegen eines akuten Myocardinfarktes interventionell behandelt. Auch in diesem Falle würden die Daten an Aussagekraft gewinnen, wenn die Komplikationsrate für den akuten Myocardinfarkt separat berechnet und dargestellt würde. Die Arbeitsgruppe schlug vor, dass Todesfälle in Zusammenhang mit der Koronarintervention in allen Fällen einer weiteren Aufklärung bedürfen. Es wurden deshalb alle Abteilungen, bei denen Todesfälle gemeldet wurden, aufgefordert zu jedem einzelnen Fall Stellung zu beziehen.

### *Konferenz der teilnehmenden Institutionen in Sachsen*

Zur Auswertung und Kommunikation der Ergebnisse wurden alle Institutionen, die in Sachsen an der Qualitätssicherung teilnehmen, nach Dresden eingeladen. Diese Konferenz fand am 8.12.2004 statt. Die Veranstaltung war mit ungefähr 50 Teilnehmern überraschend gut besucht und konnte verschiedene Probleme bei der Datenerfassung und Auswertung aufklären.

### *Schrittmacher- und Defibrillatorimplantation*

Im Bereich Herzschrittmacher beschäftigte sich die Arbeitsgruppe im ersten Halbjahr 2004 zunächst mit den Ergebnissen der Auswertung der in den Modulen 9/1 (Herzschrittmacher-Erstimplantation), 9/2 (Herzschrittmacher-Aggregatwechsel) und 9/3 (Herzschrittmacher-Revision) erhobenen Daten. Ziel der Diskussion war es, insbesondere im Bereich der Indikationsstellung zur Schrittmacherversorgung Defizite im Bezug auf die Behandlungsqualität zu erkennen und, wo angezeigt, in den strukturierten Dialog mit den betroffenen Kliniken und Ärzten einzusteigen. Außerdem wurde wie auch für den Bereich Koronarangiographie/PTCA das Problem der sinnvollen Erfassung der Röntgenstrahlenexposition mittels Durchleuchtungszeiten und Flächendosisprodukt intensiv diskutiert, um eine möglichst gute Vergleichbarkeit der gemeldeten Daten sicher zu stellen. Schwerpunkt des 2. Halbjahrs war die Vorbereitung der Sitzung der Arbeitsgruppe Kardiologie mit Klinikärzttreffen und deren Durchführung am 08.12.2004. Diese Aktivität war besonders wichtig, um Öffentlichkeit für die Belange der Qualitätssicherung herzustellen. Im Bereich Herzschrittmacher wurden die Ergebnisse für das Jahr 2003 von Herrn PD Dr. Hindricks vorgestellt, Herr PD Dr. Lemke aus Lüdenscheid stellte in seinem Beitrag noch einmal die Beziehung zwischen Leitlinien und Qualitätssicherung heraus. Außerdem wurden praxisrelevante Probleme zur Qualitätssicherung ausführlich diskutiert.

## 5.6

### **Ärzte im Öffentlichen Dienst (Dipl.-Med. Petra Albrecht, Meißen, Vorsitzende)**

Im Jahr 2004 hat der Ausschuss Ärzte im öffentlichen Dienst die Arbeit der bisherigen Ausschussmitglieder fortgeführt. Wie in den Jahren zuvor stand wieder die Begutachtung der ausländischen Flücht-

linge durch die Ärzte der Gesundheitsämter zur Debatte. Seit 1996 hat sich der Deutsche Ärztetag mit diesem nicht nur sächsischem Problem beschäftigt.

Bundesweit wurde eine Arbeitsgruppe gebildet, die einen Leitfaden herausbrachte, der im nächsten Jahr an die sächsischen Kollegen in den Gesundheitsämtern in einer umfassenden Fortbildung vermittelt werden soll. Dazu konnte sich der Ausschuss mit einer Vertreterin der Arbeitsgruppe, die nach Dresden in die Sächsische Landesärztekammer eingeladen wurde, verständigen. Die Kollegin aus Bayern sagte auch Hilfe und Unterstützung bei der Vermittlung des Wissens zu.

Dabei ist es eine Hauptaufgabe, immer wieder deutlich zu machen, dass die Ärzte keine politischen, sondern nur rein medizinische Beurteilungen erstellen können.

Der bestehende Ärztemangel, der nicht mehr nur den öffentlichen Gesundheitsdienst betrifft, erfordert Initiativen, um junge Ärzte auf die dritte Säule des Gesundheitswesens aufmerksam zu machen. Dazu wurde eine Informationsveranstaltung der Sächsischen Landesärztekammer für junge Mediziner in Sachsen durchgeführt. Dieses Vorhaben wurde von den Fachausschussmitgliedern sehr begrüßt, und sie sagten ihre Teilnahme zu.

Gerade im Öffentlichen Gesundheitsdienst macht sich die Überalterung der ärztlichen Kolleginnen und Kollegen sehr deutlich bemerkbar. Im Jahr 2007 werden im Öffentlichen Gesundheitswesen 67 Ärzte fehlen. Ein Handlungsbedarf ist dringend geboten, damit weiterhin Aufgaben des Gesundheitsschutzes und der Gesundheitsförderung erfüllt werden können.

Die Veranstaltung gliederte sich in je eine kurze Einführung zu jeder der drei Teilsäulen stationärer, ambulanter und öffentlicher Gesundheitsdienst. Den Vortrag zum ÖGW hielt die Vorsitzende des Berufsverbandes der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes Sachsen. Im sich anschließenden Workshop informierten sich einige junge Kollegen zur Perspektive im ÖGW und bekundeten ihr Interesse an einer entsprechenden Facharztausbildung.

Der laut Weiterbildungsverordnung notwendige theoretische Teil der Facharztweiterbildung zum Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen wurde bisher durch die Akademie für das Öffentliche Gesundheitswesen des Bayerischen Staatsministeriums durchgeführt. Die Mitglieder des Fachausschusses sprachen sich eindeutig dafür aus, und wurden dazu auch vom Ausschuss Weiterbildung der Sächsischen Landesärztekammer unterstützt, diese Weiterbildung neu zu überdenken. Vorbereitungen dazu sind schon angelaufen und werden 2005 fortgeführt.

Die Aufgabenbeschreibung der Gesundheitsämter im Freistaat Sachsen wurde als Handlungshilfe zur Qualitätssicherung durch eine Arbeitsgruppe des Landesverbandes Sachsen der Ärzte und Zahnärzte erarbeitet. Die Aufgabenbeschreibung soll dazu beitragen, dass die Strukturen und Arbeitsprozesse der Gesundheitsämter transparenter werden und damit die Aufgaben effektiver und ergebnisorientierter erbracht werden können.

Die Aufgabenbeschreibung wurde 2004 im Gesundheits- und Sozialausschuss des Sächsischen Landkreistages und im Präsidium des Sächsischen Städte- und Gemeindetages als Handlungshilfe zur Qualitätssicherung anerkannt. Derzeit wird mit der Aufgabenkritik begonnen. Es gilt die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes genau zu hinterfragen, um bei den abnehmenden Ressourcen der Kommunen und kreisfreien Städten auch weiterhin noch den Schutz und die Förderung der Gesundheit der Bevölkerung gewährleisten zu können.

Weiterhin zur Diskussion in den Sitzungen des Ausschusses standen das Sächsische Schulgesetz und die Veränderungen, die sich für den Jugendärztlichen Dienst daraus ergeben, die Strukturänderung der Sächsischen Landesuntersuchungsanstalt und vieles andere mehr. Wichtig war immer wieder Information der anderen Fachausschüsse in diesen Ausschuss einzubringen und eine Vernetzung zu erzielen. Dank möchte ich an alle Mitglieder aussprechen, die sich aktiv für die Arbeit des Ausschusses eingesetzt haben.

## 5.7

### **Ausschuss Prävention und Rehabilitation (PD Dr. habil. Häntzschel, Bad Schandau, Vorsitzender)**

Der Ausschuss Prävention und Rehabilitation der Sächsischen Landesärztekammer tagte am 16.03.2004, am 07.07.2004 und am 26.10.2004.

Die Ziele des Jahres waren:

- die Fortführung der Aktion „Sport pro Gesundheit“
- Mitarbeit in der Koalition gegen das Rauchen
- Ausweitung des Therapiekonzeptes für hyperkinetische Kinder
- Unterstützung der Seniorenmesse Dresden
- Unterstützung der Initiative „Kampf dem Herztod“ der Björn-Steiger-Stiftung-Frühddefibrillation

Das weite Spektrum der Ausschussmitglieder aus den verschiedensten Bereichen erwies sich als günstig, so dass umfangreiche Eigenaktivitäten jedes einzelnen Mitgliedes eingebracht und für den Ausschuss genutzt werden konnten.

Das Programm „Sport pro Gesundheit“ wurde durch die Aktivitäten von Frau Dr. Fröhner, Frau Dr. Lohs in Zusammenarbeit mit dem Landessportbund und dem Sportärztebund unterstützt. Es gelang bisher nicht, Vereinbarungen mit den Krankenkassen zu treffen. Außerdem erwies sich das Netz der zertifizierten Sporteinrichtungen als offenbar noch zu klein.

Die Publikation im Ärzteblatt Sachsen (Heft 1/2003) mit dem Verordnungsblatt („Green-Card“) erbrachte wenig Resonanz. Das Programm war weiter im Internet unter [www.slaek.de](http://www.slaek.de) abrufbar. Die Vorstellung vom empfohlenen zum verordnungsfähigen und damit von der Krankenkasse getragenen „Sport pro Gesundheit“ zu kommen, ließ sich nicht realisieren, jedoch wurden einige Krankenkassen für dieses Programm interessiert. Eine nochmalige Publikation erschien Anfang 2004 im Mitteilungsblatt der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen.

Die Anti-Raucher-Kampagne – federführend Dr. Altmann – wurde weitergeführt. Der umfangreich vorbereitete und den Medien zugängliche Kongress „Rauchen in Sachsen – Nichtraucher in Sachsen“ in Bad Gottleuba fand erfolgreich am 06.11.2004 statt. Dieser war für die Anti-Raucher-Kampagne in Sachsen ein großer Erfolg. Die Unterstützung der Initiative „Kampf dem Herztod“ der Björn-Steiger-Stiftung-Frühddefibrillation ist erfolgt. Die geplanten drei Fortbildungen „Reanimation und Defibrillation“ sind über die Sächsische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung angeboten und durchgeführt worden. Weitere Veranstaltungen konnten noch nicht vorbereitet werden. Für das Jahr 2005 ist dies als Aktivität vorgesehen.

Die Mitorganisation der Seniorenmesse Dresden „aktiv + Vital“ vom 02. bis 04.04.2004 erfolgte durch Herrn Dr. Laue, der auch die Leitung eines Podiumsgesprächs hatte. Herr Dr. Müller hielt den Vortrag: „Gesundheit durch sportliche Betätigung“ mit Aufforderung

zur Diskussion. In der kritischen Auswertung ergeben sich aufgrund einer äußerst schlechten Beteiligung Konsequenzen für Neuorganisationen.

Der geplante Artikel „Hyperkinetische Kinder“ und die Durchsetzung der Therapie als wichtige Aktivität von Herrn Dr. Ermisch konnte noch nicht im Ärzteblatt Sachsen publiziert werden, dies ist für 2005 vorgesehen.

Folgende Aktivitäten wurden durch den Ausschuss bzw. durch Mitglieder des Ausschusses 2004 zusätzlich erbracht:

- Herr Dr. Käßner beteiligte sich an drei Zertifizierung für Bäder und Kurorte als Vertreter der Sächsischen Landesärztekammer.
- Herr Dr. Häntzschel führte eine Telefonvisite am 18.02.2005 unter dem Thema: „Wie bleibe ich gesund? – Auskunft zu Fragen der Prävention“ des Prisma-Verlages durch.
- Herr Dr. Altmann nahm in Vertretung des Vorsitzenden partiell am 14. Sächsischen Ärztetag am 25.06.2004 teil.
- Herr Dr. Häntzschel war organisatorischer und wissenschaftlicher Leiter der 12. Jahrestagung der Gesellschaft für Rehabilitation bei Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (GRVS), die vom 24. bis 26.06.2004 in Bad Schandau stattfand.
- Herr Dr. Häntzschel nahm am 13.11.2004 an der Jahreshauptversammlung der Sächsischen Landesärztekammer teil.
- Mit Herrn Professor Resch vom Forschungsinstitut für Balneologie in Bad Elster wurde beraten, inwieweit der Ausschuss und die Landesärztekammer zertifizierte Wellness-Programme und Ausbildung zum medizinischen Wellness-Trainer unterstützen kann. Hintergrund ist, dass Wellness-Programme von vielen Menschen gewünscht und genutzt werden. Um hier Auswüchsen vorzubeugen, sollten in Deutschland und speziell in Sachsen diese Programme und Einrichtungen unter einer gewissen ärztlichen Kontrolle stehen.
- In der Ausschusssitzung am 26.10.2004 stellte Herr Dr. Schwarz von der Universitätsklinik Dresden das Präventionsmodell „Diabetes“ vor. Das Programm wird von allen Ausschussmitgliedern einstimmig begrüßt und soll mit allen Möglichkeiten unterstützt werden. Von den Ausschussmitgliedern wurden zusätzlich konstruktive Vorschläge zu diesem Programm gebracht. Insbesondere wird die Nutzung der Initiative „Sport pro Gesundheit“ für dieses Präventiv-Modell vorgeschlagen.
- Die Veranstaltung des Ausschusses Prävention und Rehabilitation der Bundesärztekammer konnte vom Vorsitzenden und auch von den Mitgliedern des Ausschusses leider nicht wahrgenommen werden. Die Inhalte wurden weiter getragen. Um in Zukunft die Teilnahme zu gewährleisten, erklärten sich verschiedene Ausschussmitglieder bereit, den Vorsitzenden im Bedarfsfall zu vertreten.

### *Hauptschwerpunkte für das Jahr 2005*

1. Realisierung von noch ausstehenden Aktivitäten aus dem Jahr 2004
  - Fortführung/Weiterführung des Programms Frühddefibrillation,
  - Publikation im Ärzteblatt Sachsen zum Thema „Hyperkinetische Kinder“,
  - Beratung des Wellness-Programms von Professor Resch, Bad Elster, mit dem Kammerpräsidenten bzw. Mitgliedern der Sächsischen Landesärztekammer hinsichtlich Übernahme ärztlicher Zertifizierung/Verantwortung.

## 2. Hauptaktivitäten

- Ausdehnung der „Anti-Raucher-Kampagne“ mit Unterstützung der Sächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (Herr Dr. Rilke), gemeinsame Aktivitäten „Rauchfreies Krankenhaus“, „Rauchfreie Arztpraxen“, gemeinsame Veranstaltung anlässlich des Weltnichtrauchertages am 31.05.2005 in der Sächsischen Landesärztekammer.
- Fortführung des Programms „Sport pro Gesundheit“
  - Weiterverhandlung mit den Krankenkassen und Versuch der Übernahme
  - Erweiterung des Netzes und Angebotes zertifizierter Trainingszentren
  - weitere Überprüfung durch den Sportärztebund im Auftrag des Ausschusses bzgl. Zertifizierung und Wiederzertifizierung
  - Übernahme des Programms in das Präventionsprogramm „Diabetes“ (Dr. Schwarz)
  - Aktualisierung der Web-Seite im Internet
  - nochmalige Publikation in den öffentlichen Medien
  - Empfehlung zur weiteren Nutzung durch Hausärzteverband (über den Vorsitzenden Dr. Sturm)
- Einflussnahme Gesundheitserziehung – gesunde Lebensweise bei Schülern und Jugendlichen
- Weiterzutragende Hauptthemen: gesunde Ernährung, körperliches Training und Vermeidung von Haltungsschäden, Suchtbekämpfung (Rauchen, Alkohol, Drogen), Schutz vor psychischen Störungen. Dazu Kooperation mit dem Kultusministerium und dem Comenius-Institut sowie mit den entsprechenden Amtsärzten. Besondere Aufmerksamkeit bedarf auch die Optimierung des Schulsportangebotes und die Durchführung des Schulsports in Auswertung der Studie zum Schulsport von 2001
- Überprüfung der Realisierbarkeit Programm „Psyche/Seele in Not“
- Erarbeitung eines Punkteprogramms für Früherkennung von psychischen Störungen und Depressionen, Angebote von Therapien, Ansprechpartnern und Therapiehilfen, Vorschläge für Prävention (Vorgespräche mit Herrn Pfarrer Bernd Richter sind erfolgt, weitere Beratungen mit Dr. Sturm und einem erfahrenen Psychiater bzw. Psychotherapeuten sind vorgesehen. Ziele dieses Programms sind, den zunehmenden Depressionen, Verzweiflung, Suizidgefahr sowie dem erhöhten Suchtpotential entgegen zu wirken. Die Ursachen dafür dürften im verschärften Druck des Arbeitsmarktes, der Globalisierung, dem Verfall sozial-ethischer Werte und Traditionen zu suchen sein.
- Befähigungsnachweis für Rehabilitationsanträge durch Hausärzte. Das sich in Erarbeitung befindliche 16 Stunden-Curriculum für den Befähigungsnachweis soll mit Hilfe des Ausschusses gestrafft/verkürzt werden, um eine unbürokratische und rationelle Nutzung im Hinblick auf den Zeitfaktor durch die niedergelassenen Ärzte zu ermöglichen. Dadurch soll das Anliegen der Rehabilitation unterstützt werden, um einer großen Zahl der Bevölkerung Rehabilitations- und Heilverfahren zugänglich zu machen.
- Präventionsgesetz: Der Ausschuss versucht mit seinen Aktivitäten die Verabschiedung des dringlich notwendigen Präventionsgesetzes zu forcieren und inhaltlich zu unterstützen.

Die vorgeschlagenen Aktivitäten sollen auch mit dem Hausärzteverband abgestimmt werden. Dazu wurde Dr. Sturm zur nächsten Ausschusssitzung eingeladen.

## 5.8

### Ausschuss Hygiene und Umweltmedizin

(Prof. Dr. Siegwart Bigl, Chemnitz, Vorsitzender)

Der Ausschuss Hygiene und Umweltmedizin kam im Berichtsjahr zu drei Sitzungen zusammen und organisierte und gestaltete am 27.10. das 20. Dresdner Kolloquium „Umwelt und Gesundheit“.

*Schwerpunkte der Arbeit im Berichtsjahr waren:*

1. Entwurf und Stellungnahme nach Verabschiedung zu der „Sächsischen Hygiene-Verordnung – SächsHygVo“ vom 07.04.2004, „Hygieneanforderungen bei Tätowieren, Piercing und Ohrlochstechen“.
2. Beurteilung und Empfehlung von Rahmenplänen für „Hygieneanforderungen für invasive Maßnahmen einschließlich ambulanten Operieren“.
3. Mithilfe bei der Aktualisierung und Durchsetzung der in Sachsen empfohlenen Schutzimpfungen und Herdbekämpfungsprogrammen und Formulierung des Beschlussantrages Nr. 21 für den 14. Sächsischen Ärztetag am 25.06.2004.
4. Qualitätssicherung der Hygiene in der ambulanten Endoskopie unter besonderer Berücksichtigung der Koloskopie.

*Erreichte Ergebnisse und Teilergebnisse*

#### 1. „Hygieneanforderungen bei Tätowieren, Piercing und Ohrlochstechen“:

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales (SMS) hat auf Drängen der Hygieniker Sachsens am 07.04.2004 mit der „SächsHygVo“ eine seit der Wiedervereinigung bestehende Lücke geschlossen. Den gesundheitlichen Gefahren bei diesem kulturellen Modetrend kann nun von Amtswegen besser wirkungsvoll begegnet werden. Wichtiger in unserer freien Gesellschaft aber ist die qualifizierte Aufklärung und Risikobewertung durch diejenigen selbst, die sich ihren Körper dekorieren oder „verschönern“ lassen wollen. Der Ärzteschaft kommt dabei eine besondere Verantwortung zu. Zur Sensibilisierung ist aus diesem Grund vom Ausschuss diesbezüglich eine kurze Veröffentlichung im Ärzteblatt Sachsen, Heft 11/04, S. 508 – 509, erschienen. Die dabei zutage getretenen Kritikpunkte und Rechtfertigungen des SMS sind Ausdruck der unterschiedlichen Meinung der „verschiedenen Achsen“, hier „Sozialstruktur und Kultur“ auf der einen und „politische Herrschaft“ auf der anderen Seite, wie es Wehler in seiner „Deutschen Gesellschaftsgeschichte“ genannt hat.

#### 2. „Hygieneanforderungen bei invasiven Maßnahmen einschließlich ambulanten Operieren“:

Nach § 36 (1) des Infektionsschutzgesetzes haben u.a. „Einrichtungen für ambulantes Operieren“ in Hygieneplänen die innerbetrieblichen Verfahrensweisen zur Infektionsprophylaxe festzulegen. Diese haben die Gesundheitsämter zwingend zu kontrollieren. Um die praktische Umsetzung zu erleichtern, haben verschiedene Arbeitsgruppen aus ganz Deutschland oder Sachsen diesbezüglich konkrete Vorschläge erarbeitet. Die Ausschussmitglieder haben unter Einbeziehung ihrer Vor-Ort-Erfahrung vier umfangreiche Pläne in allen drei Sitzungen erörtert und bewertet. Das Ergebnis ist unter „Hygiene aktuell“ im Ärzteblatt Sachsen, Heft 2/2005, im Detail nachzulesen: Es kann kein Vorschlag fachlich besonders favorisiert werden, alle sind gut brauchbar. Wegen der Kürze, Prägnanz und Übersichtlichkeit wurde die Darstellung des Arbeitskreises der „Krankenhaushygieniker im Freistaat Sachsen“ besonders hervorgehoben.

3.

Der Beschlussantrag Nr. 21 des Ausschusses Hygiene und Umweltmedizin und der Sächsischen Impfkommision wurde vom 14. Sächsischen Ärztetag am 25./26.06.2004 angenommen und an das SMS weitergeleitet. Aus nicht nachvollziehbaren Gründen wurde der Antrag, die Sächsische Staatsregierung möge im Bundesrat die Initiative für eine Gesetzesänderung zum § 23 (9) SGB V einzubringen, abgelehnt. Danach wären die Krankenkassen zur Übernahme der Kosten von durch die Impfkommisionen empfohlenen Impfungen verpflichtet gewesen. Die Aktualität des Problems ist zur Zeit erneut brisant: Keine Bezahlung der empfohlenen Varizellenimpfung als Standardimpfung in Sachsen, wohl aber in Brandenburg, Berlin usw.

Das 20. Dresdener Kolloquium „Umwelt und Gesundheit“ am 27.10.2004 hatte sich dem Thema „Prophylaxe von Infektionskrankheiten – Schutzimpfungen und Herdbekämpfungsprogramme“ gewidmet. Es wurden ansprechende neue Themen behandelt wie „Meningokokkenimpfung“, „Varizellenimpfung“, „Schutzimpfungen bei Allergikern und chronisch Kranken“ u.a. Erstmals wurden öffentlich Impfschadensfälle der Jahre 1980 – 2000 in Sachsen vorgestellt. Eine ausführliche Publikation zu Fort- und Weiterbildungszwecken ist geplant.

#### 4. Qualitätssicherung in der ambulanten Endoskopie einschließlich Koloskopie:

Das genannte Problem für Sachsen wurde anhand des diesbezüglichen Erfahrungsberichtes aus dem Freistaat Bayern „HYGEA- und QSHE- Studie“ eingehend erörtert. Rechtsgrundlage für eine Kontrolle durch die Gesundheitsämter ist § 36 IfSG. Es wurden Checklisten für die Begehung vor Ort erarbeitet und ausgetauscht. Ein gemeinsames Vorgehen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen sollte aus personellen Gründen in den Gesundheitsämtern der Vorrang gegeben werden. Eine diesbezügliche Koordinierung und ein konkretes Programm stehen noch aus.

#### Darstellung und Begründung für ungelöste Probleme

Die zwei Hauptgründe für die mangelhafte Beachtung bzw. Nichtrealisierung vieler hygienischer Empfehlungen und Normativen in der Praxis sind der Kostendruck einerseits und andererseits das fehlende Fachpersonal sowohl in den Instituten, als auch für die Anleitung, Organisation und Kontrolle in praxi. Schlagkräftige Beispiele sind die geplanten drastischen Personalreduzierungen im Öffentlichen Gesundheitsdienst, das Fehlens der Hygieneinstitute an den beiden sächsischen Universitäten und der Restriktionen der Abteilungen Hygiene an den drei Standorten der Landesuntersuchungsanstalt in Chemnitz, Dresden und Leipzig auf Weisung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales (SMS). Die Vielzahl der aktuellen wissenschaftlichen Probleme können so in Sachsen nicht mehr fachgerecht bearbeitet und bevölkerungswirksam umgesetzt werden. Als ein Beispiel sei nur genannt: „Auswirkungen der Uranbelastung über das Trinkwasser auf die betroffene sächsische Bevölkerung“ (Wismutgebiet). Dieses 2002 gestartete „Biomonitoring“ wurde gestoppt.

#### Ausblick und künftige Aufgaben

Zur Zeit stehen inhaltlich für 2005 auf der Tagesordnung:

- Vorbereitung des 21. Dresdner Kolloquiums Umwelt und Gesundheit
- Aktualisierung und Umsetzung der Impfeempfehlungen
- Hygieneempfehlung für ambulante Pflegedienste

5.9

#### Arbeitsmedizin

##### (Dr. Norman Beeke, Chemnitz, Vorsitzender)

Die betriebsärztliche Betreuung der Unternehmen stand auch im vergangenen Jahr im Mittelpunkt der Ausschussarbeit. Eine neue Konzeption der betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung der Unternehmen – insbesondere der Klein- und Kleinstbetriebe – ist vom Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit sowie den Bundesländern in einer neuen Unfallverhütungsvorschrift „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ (BGV A2) veröffentlicht worden. Damit werden die bisherigen Unfallverhütungsvorschriften „Betriebsärzte“ (VBG 123) und „Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ (VBG 122) abgelöst und in einer Unfallverhütungsvorschrift zusammengefasst. Diese Vorschrift soll nun baldmöglichst in den einzelnen Berufsgenossenschaften umgesetzt werden.

Diese Neufassung der bisherigen Unfallverhütungsvorschriften (VBG 122 und 123) regelt die bisherige Verpflichtung der Betriebe zur betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Regelbetreuung neu. Die zu erbringende betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung wird in einer Grundbetreuung und in einer anlassbezogenen Betreuung bestehen. Grundbetreuung beinhaltet die Unterstützung des Betriebsarztes und der Fachkräfte für Arbeitssicherheit bei der vorgeschriebenen Erstellung oder Aktualisierung der Gefährdungsbeurteilung des Unternehmens. Da in den verschiedenen Branchen unterschiedliche Gefährdungen bestehen, sind in den veröffentlichten Rahmenbedingungen drei Fallgruppen zur Ausgestaltung der alternativen Betreuung definiert worden. Entsprechend sind die Abstände für die Grundbetreuungsaktivitäten ein, drei oder fünf Jahre.

Anlassbezogene Betreuung, die im Einzelnen in den UVV'en der Berufsgenossenschaften verbindlich vorgegeben werden, verpflichten den Unternehmer einen Betriebsarzt oder eine Fachkraft für Arbeitssicherheit mit branchenbezogenen Fachkenntnissen in Fragen der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes heranzuziehen.

Mit den durch den Hauptverband der Gewerblichen Berufsgenossenschaften erstellten Rahmenbedingungen zur Betreuung von Kleinbetrieben liegt ein Konzept vor, dass die bisher in der Kritik stehende Kleinbetriebsbetreuung beseitigen könnte.

5.10

#### Notfall- und Katastrophenmedizin

##### (Dr. Michael Burgkhardt, Leipzig, Vorsitzender)

Die Arbeit des Ausschusses umfasste, wie in den vergangenen Jahren, auch 2004 die folgenden Schwerpunkte:

1. Notfallmedizinische Fachkurse und Fortbildungen.
2. Aktenprüfungen im Rahmen der Erteilung der notfallmedizinischen Fachkunden.
3. Erarbeitung von Stellungnahmen und Empfehlungen.
4. Gremienarbeit.

#### 1. Notfallmedizinische Bildungsmaßnahmen

Die Kurse zur Erteilung der Fachkunde Rettungsdienst konnten auch im Jahr 2004 an den Standorten Leipzig und Dresden fortgeführt werden. Wie 2003, so kann auch diesmal festgestellt werden, dass der Zulauf zu den Notfallmedizinischen Kursen in Sachsen unverändert anhält und demzufolge nicht mit dem scheinbaren Notarztmangel in unserem Bundesland konform geht.



Die Bundeskonsensuskonferenz Rettungsdienst, in welcher der Ausschussvorsitzende seit 1993 mitarbeitet, beschloss im September 2004 in Münster ein überarbeitetes Curriculum. Dieses überarbeitete Bildungsprogramm für die Notfallmedizinische Kurse wird erstmalig im April 2005 in Leipzig zur Anwendung kommen. In diesem neuen Bildungsprogramm sollen mehr Zeiteinheiten den praktischen Übungen zugeordnet werden. Dazu gibt es auch eine Abstimmung zwischen den Referenten der Kursorte Leipzig und Dresden mit dem Ziel, Referenten bei Bedarf auszutauschen. Weiterhin wurden die so genannten kleinen Fächer gebündelt und im Sinne von Einsatzberichten in das Programm eingearbeitet. Der Referentenstamm wurde zum Teil erneuert, um sich den neuen Inhalten anpassen zu können. Gleichfalls hat sich der Ausschuss um die Schulung der eingesetzten Lehrrettungsassistenten bemüht.

Mit dem neuen Curriculum Notfallmedizin sind auch alle Vorbereitungen auf Einführung der Zusatzbezeichnung Notfallmedizin abgeschlossen, so dass mit in Kraftsetzung der neuen Weiterbildungsordnung bereits alle inhaltlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

Im Oktober fand zum dritten Mal ein Seminarkurs „Ärztlicher Leiter Rettungsdienst“ nach den Empfehlungen der Bundesärztekammer in Oberwiesenthal statt, der erneut von 20 erfahrenen Notärzten/Innen aus ganz Deutschland, überwiegend jedoch aus westdeutschen Kamerbereichen, besucht wurde. Bereits jetzt ist wieder eine Nachfrage zum für Oktober 2005 geplanten 24-Stunden-Kurs festzustellen.

Der 14. Seminarkurs Leitender Notarzt vereinte im Juni 2004 in Erlbach/Vogtland 25 Notfallmediziner aus ganz Deutschland zu diesem ärztlichen Führungsseminar, das mit der bewährten Großübung in Zusammenarbeit mit dem Rettungszweckverband Vogtland organisiert wurde. Für das Jahr 2005 ist beabsichtigt und bereits vorbereitet, dass der 15. Seminarkurs vom 06. bis 11.06. in Oberwiesenthal stattfindet. Mit der neuen Kursortwahl erfolgt eine Bündelung aller drei Führungsseminare in einem bewährten Tagungshotel und entspricht damit Anregungen von Lehrgangsteilnehmern der vergangenen Jahre.

Zum 12. Mal wurde vom 21. bis 24.10.2004 ebenfalls in Oberwiesenthal der Refresherkurs für Leitende Notärzte mit nahezu 50 Teilnehmern durchgeführt. Der für 2005 geplante Kurs wird sich in besonderem Maße mit der Asienflut befassen und kann bereits Anfang des Jahres über eine große Interessentenzahl berichten.

## 2. Aktenprüfungen im Rahmen der Erteilung der Fachkunden

Hier ist insbesondere zu bemerken, dass sich durch die zunehmende Zahl von ausländischen Kursteilnehmern der Zeitaufwand der Aktenbewertung erhöht hat. Der Ausschuss möchte auch in diesem Jahr deutlich machen, dass in diesen Fällen ohne jede Einschränkung die Fachkundesatzung Rettungsdienst gelten muss. Das heißt, dass in jedem Fall der Fachkundekurs besucht werden muss, praktische Fähigkeiten und Fertigkeiten aus vorangegangener ärztlicher Tätigkeit aber im Sinne der Einzelfallprüfungen anerkannt werden können. Dies jedoch nur dann, wenn aus den vorgelegten Unterlagen die erworbene notfallmedizinische Sachkunde ersichtlich wird.

## 3. Erarbeitung von Stellungnahmen und Empfehlungen

Das Jahr 2004 war geprägt durch den Erlass des Hilfeleistungsgesetzes durch den Sächsischen Landtag. Der Ausschuss Notfall- und Katastrophenmedizin bewertet den Umstand, wonach im neuen Gesetz die nichtärztliche Besatzung eines Rettungsmittels nicht mehr definiert ist, sondern nur noch von „geeigneten Personen“ die Rede

ist, als einen eklatanten Qualitätsverlust in der notfallmedizinischen Strukturqualität des Freistaates Sachsen.

Trotz erfolgter Zuarbeit für die Ministerien im Jahre 2002 liegen bis heute keine Erkenntnisse vor, inwieweit die Vorschläge der Sächsischen Landesärztekammer zu den Arzneimittelempfehlungen für den Rettungsdienst und zu einem einheitlichen Notarztprotokoll angenommen und umgesetzt werden. Der Ausschuss Notfall- und Katastrophenmedizin zeigt kein Verständnis über den Urheberstreit um das Sächsische Notarztprotokoll zwischen Staatsministerium des Innern und der Arbeitsgemeinschaft Sächsischer Notärzte e. V. Der Ausschuss verweist darauf, dass das Protokoll bereits 1993 im Sächsischen Ärzteblatt veröffentlicht wurde und seit mehr als zehn Jahren in verschiedenen Rettungsdienstbereichen zum Einsatz kommt.

## 4. Gremienarbeit

Der Umstand, dass es keinen direkten Kontakt mehr zum Landesbeirat für den Rettungsdienst, Katastrophenschutz und Brandschutz und seinen Gremien (zum Beispiel einer AG Qualitätssicherung) gibt, engt den Ausschuss Notfall- und Katastrophenmedizin in seiner Arbeit ein. Dies betrachtet der Ausschuss als eine Verschlechterung der über 14 Jahre geführten intensiven Arbeit.

## 5.11

### Ärztliche Ausbildung

#### (Prof. Dr. Peter Wunderlich, Dresden, Vorsitzender)

Der Ausschuss kam in diesem Jahre zweimal planmäßig zu einer Beratung zusammen, am 10.03. und am 13.10.2004. An der zweiten Beratung nahm als Gast auch der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer teil. Es wurden aktuelle gesundheitspolitische Fragen diskutiert und die Beratungen des Ausschusses „Ausbildung zum Arzt, Hochschule und Medizinische Fakultäten“ der Bundesärztekammer ausgewertet. Das beherrschende Thema war die Abschaffung des „Arztes im Praktikum (AiP)“ zum 01.10.2004.

Der Ausschuss erarbeitete zu diesem Thema ein Positionspapier, das zuletzt in der Vorstandssitzung am 03.11.2004 diskutiert und beschlossen wurde (veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen, Heft 01/2005). Zusammenfassend ist festzustellen, dass in Sachsen die Umstellung von AiP- auf Assistenzarztstellen ebenso funktionierte wie die Erteilung der großen Zahl von Approbationen zum Stichtag. Dafür sei allen Arbeitgebern, vor allem den betroffenen Krankenhäusern, und dem Landesprüfungsamt herzlich gedankt.

Das Medizinstudium in Sachsen ist sehr begehrt. Eine neue Höchstzahl von Bewerbungen gab es zum Wintersemester 2004/2005: 1159 Studienbewerber in Leipzig (auf 399 Studienplätze) und 1089 Bewerber in Dresden (auf 227 Studienplätze). Immer mehr Studenten versuchen sich außerdem mit Hilfe der Gerichte auf einen Studienplatz „einzuklagen“. Sowohl in Leipzig wie in Dresden ist die Umstellung auf die neue – seit 01.10.2003 gültige – Approbationsordnung vollzogen. Mit großem Aufwand werden praxisnahe Lehrveranstaltungen in kleinen Gruppen angeboten. Die Studenten in Leipzig und Dresden beenden ihr Medizin-Studium (2. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung 2004) zu 93 Prozent bzw. 99 Prozent erfolgreich, meist auch innerhalb der Regelstudienzeit.

Der Wegfall des AiP bedeutet, dass in Zukunft die praktische Unterweisung der Medizinstudenten im klinischen Studienabschnitt und im Praktischen Jahr (PJ) noch größeres Gewicht als bisher bekommen muss. Dabei kommt den Lehrpraxen für Allgemeinmedizin eine wichtige Rolle zu. Der Ausschuss will sich daher in seiner nächsten

Sitzung – voraussichtlich am 10.03.2005 – besonders mit diesem Thema beschäftigen.

## 5.12

### Ausschuss Weiterbildung

**(Prof. Dr. Gunter Gruber, Leipzig, Vorsitzender)**

Im Berichtsjahr 2004 führte der Ausschuss Weiterbildung der Sächsischen Landesärztekammer acht Sitzungen (am 22.01., 11.03., 22.04., 10.06., 24.08., 07.10., 11.11. und 16.12.2004) in Dresden durch.

Wie in den vergangenen Jahren standen in jeder Ausschusssitzung Anfragen zu Weiterbildungsproblemen aus dem Kreis sächsischer Ärzte, die Begutachtungen der Anträge zur Weiterbildungsbefugnis sowie der Widerruf bzw. die Aufhebung der Weiterbildungsbefugnis auf der Tagesordnung.

Ein Hauptinhalt der Sitzungen war die Vorbereitung der Umsetzung der novellierten (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) in das Landesrecht. Dazu galt es alle Anträge auf Abweichungen von der MWBO zu prüfen und auf ein Minimum zu beschränken.

Den größten Diskussionsbedarf gab es zur politisch gewollten, aber fachlich nicht unbedingt notwendigen Fusion von Allgemeinmedizin mit der Inneren Medizin in Form eines gemeinsamen Common trunks zur Facharztkompetenz Innere und Allgemeinmedizin. In diesem Zusammenhang erfolgten auch gesonderte Diskussionsrunden mit Vertretern der Inneren Medizin (03.06.2004) und Allgemeinmedizin (02.06.2004).

Die Gesamtinhalte mit den Vorschlägen der geringfügigen sächsischen Modifikationen wurden auch auf der Sitzung der Ausschussvorsitzenden (31.03.2004) und des Vorstandes (04.06.2004) vorgelesen und diskutiert.

Nach ausführlicher und konstruktiver Diskussion wurde dann auf dem 14. Sächsischen Ärztetag am 26.06.2004 die Weiterbildungsordnung ohne Gegenstimme bei einigen Stimmenthaltungen angenommen. Abweichend von der (Muster-)Weiterbildungsordnung wurden die Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie, die Kinder-Nephrologie und die Kinder-Pneumologie als Schwerpunkt des Gebietes Kinder- und Jugendmedizin und nicht als Zusatz-Weiterbildung eingeführt sowie die Übergangsbestimmungen zu den Zusatz-Weiterbildungen Notfallmedizin und Suchtmedizinische Grundversorgung formuliert. Die Zusatz-Weiterbildung Betriebsmedizin entfällt. Außerdem erfolgten einige redaktionelle und präzisierende Textabweichungen im Abschnitt A, ergänzende Formulierungen im Abschnitt B (Plastische Chirurgie, Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin, Facharzt für Innere Medizin und Schwerpunkt Kardiologie) sowie bei den Zusatz-Weiterbildungen Intensivmedizin-Anästhesiologie, Palliativmedizin, Sportmedizin und Schlafmedizin im Abschnitt C.

Nach der Beschlussfassung durch den 14. Sächsischen Ärztetag befasste sich der Ausschuss gleich konkret mit der Gestaltung der Erhebungsbögen zur Weiterbildungsbefugung, mit der Gestaltung von Urkunden nach der neuen Weiterbildungsordnung (WBO) und nach Vorlage der Muster-Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung mit der Anpassung an das sächsische Recht.

Die meisten Probleme und auch Diskussionen mit unseren sächsischen Ärzten ergeben sich derzeit aus der Verzögerung der Umsetzung der neuen WBO durch die ausstehende Genehmigung seitens der Aufsichtsbehörde. Als Gründe werden die notwendige Novellierung des Heilberufekammergesetzes und EU-Anerkennungsprobleme angegeben.

In der Ständigen Konferenz ärztliche Weiterbildung der Bundesärztekammer vertraten Herr Prof. Dr. Gruber sowie für die Geschäftsführung Frau Dr. Gäbler die sächsischen Interessen in Weiterbildungsfragen auf der Bundesebene.

Auch in dieser Wahlperiode sind die Anforderungen an das Referat Weiterbildung, hauptsächlich durch die Anfragen zur neuen WBO und deren Realisierung in Sachsen, erneut gestiegen. Es wurden aber auch erneut mehr Facharzt- und Schwerpunktprüfungen im Vergleich zu 2003 realisiert.

Herzlicher Dank gebührt allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Geschäftsstelle besonders im Referat Weiterbildung und Prüfungswesen sowie im Referat Recht, allen Mitgliedern des Ausschusses Weiterbildung sowie unserem Paten aus dem Vorstand, Herrn Prof. Dr. Bach, allen Prüfern und Gutachtern bei der Sächsischen Landesärztekammer für die im Jahr 2004 gemeinsam geleistete umfangreiche Arbeit. Herzlichen Dank für die engagierte Arbeit und für das konstruktive und harmonische Miteinander bei der Lösung anstehender Aufgaben und Probleme.

### 5.12.1

#### Widerspruchskommission

**(Prof. Dr. Claus Seebacher, Dresden, Vorsitzender)**

Im Berichtszeitraum trat die Widerspruchskommission siebenmal zu Beratungen zusammen und es wurden insgesamt sechs Widersprüche gegen Entscheidungen von Ausschüssen der Sächsischen Landesärztekammer, eingereicht von fünf Personen, behandelt. Damit ist ein leichter Anstieg der Verfahren gegenüber 2003 zu verzeichnen.

Drei Anträge betrafen die Erteilung der Weiterbildungsbefugnis, wovon in einem Antrag neben einem Gebiet noch zusätzlich die Weiterbildungsbefugnis für einen Schwerpunkt beantragt wurde. Gegen beide Entscheidungen des zuständigen Ausschusses wurde Widerspruch eingelegt. Nach einer ersten Beratung der Kommission Widersprüche auf der Grundlage der eingereichten Akten, blieben wesentliche Fragen offen und es wurde eine Anhörung des Kollegen beschlossen. Diese wurde in einer zweiten Beratung der Kommission durchgeführt. Im Ergebnis dieser Beratung wurden beide Widersprüche im Einvernehmen mit dem betroffenen Kollegen zurückgewiesen. Auch zu den beiden oben genannten Anträgen auf Erteilung der Weiterbildungsbefugnis wurde die Entscheidung des zuständigen Ausschusses bestätigt und damit der Widerspruch zurückgewiesen. Ein Widerspruch betraf die Nichtzulassung zur beantragten Facharztprüfung. Der Beschwerdeführer hatte in seinem Schreiben an die Sächsische Landesärztekammer um eine Anhörung gebeten. Diesem Wunsche wurde entsprochen. Nach Prüfung der zahlreichen Unterlagen und eingehender Würdigung des ausführlich mündlich dargestellten Weiterbildungsweges, konnte dem Widerspruch nicht stattgegeben werden, da für wesentliche Anteile der Weiterbildung für die beantragte Gebietsbezeichnung keine Nachweise erbracht werden konnten und nach den mündlichen Darlegungen auch nicht in erforderlichem Maße durchlaufen wurden.

In einem Falle befasste sich die Kommission mit dem Widerspruch gegen das Nichtbestehen der Facharztprüfung und der Festlegung der Prüfungskommission, ein zusätzliches Jahr in einer zugelassenen und ermächtigten Einrichtung zu arbeiten und danach die Facharztprüfung zu wiederholen. Die Prüfung der Unterlagen, besonders des Prüfungsprotokolls, ergaben keine formalen oder grundsätzlichen Fehler, so dass auch dieser Widerspruch zurückgewiesen werden musste.

Schließlich hatte die Kommission noch einen Widerspruch gegen die Nichtbestätigung eines Kurssystems, dass integraler Bestandteil der Weiterbildung für eine Zusatzbezeichnung ist, zu behandeln. Hier wurden zwar die sehr differenzierten Inhalte, entsprechend der Vorgaben, für die einzelnen Kurse im Programm aufgeführt, es war aber versäumt worden, für die einzelnen Themen ausgewiesene Referenten zu benennen. Auch in diesem Fall wurden eine zweite Sitzung anberaumt, um dem Kollegen die Möglichkeit der mündlichen Anhörung zu geben.

Die Arbeit der Widerspruchskommission wäre ohne die Mitwirkung der zahlreichen Fachberater/innen, die an den Sitzungen teilgenommen haben, nicht sach- und fachgerecht möglich. Hierfür gebührt den Damen und Herren großer Dank. Bei ihren Entscheidungen achtet die Kommission nicht nur auf die Einhaltung formaler Vorschriften, sondern bewertet eingehend die vorgelegten Unterlagen bezüglich fachspezifischer Qualitätsmerkmale. Erstmals wurden 2004 wiederholt Anhörungen der Widerspruchsführer durchgeführt, die eine weitere Qualifizierung der Entscheidungen erbracht haben.

Einen besonderen Dank schuldet die Kommission Widersprüche den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Rechtsabteilung der Sächsischen Landesärztekammer, die alle Beratungen vorbildlich vorbereitet haben.

**5.13 Sächsische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung (Prof. Dr. Otto Bach, Dresden, Vorstandmitglied, Vorsitzender)**

Die Sächsische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung hat 2004 vier Akademiesitzungen (17.09., 03.07., 11.09. und 17.12.2004) durchgeführt, die sich mit folgenden aufgeführten Hauptthemen befasst haben:

Im Vordergrund stand das neue Fortbildungszertifikat, welches in der Folge des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (§ 95d SGB V) in einer Satzung neu gestaltet werden musste. Letztere konnte auf der Kammerversammlung am 11.11.2004 verabschiedet werden und sie ist ab 01.01.2005 wirksam. In diesem Zusammenhang waren eine neue Geschäftsordnung der Akademie, Vorstellungen über die Akkreditierung von Fortbildungsanbietern und manche andere organisatorische Fragen zu bearbeiten. Ein zentrales Thema der Akademiesitzungen waren inhaltliche und organisatorische Vorbereitung von Fortbildungsveranstaltungen der Akademie selbst, zum Beispiel die fachübergreifenden Fortbildungssemester (Frühjahressemester: „Funktionelle Störungen“, Herbstsemester: „wechselnde Themen“), curriculäre Fortbildungen (zum Beispiel Verkehrsmedizin, Suchtmedizin, Notfallmedizin, Arbeitsmedizin und Betriebsmedizin, Allgemeinmedizin). Da in der Regel für Fortbildungsveranstaltungen lange Vorplanungszeiten erforderlich sind (Referentengewinnung, Raumplanung), wurden 2004 natürlich auch schon wesentliche – vor allem komplizierter zu organisierende – Angebote für 2005 vorbereitet (zum Beispiel ein neuer Qualitätsmanagementkurs oder das fachübergreifende Fortbildungssemester).

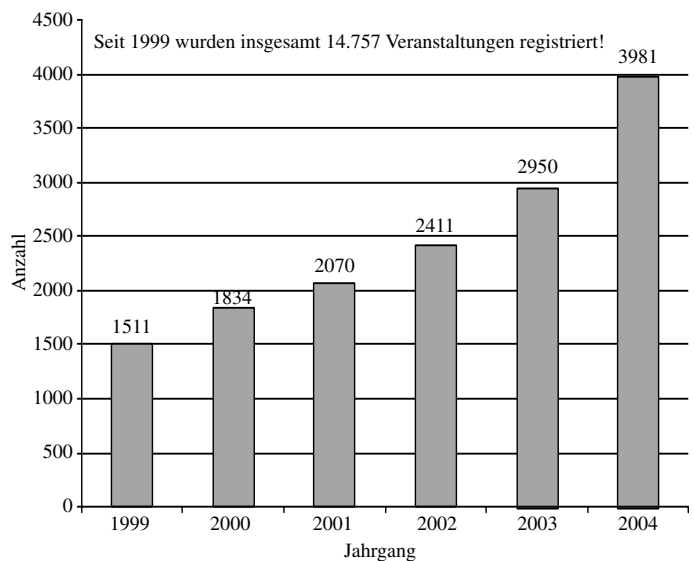
Auf der organisatorischen Ebene waren mit dem Bearbeiten von Anträgen auf ein Fortbildungszertifikat, mit der Zertifizierung von Fortbildungsangeboten ärztlicher Einrichtungen (Abbildung), mit Vorbereitungen zu einer bundesweiten Datenerfassung von Fortbildungsveranstaltungen und einer zukünftigen elektronischen Punkteverwaltung alle Mitarbeiter außerordentlich gefordert. Kooperationsabsprachen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, mit

anderen Fortbildungsträgern sollen weiterhin den Arbeitsaufwand zu minimieren helfen.

Im Jahre 2004 haben 396 Ärztinnen und Ärzte das Fortbildungszertifikat erhalten. Insgesamt sind es seit der Einführung 1401. Dabei ist zu bedenken, dass das Zertifikat bis zum Juli 2004 eine freiwillige Angelegenheit war.

Als ein gewisses Problem erwies sich für die bisherigen Fortbildungsangebote der Sächsischen Landesärztekammer, dass eine wirtschaftlich tragfähige Auslastung nicht immer gegeben war; dies lag zum einen an einem zunehmenden Kreis von Fortbildungscurricula anbietenden Veranstaltern, zum anderen an einer gewissen Sättigung bezogen auf Themenbereiche, die nun schon seit Jahren zur Auswahl stehen. Andererseits ist erfreulicherweise festzustellen, dass unsere Angebote oft auch von Kollegen aus anderen Bundesländern frequentiert werden, was auf einen bemerkenswerten Ruf hinweist, den sich unsere Kammer in der Fortbildung erwerben konnte. Entsprechende Veranstaltungen sind in der Tabelle aufgeführt.

Anzahl zertifizierter Veranstaltungen seit 1999



Von der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung organisierte und inhaltlich mitgestaltete Fortbildungsveranstaltungen 2004

Datum	Titel	inhaltlich verantwortlich	Teilnehmerzahl
12. – 13.03.2004	Kurs Verkehrsmedizinische Begutachtung	Prof. Bach Prof. Ebert	25
03. – 07.05.2004	Kurs Spezielle Schmerztherapie Teil I	PD Dr. Wiedemann	37
12.10. – 16.10.2004	80-Std. Kurs	Herr Bodendieck	37
18.10. – 21.10.2004	Allgemeinmedizin		28
Projektwoche Januar 2004	Kurs Ärztliches Qualitätsmanagement	Prof. Bach Prof. Kunath	19
24.02. – 28.02.2004		Frau Dr. Eberlein-Gonska	19
14.10. – 15.10.2004	Kurs Transfusionsmedizin	Dr. Fischer	27
25.02./03.03.2004	Kurse Reanimation	Herr Gerka	24
08.09./16.09.2004	Dresden		21
03.11./10.11.2004			13

Datum	Titel	inhaltlich verantwortlich	Teilnehmerzahl
02.07./03.07.2004 03.09./04.09.2004 12.11./13.11.2004	Kurse Reanimation Leipzig	Frau Dr. Kramer	22 11 22
13.03. – 20.03.2004 27.11. – 04.12.2004	Kompaktkurs Rettungsdienst Dresden	Dr. Burgkhardt	35 45
18.04. – 25.04.2004	Kompaktkurs Rettungsdienst Leipzig	Dr. Burgkhardt	48
07.06. – 12.06.2004	14. Seminarkurs Leitender Notarzt	Dr. Burgkhardt	18
24.10. – 27.10.2004	3. Seminarkurs Ärztlicher Leiter Rettungsdienst	Dr. Burgkhardt	18
21.10. – 23.10.2004	12. Refresherkurs für LNA	Dr. Burgkhardt	47
16.01. – 23.01./ 27.02. – 05.03.2004 19.03. – 26.03./ 04.04. – 11.04.2004 10.09. – 17.09./ 08.10. – 15.10.2004 05.11. – 12.11./ 03.12. – 10.12.2004	Kurse Arbeitsmedizin und Betriebsmedizin	Prof. Scheuch	42 46 42 42
27.10.2004	20. Kolloquium Umwelt und Gesundheit	Prof. Scheuch	95
03.03. – 12.03.2004 (mittwochs)	FB-Semester Frühjahr „Funktionelle Störungen“	Prof. Stölzel Prof. Bräunig Frau Dr. Wunderlich	10 Veranstaltungen 472 TN
15.09. – 03.11.2004	FB-Semester Herbst „Wechselnde Themen“	Prof. Bach	7 Veranstaltungen 286 TN

Aus den Berichten zu Fortbildungsaktivitäten der Kreiskammern ist zu entnehmen, dass auch auf dieser Ebene eine große Zahl von Fortbildungsveranstaltungen angeboten wurden. Besonders aktive Kreiskammern waren: Chemnitz, Leipzig und Plauen.

## 5.14

### Berufsrecht

#### (Dr. Andreas Prokop, Döbeln, Vorsitzender)

Die im Vorjahr geäußerte Hoffnung auf einen Rückgang der zu bearbeitenden Vorgänge durch den Ausschuss Berufsrecht ging leider nicht in Erfüllung. Waren es 2003 noch 468 Fälle so stieg die Fallzahl im Jahr 2004 auf 734! Der zeitliche Umfang und der Verwaltungsaufwand für die Bewältigung dieser Arbeit nahmen entsprechend zu. Dank der ausgezeichneten Vor- und Nachbereitung der Ausschusssitzungen waren die Beratungen sehr effizient. Der Ausschuss blieb in der gleichen Besetzung wie im Vorjahr.

Der Ausschuss kam 2004 zu acht Beratungen zusammen. Die mehrstündigen Ausschusssitzungen führten zu zahlreichen Beschlussempfehlungen für den Vorstand. Die Empfehlungen wurden durch den Vorsitzenden des Ausschusses im Vorstand erläutert.

Mit 340 Fällen lagen Vorwürfe wegen Verstößen gegen die allgemeinen Berufspflichten fast doppelt so hoch wie im Vorjahr. Diese Vorwürfe nahmen 2004 die Spitzenstellung ein. An zweiter Stelle lagen auch wieder die „Werbeverstöße“ (72 Fälle). Trotz weitgehender Lockerung des „Werbeverbots“ für Ärzte gibt es nach wie vor Werbung, die nicht erlaubt ist (irreführend, vergleichend, anpreisend). Dritthäufigster Beschwerdegrund waren „Patientenabweisungen“ (68). Verstöße gegen spezialgesetzliche Regelungen wurden in 43 Fällen angezeigt. Zu Gutachten und Zeugnissen musste sich der Ausschuss gegenüber 41 Beschwerdeführern äußern. Der schwerwiegende Vor-

wurf der „unterlassenen Hilfeleistung“ war 26-mal erhoben worden. 17-mal erhielten wir Mitteilungen der Staatsanwaltschaften über Strafverfahren gegen Kammermitglieder. Der Ausschuss prüfte, ob noch ein „berufsrechtlicher Überhang“ besteht. Konfliktbehaftet sind die Zusammenarbeit mit Dritten sowie gewerbliche Aktivitäten der Ärzte (zum Beispiel Produktverkauf in den Praxisräumen). Offensichtlich geht das Selbstverständnis eines Teils der Ärzteschaft in Richtung Gewerbetreibende.

Die Prüfung der Sachverhalte durch den Ausschuss Berufsrecht, bei der auch die Stellungnahme des betroffenen Kammermitgliedes gebührende Beachtung fand, ergab vielfach, dass die erhobenen Vorwürfe ungerechtfertigt waren bzw. dass es sich um geringste „Verfehlungen“ handelte. Lediglich in neun Fällen machte sich die Durchführung eines Rügeverfahrens notwendig. Darüber hinaus wurde ein Verfahren vor dem Berufsgericht für Heilberufe durchgeführt.

Der Vorsitzende des Ausschusses war in einem Verfahren in der „Fachkommission zur Abgabe approbationsrechtlicher Stellungnahmen“ beteiligt.

Es fand eine Zusammenarbeit in Einzelfragen aber auch zu grundsätzlichen Problemstellungen mit dem Satzungsausschuss, dem Weiterbildungsausschuss und der Ethikkommission statt.

Wie bereits ausgeführt, war die Unterstützung durch die Geschäftsführung der Sächsischen Landesärztekammer, insbesondere durch die Rechtsabteilung, hervorragend. Wegen der angenehmen Atmosphäre bei den Sitzungen waren die jeweiligen Freitagnachmittage und -abende mehr Lust als Last. Dafür sei allen Beteiligten an dieser Stelle ganz herzlich gedankt.

## 5.15

### Ausschuss Junge Ärzte

#### (Dr. Friedemann Reber, Dresden, Stellvertretender Vorsitzender)

Hauptziel des Ausschusses Junge Ärzte ist es, die Situation junger Kollegen zu analysieren und auf dem Weg des Dialogs Verbesserungen anzuregen. Daher standen die Themen Arztbild, Arbeitszeitgesetz, Arbeitsbedingungen und Ärztemangel im Mittelpunkt der vier Sitzungen des Ausschusses (21.01., 05.05., 05.10., 08.12.). Regelmäßige Veröffentlichungen im Ärzteblatt Sachsen sollen die Wahrnehmung von Problemen junger Ärzte in der ärztlichen Öffentlichkeit fördern. In den Sitzungen nahmen daher Diskussion und Planung von Publikationen des Ausschusses im Ärzteblatt Sachsen breiten Raum ein. Das vorgenannte Anliegen wird auch durch die Arbeit eines Ausschussmitgliedes im Redaktionskollegium des Ärzteblattes Sachsen verfolgt.

Ein im Ausschuss ausführlich behandeltes Thema war der Ärztemangel und die daraus folgende Suche nach Möglichkeiten, junge Ärzte in Sachsen zu halten. Im öffentlichen Diskussionsprozess um finanzielle Anreize für die Niederlassung wurde ein Ausschussmitglied zu einem Interview mit dem MDR-Fernsehen gebeten. Darin konnte der Standpunkt junger Ärzte zu Niederlassungshemmnissen wirksam in die allgemeine Öffentlichkeit getragen werden.

Ein weiteres Thema für junge Ärzte ist das ärztliche Selbstverständnis und das Arztbild in der Gesellschaft unter den Bedingungen der Gesundheitsreform. Zu diesem Thema wurde ein Editorial und ein Leserbrief von Ausschussmitgliedern veröffentlicht. Besonders die Äußerung des kaufmännischen Vorstandes des Universitätsklinikums Leipzig zur Vergleichbarkeit von Krankenhäusern mit Reparaturwerkstätten für Kraftfahrzeuge führte in diesem Zusammenhang zu kontroversen Diskussionen.

Wir konnten bemerken, dass mit den Artikeln zu aktuellen Problemen Diskussionen in Kliniken angeregt wurden (zum Beispiel: Der regionale Ärztemangel und die (fern)östliche Lösung?). Dies führte sicher zu einer verstärkten Wahrnehmung der sächsischen Landesärztekammer bei jungen Ärzten.

Die durch starke Lobbyarbeit aufkommende Absicht des Europäischen Parlaments, die Arbeitszeitrichtlinie zu revidieren und damit auch die Erfolge von angestellten Ärzten am Europäischen Gerichtshof zunichte zu machen, bestimmte die Diskussion in den letzten zwei Ausschusssitzungen. Dies ist für den Ausschuss Anregung, über die Ziele der Ausschussarbeit für 2005 nachzudenken.

Zum Ende des Jahres 2004 schied die Vorsitzende Frau Lentz aus beruflichen Gründen aus dem Ausschuss aus.

## 5.16

### **Ausschuss Ärztinnen**

#### **(Dr. Brigitte Güttler, Aue, Vorsitzende)**

Der Ausschuss Ärztinnen hat sich in seinen vier Sitzungen im Geschäftsjahr 2004 intensiv mit dem Arbeitsschwerpunkt „Landesweite Studie über den Gesundheitszustand der Ärztinnen und Ärzte im Freistaat Sachsen“ beschäftigt.

In mehreren Ausschusssitzungen wurde ein Fragebogen erarbeitet. In enger Zusammenarbeit mit Herrn Prof. Dr. Kunath, Institut für medizinische Informatik und Biometrie und Herrn Prof. Dr. Scheuch, Institut für Arbeitsmedizin der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden, wurde die landesweite Studie dem Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer vorgestellt. Dieser stimmte dem Projekt zu.

Nach intensiver Arbeit des Ausschusses und der nunmehr engeren Zusammenarbeit konnte das Projekt in das Stadium Erarbeitung wissenschaftlich relevanter Kriterien geführt werden. Die Erhebung wissenschaftlich belastbarer Kriterien über die Gesundheit in der Bewertung der Lebensqualität, die Haltung zur Gesundheit, Einstellung zur Gesundheit insbesondere der Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte soll zum einen die Situation der sächsischen Ärztinnen und Ärzte erfassen, zum anderen sollen die wissenschaftlich gewonnenen Erkenntnisse und Ergebnisse relevant mit bundesweiten Erhebungen und Daten abgeglichen werden können.

Als weiterer Arbeitsschwerpunkt befasste sich der Ausschuss Ärztinnen mit verschiedenen Problemen der Frauengesundheit. Eine enge Zusammenarbeit wird mit der Fachkommission „Brustkrebs“ bei der Implementierung von zertifizierten Brustzentren, die qualitätsgesicherte Durchführung von Mammografien, sowohl für asymptomatische Formen nach dem Mammascreeingprogramm erfolgte. Auf vielfache Anfrage wird der Ausschuss Ärztinnen die Zusammenarbeit mit der Fachkommission „Brustkrebs“ intensivieren.

Weiterhin war der Ausschuss Ärztinnen auf Anfragen in der Vermittlung von arbeitslosen Ärztinnen und Ärzten tätig.

Intensiviert wurde die Zusammenarbeit und der Informationsaustausch mit den zuständigen Behörden zur Wiedereingliederung von Ärztinnen und Ärzten in den Arztberuf, die berufsfremd tätig sind. Auf Anfrage aus dem zuständigen Staatsministerium für Soziales sollen Konzepte entwickelt werden, die arbeitslose Ärztinnen und Ärzte bei dem drohenden flächendeckenden Ärztemangel wieder in den Arztberuf zurückführen können.

Durch die Durchökonomisierung des Gesundheitswesens kommt es in Sachsen zu extremen Herausforderungen für die Ärztinnen und Ärzte in den Krankenhäusern. Mit der Umsetzung der Gesundheitsre-

form wird die Vertragsärzteschaft, insbesondere im Facharztbereich, in existentiell bedrohliche Situationen gezwungen. In Würdigung der vom Gesetzgeber vorgegebenen Umsetzung der Gesundheitsreform, Gründung von medizinischen Versorgungszentren, Integrierte Versorgung bei gleichzeitiger Durchsetzung der diagnoseorientierten Fallpauschalen an Krankenhäusern, wird die Beratung von enormer Bedeutung sein, um Ärztinnen und Ärzte, die noch berufsfremd tätig sind, in den Arztberuf zurückzuführen. Dieser Herausforderung stellt sich der Ausschuss Ärztinnen im Jahr 2005.

Der Bericht zur Lage der Ärztinnen und Ärzte im Freistaat Sachsen über ihren eigenen Gesundheitszustand wird der Mitarbeit vieler Ärztinnen und Ärzte im Freistaat Sachsen bedürfen. Um eine Beteiligung an der Gesundheitsstudie wird schon jetzt jede einzelne Ärztin und jeder einzelne Arzt gebeten, um ein Ergebnis mit objektiven wissenschaftlich belastbaren Ergebnissen zu erzielen.

Die konzeptionelle Entwicklung über die Publikation in den Medien wird ein weiterer Aufgabenschwerpunkt des Ausschusses Ärztinnen sein.

## 5.17

### **Ausschuss Senioren**

#### **(Dr. Gisela Unger, Dresden, Vorsitzende)**

Derzeit besteht der Ausschuss aus acht Mitgliedern. Ein gewähltes Mitglied lässt seine Mitgliedschaft ruhen.

Im Berichtszeitraum wurden fünf Ausschusssitzungen und eine Arbeitszusammenkunft sowie eine Inspektionsfahrt nach Torgau zur Vorbereitung des jährlichen Seniorentreffens durchgeführt.

Hauptaufgabe des Ausschusses war wie in jedem Jahr die Vorbereitung und Durchführung des 9. Sächsischen Seniorentreffens (SST). Mit dem Besuch der 2. Sächsischen Landesausstellung „Glaube und Macht“ im Schloss Hartenfels in Torgau wurde ein herausragendes kulturelles Ereignis angeboten, was bei den ärztlichen Senioren sehr großes Interesse fand, aber auch mit außerordentlichem Aufwand der Organisation für den Ausschuss verbunden war.

In Vorbereitung des 9. SST veröffentlichte Kollege Dr. med. habil. Heinz Brandt im Ärzteblatt Sachsen, Heft 6/2004, einen Artikel zur Stadtgeschichte von Torgau und zur Bedeutung seiner Vaterstadt für die Reformation und die Dynastie der Wettiner.

Ein Erlebnisbericht von Frau Steiger, Gasteilnehmerin der Seniorenvertretung der Landesärztekammer Thüringen, konnte im Ärzteblatt Sachsen, Heft 11/2004, nachgelesen werden.

#### *Weitere Aktivitäten waren:*

- Erfolgreiche Wiederbelebung des Kontaktes zur Seniorenvertretung der Landesärztekammer Thüringen.
- Zwei Ausschussmitglieder nahmen auf Einladung an der „ärztewoche thüringen 2004“ in Weimar teil.
- Vortrag von Frau Thalheim über Neuregelungen im Versorgungswerk.
- Vortrag von Herrn Dr. Wagner, Vorsitzenden des Seniorenbeirats Dresden über dessen Aufgaben und Ziele.
- Aktives Bekanntmachen mit Seniorentanz durch die Tanzleiterin Frau Stößlein.
- Kontaktaufnahme zur Seniorenvertretung der Niederschlesischen Ärztekammer Breslau vermittelt durch Dr. Herzig. Der Briefwechsel mit dem Vorsitzenden erfolgt von polnischer Seite leider nur sehr sporadisch. Eine persönliche Kontaktnahme in Breslau wird für 2005 angestrebt.

- Stellvertretend für die historische Verbindung Polen – Deutschland wurde das Kraszewski-Museum in Dresden besucht.
- Beantwortung von Zuschriften und Weiterleitung von Anliegen durch die Vorsitzende.

Mittlerweile ist die Planung für das 10. SST im September/Oktober 2005 schon weitgehend abgeschlossen.

Demnächst vorgesehen ist die Auswertung der Fragebogenumfrage zur Attraktivität des Arztberufes in Sachsen/den neuen Bundesländern mit Herrn Dr. Nitschke sowie ein Bericht von Herrn Prof. Haupt (Leipzig) über seine Erfahrungen im berufsorientierenden Gespräch mit Gymnasiasten. Auf dieser Grundlage soll diskutiert werden, ob und wie ärztliche Senioren diese Erfahrungen übernehmen könnten.

## 5.18

### Sächsische Ärzthilfe

(Dipl.-Med. Siegfried Heße, Dresden, Vorsitzender)

Der Ausschuss Sächsische Ärzthilfe ist ein kleiner Ausschuss im Vergleich zu anderen Ausschüssen der Sächsischen Landesärztekammer. Daran hat sich in den Jahren des Bestehens nichts geändert, sieht man von den Folgen für die Ausschussarbeit im Jahr 2002 ab, die sich aus der Jahrhundertflut in Sachsen ergaben.

Der Ausschuss traf sich, wie auch schon in den vergangenen Jahren bis viermal jährlich.

Es wurden sechs Anträge auf materielle Unterstützung für Kammermitglieder beziehungsweise deren Angehörige bearbeitet.

Die vom Ausschuss auf Grund der Satzung Sächsische Ärzthilfe einstimmig getroffenen Entscheidungen wurden dem Vorstand zugeleitet. Der Vorstand entschied dann, wie schon in den Vorjahren, gemäß der Satzung Sächsische Ärzthilfe über die Gewährung oder Ablehnung der Unterstützung.

Durch die Mitarbeiter der Geschäftsstelle, Frau Dr. Diefenbach, aber auch Frau Keller wurde der Ausschuss kompetent beraten.

Besonderer Dank gilt Frau Weitzmann, die, wie immer alle Unterlagen und auch die Ausschusssitzungen gut vorbereitete.

Neben der materiellen Unterstützung konnte der Ausschuss in zwei Fällen auch ideelle Unterstützung geben, für ärztliche Kolleginnen, die ohne eigenes Verschulden in materielle Not geraten waren. Es konnten hierbei nötige Schritte zur sozialen Absicherung bzw. für den beruflichen Wiedereinstieg durch den Ausschuss eingeleitet werden.

Auch wenn der Ausschuss nur klein ist, die persönlichen Schicksale des einen oder anderen Antragstellers lassen die Arbeit des Ausschusses in einem anderen Licht erscheinen.

Wie in jedem Jahr spreche ich im Namen aller Ausschussmitglieder alle Kolleginnen und Kollegen an, wenn Sie Kenntnis von Ärztinnen oder Ärzten haben, die in Not geraten sein sollten, ermuntern Sie diese, sich an die Ärztekammer oder an den Ausschuss zu wenden.

## 5.19

### Finanzen

(Dr. Claus Vogel, Leipzig, Vorstandsmitglied, Vorsitzender)

Der Ausschuss Finanzen hat im Jahr 2004 acht Sitzungen durchgeführt und intensiv die finanzielle Situation der Sächsischen Landesärztekammer analysiert, diskutiert und dem Vorstand fundierte Stellungnahmen unterbreitet.

Wichtige Schwerpunkte waren der Jahresabschluss 2003, der Haushaltsplan und der Investitionsplan 2005 und die damit im Zusammenhang stehende Gestaltung der Beitragsordnung und der Bei-

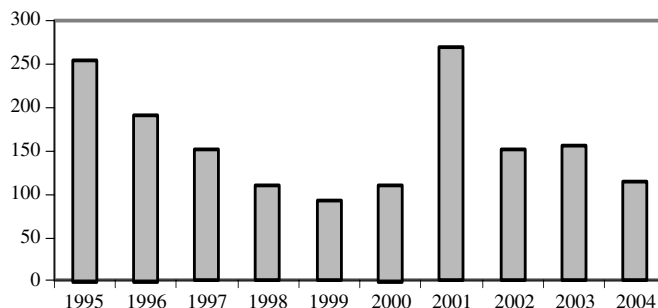
tragshöhe. Es wurden Grundsatzentscheidungen zur Auslegung der Beitragsordnung bei aktuellen Einzelfällen getroffen.

Weiterhin hat sich der Finanzausschuss mit Anträgen nach § 6/§ 9 der Beitragsordnung (Stundung, Ermäßigung oder Erlass von Beiträgen) sowie mit Widersprüchen zu den ergangenen Beitragsbescheiden befasst. Eingereicht wurden 114 Anträge nach § 6/§ 9 der Beitragsordnung, das waren 42 Anträge weniger als im Jahr 2003. Von den vorliegenden Anträgen entschied der Finanzausschuss nach gründlicher Prüfung

- 8 Antragstellern Stundung bzw. Ratenzahlung,
- 43 Antragstellern Beitragserlass,
- 1 Antragsteller Dauererlass und
- 16 Antragstellern Beitragsermäßigung  
(davon 2 auf den Mindestbeitrag)

zu gewähren. Für 43 Antragsteller wurde der Kammerbeitrag gemäß Beitragstabelle festgesetzt, da bei ihnen keine unzumutbaren Härten wegen besonderer persönlicher, beruflicher oder familiärer Umstände erkennbar waren. Bei drei Kammermitgliedern wurde eine Schätzung des Kammerbeitrages beschlossen.

Anzahl der § 6/§ 9-Anträge

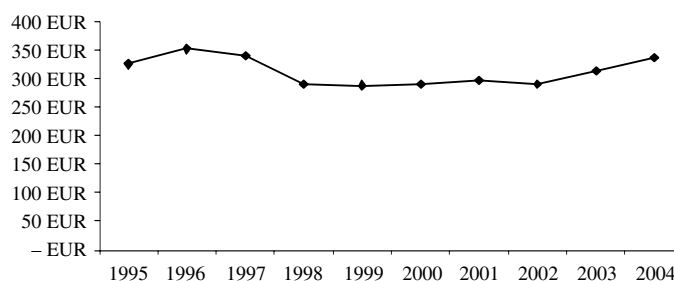


Unter den Bedingungen der im Jahr 2004 geltenden Beitragsordnung zahlten

- 3.437 Ärzte den Mindestbeitrag,
- 997 Ärzte erhielten einen Beitragserlass, davon  
953 Kammermitglieder über 70 Jahre und
- 16 Ärzte erhielten eine Beitragsermäßigung.

Damit wurden im Jahr 2004 bei 4.450 Ärzten aus Altersgründen sowie aus sozialen, beruflichen und familiären Gründen eine Beitragsermäßigung beziehungsweise ein Beitragserlass oder die Zahlung des Mindestbeitrages wirksam. Der durchschnittliche Kammerbeitrag im Jahre 2004 betrug pro Kammermitglied 335,87 EUR.

Durchschnittlicher Kammerbeitrag/Kammermitglied



Der Finanzausschuss behandelte im Jahr 2004 insgesamt 25 Widersprüche zu Bescheiden über Kammerbeiträge (22) und zu Gebührenbescheiden (3). Ferner beurteilte der Finanzausschuss in sieben Fällen, ob die ausgeübte Tätigkeit eine ärztliche Tätigkeit gemäß § 2 Abs. 3 der Beitragsordnung ist.

Aufgrund der stärkeren Fluktuation insbesondere ausländischer Ärzte und steigender Insolvenzfälle in der Ärzteschaft musste sich der Finanzausschuss auch in diesem Jahr mit der Ausbuchung uneinbringlicher Forderungen zum Kammerbeitrag befassen. Insgesamt wurden der Sächsischen Landesärztekammer bisher 18 Insolvenzfälle von Kammermitgliedern bekannt. Der Finanzausschuss ist bemüht, eine für die betroffenen Ärzte akzeptable Lösung zu finden.

Der Beitrag zum Fonds Sächsische Ärztehilfe wurde auch im Jahr 2004 nicht erhoben, da der Bestand des Fonds ausreicht, die eingehenden Anträge auf Unterstützung zu finanzieren. Dem Fonds wurden im Jahr 2004 Bußgelder in Höhe von 3.500,00 EUR und aus Altansprüchen stammende Hypothekenrückzahlungen in Höhe von 11.621,31 EUR zugeführt. Im Jahr 2004 wurden sieben zinslose Darlehen zurückgezahlt und ein Darlehen in Höhe von insgesamt 2.500,00 EUR ausgereicht. Es wurde ein nichtrückzahlbarer Zuschuss in Höhe von 2.500,00 EUR überwiesen.

Der Haushaltsplanentwurf 2005 wurde eingehend beraten, der 31. Kammerversammlung am 13.11.2004 vorgelegt und durch diese bestätigt.

Nach § 11 Abs. 3 der Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer vom 07.10.1994 ist die Kassen- und Buchprüfung nach Ablauf des Rechnungsjahres durch einen Wirtschaftsprüfer oder vereidigten Buchprüfer vorzunehmen. Die Prüfung der Kassen- und Buchführung für das Jahr 2004 erfolgte in der Zeit vom 14. bis 24.03.2005. Der Finanzausschuss und der Vorstand nahmen den Bericht über die Prüfung der Rechnungslegung für das Rechnungsjahr 2004 der Sächsischen Landesärztekammer entgegen, diskutierten ihn und stimmten ihm vollinhaltlich zu. Die Ergebnisse der Buchprüfung, einschließlich der Einnahmen-/Ausgabenrechnung, sind jährlich der Kammerversammlung vorzulegen. Nach Abschluss der Kassen- und Buchprüfung für das Haushaltsjahr 2004, deren Ergebnisse der Kammerversammlung vorgelegt wurden, ergeben sich folgende Zahlen:

Einnahmen gesamt	8.150.645,29 EUR
davon Kammerbeiträge	6.122.851,62 EUR
Gebühren laut Gebührenordnung	623.721,10 EUR
Gebühren für Fortbildung	291.292,00 EUR
Gebühren für Qualitätssicherung	213.701,42 EUR
Kapitalerträge	369.802,24 EUR
Erträge „Ärzteblatt Sachsen“	12.000,00 EUR
Sonstige Erträge	517.276,91 EUR
 Ausgaben gesamt	 7.401.689,94 EUR
davon Personalaufwendungen für	
hauptamtliche Mitarbeiter	2.842.372,71 EUR
Entschädigungen für ehren-	
amtlich tätige Ärzte (einschließlich	
Reise- und Übernachtungskosten,	
Kammerversammlung, Vorstand,	
Ausschüsse)	952.806,75 EUR
Honorare, fremde Lohnarbeit,	
Telefon, Porto, Büroaufwand	797.029,49 EUR

Betriebsaufwand, Miete, Reinigung,	
Energie	615.225,95 EUR
Unterstützung Kreisärztekammern	
(Rückführung von Beitragsgeldern)	213.144,00 EUR
Beiträge zur Bundesärztekammer	1.050.274,32 EUR
Abschreibungen	549.107,54 EUR
Zinsaufwand für Darlehen	292.443,48 EUR
Zuweisungen zu Rücklagen	89.285,70 EUR

Die Haushaltsmittel wurden zur Finanzierung der in diesem Tätigkeitsbericht ausführlich dargelegten Aufgaben der Sächsischen Landesärztekammer nach folgenden Hauptpositionen verwendet:

Vorstand, Kammerversammlung, Ausschüsse	7,2 %
Weiterbildung, Fortbildung	14,7 %
Qualitätssicherung	6,9 %
Arzthelferinnen	2,1 %
Allg. Rechtsfragen, Gutachterstelle, Ethik-	
kommission, Berufsrecht	7,5 %
Beitragswesen, Rechnungsführung und Finanzen,	
Berufsregister	9,5 %
Geschäftsstellen Dresden, Leipzig, Chemnitz	29,0 %
Öffentlichkeitsarbeit/Ärzteblatt Sachsen	2,1 %
Beiträge zur Bundesärztekammer	14,2 %
Unterstützung der Kreisärztekammern	2,9 %
Zinsen für Darlehen der Sächsischen	
Ärzteversorgung	3,9 %

Der Jahresüberschuss wird für die Zuführung zur Rücklage „Fortbildung“ verwendet bzw. auf neue Rechnung vorgetragen.

Gemäß § 11 Abs. 3 der Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer hat jedes beitragspflichtige Kammermitglied die Möglichkeit, in der Geschäftsstelle der Sächsischen Landesärztekammer in das Hauptbuch Einsicht zu nehmen.

## 6 Kommissionen und Arbeitsgruppen

### 6.1 Redaktionskollegium

**(Prof. Dr. Winfried Klug, Ottendorf-Okrilla, Vorsitzender)**

Das Ärzteblatt Sachsen ist das offizielle Mitteilungsblatt der Sächsischen Landesärztekammer und das Publikationsorgan der verfassten Ärzteschaft im Freistaat Sachsen. Das Hauptanliegen unseres Kammerorgans war auch im Jahr 2004 die sächsischen Ärztinnen und Ärzte über die Berufspolitik und Gesundheitspolitik im Freistaat Sachsen und in der Bundesrepublik Deutschland aktuell zu informieren, auf wesentliche amtliche Bekanntmachungen und gesetzliche Vorschriften hinzuweisen, medizinische Originalien unserer sächsischen Ärzten zu publizieren, über bedeutsame medizingeschichtliche Ereignisse hinzuweisen und unseren Jubilaren zu gratulieren. Die Rubrik Leserbriefe stellt ein Podium der Gespräche unter den Ärzten dar. Die erhoffte Resonanz war leider auch im Jahr 2004 gering.

In das Redaktionskollegium Ärzteblatt Sachsen wurde auf Wunsch des Ausschusses Junge Ärzte Frau Uta Katharina Schmidt-Göhrlich, angestellte Ärztin in Universitätsklinikum Dresden, integriert. Alle Redaktionsmitglieder erhielten etwa eine Woche vor den geplanten

Sitzungen die Arbeitsunterlagen zur kritischen Auswertung und Beurteilung zugesandt. Das ehrenamtlich besetzte Redaktionskollegium beriet im Jahr 2004 in 12 Sitzungen über alle grundsätzlichen Fragen der inhaltlichen und formalen Gestaltung der Zeitschrift, besprachen die fachspezifischen Beurteilungen der zur Veröffentlichung eingereichten 16 medizinisch wissenschaftlichen Beiträge, legten die berufspolitischen, gesundheitspolitischen und die medizinischen Inhalte der 12 Monatshefte des Ärzteblatt Sachsen nach eingehender Diskussion fest. Allen Mitgliedern des Redaktionskollegiums und der Redaktionsassistentin Frau Hüfner ist für ihre kontinuierliche, aktive und konstruktive Arbeit bei der Gestaltung unseres Kammerorgans zu danken.

Themenschwerpunkte der standespolitischen und ärztlich berufspolitischen Veröffentlichungen im Ärzteblatt Sachsen waren im Jahr 2004:

- GKV-Modernisierungsgesetz
- Chancen und Perspektiven im Sächsischen Gesundheitswesen
- Der Arzt – ein freier Beruf
- Der Arzt – nur noch ein Leistungserbringer
- Der Hausarzt der Zukunft – Vision und Wirklichkeit
- Ärztemangel in Sachsen
- Mehr Gesundheitsversorgung mit weniger Mediziner
- Regionales Engagement gegen den Ärztemangel in Sachsen
- Arbeitszeitgesetz
- Ethik und Monetik – ein unlösbarer Grundkonflikt
- Wachstumsmarkt Gesundheitswesen
- Arzneimittelinnovationen im Spannungsfeld zwischen Versorgung und Budgetierung
- Kosten- und Nutzenbewertung von Arzneimitteln
- Fortbildungspflicht der Ärzte
- Problemorientiertes Lernen im Medizinstudium
- Abschaffung der AiP-Phase
- Die neue Approbationsordnung
- 107. Deutscher Ärztetag
- 14. Sächsischer Ärztetag
- 22. und 23. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern
- Tätigkeitsbericht 2003 der Sächsischen Landesärztekammer
- Gemeinsame Vorstandssitzung der Sächsischen Landesärztekammer und der polnischen Niederschlesischen Ärztekammer.

Das Ärzteblatt Sachsen erhielten 2004 alle Kammermitglieder. Das Ärzteblatt Sachsen erschien regelmäßig am 10. eines Monats mit einem durchschnittlichen Umfang von 30 redaktionellen Seiten. Der 15. Jahrgang unseres Kammerorgans umfasst insgesamt 384 Druckseiten ohne Addition der Anzeigen und der wissenschaftlichen Beilagen. Der Bezug für alle Kammermitglieder war im Jahr 2004 und ist auch im Jahr 2005 kostenfrei.

Die Zusammenarbeit mit Leipziger Verlagsanstalt GmbH war konstruktiv und im guten Einvernehmen. Der Druck des Ärzteblatt Sachsen erfolgt weiterhin im Druckhaus Dresden GmbH.

2004 erschien das Ärzteblatt Sachsen wie bereits seit 1999 mit einer Online-Ausgabe unter <http://www.slaek.de>. Die Zugriffszahlen zum Portal der Sächsischen Landesärztekammer lagen im Jahr 2004 wöchentlich durchschnittlich bei 40.000. Die Internetbenutzer suchten sehr häufig Artikel im Ärzteblatt Sachsen. Das Gesamtinhaltsverzeichnis des Jahrganges 15 (2004) stand unseren Lesern im Heft 1/2005 als herausnehmbare Heftbeilage erneut zur Verfügung.

Das Anliegen unseres Standesorgans ist auch im Jahr 2005:

- Schwerpunktthemen, Hauptaufgaben der ärztlichen Standespolitik und die aktuelle ärztliche berufspolitische Problematik darzustellen,
- Bedeutung und die umfangreiche Arbeit der sächsischen Kreisärztekammern als Strukturelement der Sächsischen Landesärztekammer aufzuzeigen,
- Veröffentlichungen über die geleistete Arbeit und erzielten Ergebnisse der Ausschüsse der Sächsischen Landesärztekammer durchzuführen,
- Praxisrelevante wissenschaftliche Artikel aus den sächsischen Kliniken und Krankenhäusern sowie niedergelassenen Praxen zu publizieren.

Das Redaktionskollektiv Ärzteblatt Sachsen erbittet auch im Jahr 2005 von der sächsischen Ärzteschaft praxisbezogene Beiträge und Übersichten mit diagnostischen und therapeutischen Empfehlungen und zukunftsweisenden Therapieansätzen. Auch die jungen Ärztinnen und Ärzte werden gebeten, die Ergebnisse ihrer wissenschaftlichen Tätigkeit im Ärzteblatt Sachsen zu veröffentlichen.

## 6.2

### Arbeitsgruppe Multimedia in der Medizin (Dr. Günter Bartsch, Neukirchen, Vorsitzender)

Ein weiteres Jahr hat die Arbeitsgruppe die ihrem Auftrag entsprechende Entwicklung in unserem Bundesland begleitet. Sie ist unter anderem das Redaktionsteam des Internetangebotes der Sächsischen Landesärztekammer, welches im Jahre 2004 bei der Bearbeitung in doppelter Weise gefordert war. Zum einen musste die bestehende Homepage fortgeführt und weiterentwickelt werden, zum anderen wurde intensiv an der angekündigten Neugestaltung und der Einführung eines elektronischen Pflegesystems für die Inhalte der Internetdarstellung gearbeitet. Dies war organisatorisch wie auch gestalterisch eine große Herausforderung und verlangte durch umfangreiche Vorarbeiten vor allem den entsprechenden Mitarbeitern der Geschäftsführung vieles ab.

In der grafischen Gestaltung entschied sich die Arbeitsgruppe für die bewährte Zusammenarbeit mit Frau Kunath, die ja auch schon die gestalterische Darstellung des „Gesundheitslotsen Sachsen“ übernommen hatte. Zusammen mit dem Diensteanbieter DGN-Service, der die Plattform des Pflegesystems stellt, konnten alle wesentlichen Arbeiten bis Ende des Berichtsjahres abgeschlossen werden. Die für Anfang 2005 in Aussicht genommene Umschaltung auf die neue Homepage verzögerte sich jedoch durch die so bekannten Widrigkeiten des Alltags: Das Einpflegen der mehr als 2.500 Seiten in das neue Pflegesystem bedeutet eine enorme Arbeit besonders dadurch, dass jede Seite neu Korrektur gelesen werden muss. So wird wohl doch eher das Ende des 1. Quartals 2005 als Umstellungstermin herankommen. Belohnt werden zukünftig die Anwender, also vor allem die Ärzte, dadurch, dass

- die Navigation erleichtert wird,
- eine durchgehende Gestaltung aller Kapitel die Übersicht und damit die Auffindbarkeit verbessert,
- eine Stichwortsuche ermöglicht wird.

Der Geschäftsführung wird die Umstellung eine rationelle und zeitnahe Bearbeitung der Inhalte des Internetangebotes bringen, deren Erstellung, Verwaltung und Änderung wird wesentlich vereinfacht. Informationen können zum Beispiel mit einer Gültigkeitsdauer versehen werden.



In der linken Themenleiste ist die Spalte für AiP überflüssig geworden, statt dessen wird eine Spalte „Qualitätssicherung“ eine wesentliche Seite der Kammerarbeit neu darstellen und zusammenfassen. Die Bilanz auch der bisherigen Internet-Darstellung kann sich sehen lassen, die Zugriffszahlen stiegen kontinuierlich auf nunmehr reichlich 200.000 pro Monat.

Ein anderes Problem hat sich leider für das Informationsportal „Gesundheitslotse Sachsen“ ungünstig entwickelt: Ein Versicherungskonzern hat gegen die Verwendung des Wortes „Gesundheitslotse Sachsen“ im Titel geklagt, weil er sich das Wort „Gesundheitslotse“ hat schützen lassen. Um Gerichtskosten zu sparen, hat die Sächsische Landesärztekammer den Namen in „Gesundheitsinformationen Sachsen“ geändert. Ab Jahresanfang 2005 ist das breite Informationsangebot unter [www.gesundheitsinfo-sachsen.de](http://www.gesundheitsinfo-sachsen.de) zu finden. In diesem Zusammenhang muss der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen dafür gedankt werden, dass sie die Verteilung des Plakates „Gesundheitsinformationen Sachsen“ an alle niedergelassenen Ärzte als Beilage zu ihren Mitteilungen übernommen hat. Außerdem ist sie ständig durch zwei Vertreter in der Arbeitsgruppe Multimedia präsent, so dass ein Informationsaustausch und eine Abstimmung sehr gut funktionieren. Die für Ende 2005 nötige Einführung des elektronischen Arztausweises (HPC) war ebenfalls ein wichtiges Thema der Arbeitsgruppe. Die Einführung der HPC wurde durch den Gesetzgeber (§ 291a SGB V) veranlasst, da ohne den elektronischen Arztausweis nicht auf die zukünftige elektronische Gesundheitskarte der Patienten zugegriffen werden kann. Die Sächsische Landesärztekammer hat durch die Berufung einer Projektgruppe für die HPC-Einführung unter der Leitung von Dr. Bartsch dieser Entwicklung Rechnung getragen, um die Ausgabe an alle sächsischen Ärzte vorzubereiten. Die Entwicklung stagnierte Ende 2004 auf Bundesebene, weil die Spezifizierung der elektronischen Gesundheitskarte durch das Bundesministerium noch nicht erfolgt war. Ohne diese Festlegungen kann auch die Spezifikation der HPC nicht abgeschlossen werden.

Den ersten Aufgaben als Arztsichtausweis, Verschlüsselungsinstrument zum Beispiel für Arztbriefe sowie als Identifikationskarte für den Zugriff auf die Gesundheitskarte und deren Funktionen wie zunächst die Rezeptschreibung werden hoffentlich bald auch andere folgen, um den Nutzen auch für Ärzte sichtbar zu machen. Mehrere Mitglieder der Arbeitsgruppe Multimedia und der Geschäftsführung arbeiten in der Projektgruppe HPC-Einführung mit und werden alle Ärzte rechtzeitig über die Entwicklung und notwendige Schritte zur Erlangung des Arztausweises informieren.

Abschließend noch einige persönliche Worte:

Vereinbarungsgemäß wird Dr. Bartsch Mitte 2005 die Leitung der Arbeitsgruppe Multimedia in der Medizin nach Abschluss einiger Projekte in jüngere Hände des sehr engagierten und in Dingen „Telematik“ sehr versierten Kollegen Dr. Pluta übergeben. Er ist niedergelassener Internist in Leipzig. Die Arbeitsgruppe bleibt aber in der Zusammensetzung unverändert. Es ist den Mitgliedern und der Geschäftsführung ganz herzlich für das sehr gute, engagierte und zielgerichtete Arbeitsklima zu danken und es ist gut, dass mit Kollegen Dr. Pluta die Nachfolge nahtlos gewährleistet ist.

### 6.3

#### Ethikkommission

(Prof. Dr. Rolf Haupt, Leipzig, Vorsitzender)

Das Jahr 2004 stand ganz im Zeichen der gesetzlichen Neuerungen, die sich ab September 2004 auch im Verfahren niederschlugen.

Dabei handelte es sich um die 12. Novelle des Arzneimittelgesetzes und um die Richtlinie zur Guten klinischen Praxis (GCP). Diese neuen gesetzlichen Grundlagen schufen eine neue rechtliche Situation für Arzneimittelstudien und besonders für multizentrische Arzneimittelstudien; hier erhielten alle Ethikkommissionen in Deutschland den Status einer genehmigenden Behörde, die durch eine (zustimmende) Bewertung die Studie aus Sicht der Ethikkommission rechtlich und ethisch genehmigen müssen.

Dazu erfolgten umfangreiche Beratungen im Arbeitskreis der Vorsitzenden der Ethikkommissionen (zweimal) und in einer neugegründeten Arbeitsgruppe der Geschäftsführer und Vorsitzenden der Ethikkommissionen bei der Bundesärztekammer sowie zahlreiche Besprechungen und Beratungen zu Einzelfragen sowie zu Verfahrensfragen innerhalb der Sächsischen Landesärztekammer und der Ethikkommission.

Dreimal war der Vorsitzende der Ethikkommission deshalb auch Beratungsmitglied zu entsprechenden Tagesordnungspunkten bei den Vorstandssitzungen unserer Kammer. Im Ergebnis der neuen Aufgabenstellungen und der damit verbundenen erheblichen Verbreiterung des Arbeitsspektrums wurde dankenswerterweise Frau Assessorin Blume als Rechtsreferentin für die Ethikkommission der Sächsischen Landesärztekammer eingestellt, diese Arbeitsweise hat sich außerordentlich bewährt.

Im praktischen Bereich bilden sich zunehmend Studienzentren aus, in denen meist niedergelassene als aber auch Klinikärzte eigene Einrichtungen geschaffen haben, die mit medizinischem Sachverstand und unter Einbeziehung geschulter Mitarbeiter ausschließlich für Studien, besonders im Arzneimittelrecht, arbeiten.

Derzeit sind in Sachsen sieben derartige Zentren wirksam. Durch Vorstellung der einzelnen Zentren vor der Ethikkommission und Absprache bestimmter genereller Voraussetzungen für diese Zentren hat sich bereits eine sinnvolle Zusammenarbeit entwickelt. Diese ermöglicht es, die Kompetenz der Zentren sinnvoll zu beurteilen und damit die Gesamtstudienbewertung einschließlich der Prüfzentren rasch durchführen zu können.

Im Jahr 2004 fanden insgesamt zehn Sitzungen der Ethikkommission der Sächsischen Landesärztekammer statt; dabei wurden 242 Anträge unterschiedlicher Studien bewertet. Innerhalb dieser Studien betrafen 228 das Arzneimittelgesetz, vier das Medizinproduktegesetz und zehn Studien waren epidemiologischen Charakters bzw. befassten sich mit anderen Anträgen, die diesen gesetzlichen Unterlagen nicht zuzuordnen sind. Für diese Studien, die nicht dem AMG unterlagen, galt die beratende Funktion der Ethikkommission für die Antragsteller. Zwei Studien des Arzneimittelgesetzes wurden nach kritischen Hinweisen durch die Ethikkommission von den Antragstellern zurückgenommen. 212 der insgesamt untersuchten Studien betrafen Multizenterstudien, wobei zehnmal die Kommission als federführende Kommission in Erscheinung trat und 202 Anschlussstudien durchgeführt wurden; 16 monozentrische Studien wurden bearbeitet.

Nach dem neuen Recht (Novelle des AMG) sind 27 Studien bewertet worden; dabei betrafen fünf die Ethikkommission der Sächsischen Landesärztekammer als federführende Kommission und 19-mal waren wir mitbeteiligte Kommission mit Bewertung der Prüfzentren, einige Anträge aus dem vergangenen Jahr waren zum Zeitpunkt des Berichtes noch in der Bearbeitung. Die durchschnittliche Bearbeitungszeit vom Eingang der Studie bis zum Abschluss des Votums betrug 21 Tage.

Hinter diesen Zahlen verbirgt sich jeweils ein intensives Studium der oft in englischer Sprache eingereichten Studienunterlagen unter be-

sonderer Berücksichtigung von Aufklärungsbögen, Patienteninformationen und Einverständniserklärungen sowie unter besonderer Würdigung der abgeschlossenen Versicherungen für die jeweilige Studie. Gleichzeitig stehen immer auch die Bewertungen der wissenschaftlichen Hintergründe, sowohl bei der Frage von Medikamenten- neuzulassungen als auch bei Dosisfindungsstudien, sehr im Mittelpunkt der Beratungen.

Die wesentlichen Krankheitsgruppen, für die Therapiestudien beantragt wurden, betrafen einmal psychische Erkrankungen, hier wiederum besonders die Demenzen, die Tumortherapie ganz unterschiedlicher Geschwülste verschiedener Lokalisation, den Diabetes mellitus, Herz-Kreislaufkrankungen sowie Asthma und chronische obstruktive Lungenerkrankungen, die Schmerztherapie und Impfstudien. Über diese direkte Studienbearbeitung hinaus wurden in dem Zeitraum des Jahres 2004 1.630 schriftliche Anfragen und Ergänzungen bearbeitet und jeweils schriftlich beantwortet.

Über diese Studienbewertungstätigkeit hinaus sind mehrere wichtige Themen in der Ethikkommission breit diskutiert worden, dies betraf die Sterbebegleitung, das Klonen zu therapeutischen Zwecken, die Beurteilung der Stammzellentherapie.

In den Protokollen bzw. in gesonderten Stellungnahmen sind jeweils auch wichtige Hinweise für den Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer ergangen.

Mehrfach wurde auch das Thema der Studien an nichteinwilligungsfähigen Patienten, insbesondere an bewusstlosen Patienten in der Intensivmedizin und an Kindern behandelt. Die notwendigen Hinweise der Arbeitskreise der Ethikkommissionen in Deutschland sind dabei jeweils eingeflossen. Gleiches betrifft die Bewertung von Patientenverfügungen und Hinweisen bei Therapiestudien.

Über die sehr umfangreiche Arbeit hinaus wird durch die Ethikkommission der Sächsischen Landesärztekammer eine besonders gute Kollegialität gepflegt, so dass die Arbeit neben der Mühe auch interessante neue berufliche Aspekte beleuchtet und somit auch Freude macht und von allen Mitgliedern sehr gern geleistet wird.

#### Übersicht über Arzneimittelstudien im Jahr 2004

Beratung vom	Studien	davon 1. Votum	davon 2. Votum	AMG-Studien	davon Neues Recht	davon Altes Recht	MPG	BR
23.01.04	24	6	18	24			–	–
27.02.04	18	1	17	18			–	–
02.04.04	29	6	23	28			1	–
07.05.04	12	3	9	12			–	–
04.06.04	14	2	12	14			–	–
02.07.04	22	3	19	21			1	–
20.08.04	30	4	26	29			1	–
01.10.04	29	1	28	27			1	1
05.11.04	26	2	24	26	12	14	–	–
10.12.04	26	0	26	24	8	16	–	2
<b>10</b>	<b>230</b>	<b>28</b>	<b>202</b>	<b>223</b>	<b>20</b>	<b>30</b>	<b>4</b>	<b>3</b>

Beantwortete Schreiben: 1.630 Wiedervorlage: 1 Studie (194/2004)

#### 6.4

##### Gesprächskreis Ethik in der Medizin

(Prof. Dr. Rolf Haupt, Leipzig; Prof. Dr. Otto Bach, Leipzig, Vorstandsmitglied; Moderatoren)

Der Gesprächskreis Ethik in der Medizin hat sich in seinen drei Sitzungen mit ganz unterschiedlichen Themen auseinandergesetzt. Zum Jahresanfang bildete der „Kaiserschnitt ohne medizinische Indikation – ärztliche Verantwortung vs. Selbstbestimmung des Patienten“ den Schwerpunkt. Dr. Göbel (Krankenhaus Dresden-Neustadt) stellte in seinem Vortrag die historische Entwicklung der Geburtshilfe, deren Komplikationen und die Einführung des Kaiserschnitts umfassend dar. Danach lautet die Grundfrage in bezug auf eine Wunschsectio: Wer legt Geburtsgeschehen fest? Und welche psychischen, physischen und medizinischen sowie sozioökonomischen Gründe liegen für eine Sectio vor? Zu berücksichtigen ist, dass die Ängste der Schwangeren vor einer natürlichen Geburt durch Aufklärung und medizinischen Fortschritt teilweise erst erzeugt werden. Deshalb ist eine ausführliche Aufklärung der Schwangeren über die Risiken einer Sectio eine Grundbedingung. Zugleich sollte nach Auffassung von Dr. Göbel die Fortbildung der Ärzte und Hebammen zum Thema Wunschsectio Pflicht werden.

Auch die zweite Sitzung beschäftigte sich mit dem Thema. Gleich drei Referenten, Prof. Faber, Prof. Vogtmann (beide Uniklinik Leipzig) sowie Frau Rehfeld (Kinder und Jugendlichen Psychotherapeutin), widmeten sich der Analyse und Diskussion der Sectio auf Wunsch. Die Referenten machten deutlich, dass die Thematik stark subjektiv geprägt ist. Und auch auf Grund einer veränderten Einstellung des Geburtshelfers in den letzten 15 Jahren ist eine Diskussion darüber besonders wichtig. Die Sectio auf Wunsch wird zudem von Patientinnen verstärkt nachgefragt. Und nur durch eine verantwortungsvolle Beratung des behandelten Arztes kann man die Risiken vermitteln und auf die Vorteile für Mutter und Kind bei einer vaginalen Geburt hinweisen. Dennoch kann eine Wunschsectio angezeigt sein, wenn das psychische Risiko für die werdende Mutter sehr hoch ist. Eine Position des Gesprächskreises konnte nach dieser ausführlichen Behandlung und Beratung im Ärzteblatt Sachsen, Heft 8/04 abgedruckt werden.

Die dritte Sitzung des Gesprächskreises Ethik in der Medizin widmete sich der Vorbereitung einer gemeinsamen Veranstaltung mit dem Deutschen Hygiene-Museum unter dem Thema „In Menschenwürde bis zum Ende leben“. Dazu wurde das Konzept des Deutschen Hygiene-Museums diskutiert und die vorgeschlagenen Referenten angenommen sowie ergänzt. Die Themen sollten Fortbildungspunkte erhalten und im Fortbildungskalender sowie auf der Homepage der Sächsischen Landesärztekammer veröffentlicht werden. Im weiteren wurden zukünftige Themen des Gesprächskreises beraten. Dazu gehörten die Themen:

- Medizinvoyeurismus,
- Schönheitschirurgie,
- Medikalisierung,
- „Verrechtlichung“ des Arztberufes.

Der Gesprächskreis entschied sich für die Themen „Schönheitschirurgie“ und „Medikalisierung“. Diese beiden Themen werden im ersten Halbjahr 2005 mit Fachreferenten beraten. Und es sollen Positionen des Gesprächskreises im Ärzteblatt Sachsen dazu veröffentlicht werden.

6.5

**Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen  
(Dr. Rainer Kluge, Kamenz, Vorsitzender)**

Die Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen hat im Jahre 13 ihres Bestehens ihre Tätigkeit in der gewohnten Weise fortgesetzt.

Das bearbeitete Gesamtmaterial (eingegangene Anträge, eingeleitete Begutachtungen, abgeschlossene Begutachtungen) entspricht mit geringfügigen Abweichungen der Größenordnung der letzten Jahre.

Auch die Zahl der als berechtigt beurteilten Anträge, die Verteilung auf die einzelnen Fachgebiete und Einrichtungen entsprechen den aus den Vorjahren bekannten Größenordnungen.

Die angefügten Statistiken und Grafiken geben in der bereits bekannten Form das Material und die Ergebnisse der Bearbeitung wieder. An dieser Stelle ist wiederum besonders unseren Gutachtern zu danken, ohne die unsere Tätigkeit nicht denkbar wäre. Sachkundige und ausgewogene Beurteilungen von zum Teil sehr komplizierten und schwierigen Behandlungsverläufen sind gewiss keine einfache Aufgabe. Allen Kollegen, die sich dieser schwierigen Aufgabe widmen, schuldet die sächsische Ärzteschaft Dank.

Insbesondere in den häufig mit Behandlungsfehlervorwürfen konfrontierten Fachgebieten (Chirurgie, Orthopädie, Gynäkologie/Geburtshilfe) sind wir weiterhin sehr daran interessiert unseren Gutachterstamm auszubauen. Interessierte Kollegen, die sich dieser Aufgabe annehmen möchten, bitten wir um eine kurze Mitteilung. Unser Sachverständigenrat, das Gremium für besonders schwierige Fälle, hat auch im vergangenen Jahre quartalsweise getagt und die Gutachterstelle sachkundig und verlässlich beraten.

Schriftverkehr und Aktenberge haben inzwischen ein fast unüberschaubares Volumen angenommen. Das alles wird verlässlich und qualifiziert von unserer Geschäftsstelle organisiert. Dank der umsichtigen Tätigkeit unserer langjährigen Mitarbeiterin Frau Riedel und eines speziellen, auf unsere Bedürfnisse zugeschnittenen EDV-Programmes geht der Überblick nicht verloren.

Unsere Gutachterstelle hat im Berichtszeitraum die Bemühungen der Bundesärztekammer um Erstellung einer aussagefähigen neu gestalteten Statistik, die das Material aller Gutachterkommissionen/Schlichtungsstellen nach einheitlichen Kriterien erfasst, aktiv unterstützt. Gleichmaßen beteiligt sie sich an der Erarbeitung von Bewertungsmaßstäben für häufig in unserem Begutachtungsmaterial wiederkehrende Sachverhalte, um so die Arbeit der Gutachterkommissionen/Schlichtungsstellen vergleichbar zu machen und eine interne Qualitätssicherung zu ermöglichen.

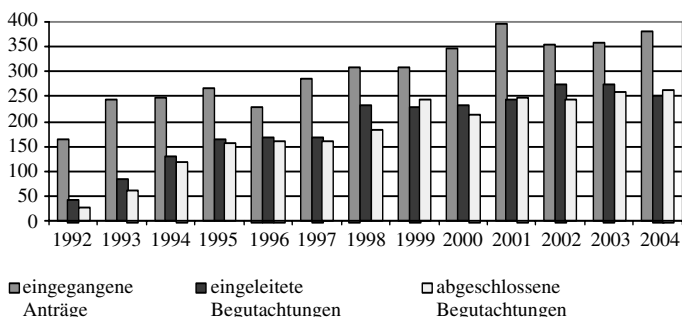
Wir meinen, auch im Jahr 2004 auf dem Gebiet des Arzthaftungsrechts mit der Zielstellung eine möglichst große Zahl von Behandlungsfehlervorwürfen außergerichtlich zu klären, eine solide und transparente Arbeit geleistet zu haben.

**Jahresstatistik 2004**

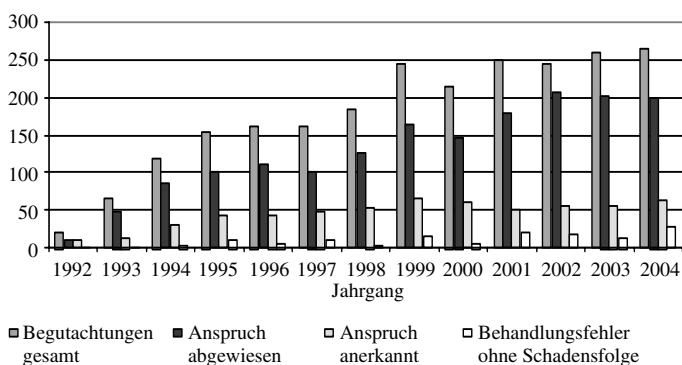
1. Gesamtmaterial	1992 – 2003 kumulativ	2003	2004
1.1. eingegangene Anträge	3512	358	380
1.2. eingeleitete Begutachtungen	2252	276	253
1.3. abgeschlossenen Begutachtungen	2094	259	264
1.4. am Ende des Berichtszeitraumes offene Begutachtungsverfahren		143	128

2. Gliederung nach Einrichtungen (Bezugsgröße: im Berichtsjahr in Auftrag gegebene Gutachten)	1992 – 2003 kumulativ	2003	2004
Gesamt	2252	276	253
2.1. Klinik	1516	174	160
2.2. Klinikambulanz	105	13	18
2.3. Praxis	631	89	75
3. Gliederung nach Entscheidungen (Bezugsgröße: im Berichtsjahr abgeschlossenen Begutachtungen)	1992 – 2003 kumulativ	2003	2004
Gesamt	2094	259	264
3.1. Behandlungsfehler festgestellt	649	71	92
3.1.1. Behandlungsfehler ursächlich f. Körperschaden (Anerkennung)	530	57	62
3.1.2. Behandlungsfehler festgestellt aber nicht ursächlich f. Körperschaden	116	14	28
3.2. Anspruch anerkannt wegen unzureichender Aufklärung	7	0	2
3.3. Kein Behandlungsfehler festgestellt	1491	202	172
3.4. Anerkennungsquote	25,64 %	22,0 %	24,24 %
4. Gliederung nach Fachrichtungen (Bezugsgröße) im Berichtsjahr in Auftrag gegebene Gutachten)	1992 – 2003 kumulativ	2003	2004
Gesamt	22526	276	253
Allgemeinmedizin	119	18	10
Anästhesiologie	63	11	8
Augenheilkunde	57	4	3
Chirurgie (gesamt)	940	111	119
Allgemeine Chirurgie		71	69
Unfallchirurgie		33	42
Gefäßchirurgie		2	2
Herzchirurgie		2	4
Kinderchirurgie		1	1
Thoraxchirurgie		2	1
Gynäkologie/Geburtshilfe	287	35	32
HNO	67	10	5
Haut und Geschlechtskrankheiten	18	2	2
Innere Medizin	216	27	14
Kinderheilkunde	32	5	3
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	13	3	2
Neurochirurgie	39	4	3
Neurologie/Psychiatrie	52	6	15
Orthopädie	258	26	26
Pathologie	4	1	1
Radiologie (Diagnostik und Therapie)	20	6	2
Urologie	–	–	–

### Gutachterstelle – Gesamtmaterial



### Gutachterstelle – Ergebnisse der Begutachtung



## 6.6

### Kommission Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung (Dr. Hans-Jürgen Held, Dresden, Vorsitzender)

Die Kommission Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung tagte im Jahr 2004 dreimal. Wie in den vergangenen Jahren standen Anträge von nicht verheirateten Paaren für die Durchführung der assistierten Sterilitätstherapie im Mittelpunkt der Arbeit der Kommission.

Insgesamt wurden 111 Anträge gestellt.

59 wurden in der Kommission beraten und

57 konnten davon genehmigt werden.

18 Anträge wurden zurückgezogen.

34 befinden sich zurzeit noch in Arbeit.

Einen zweiten Schwerpunkt stellte die Qualitätskontrolle der reproduktionsmedizinischen Arbeitsgruppen in Sachsen dar. Basis für die Bewertung der Erfolgsquoten der Einrichtungen waren die Daten des Deutschen IVF-Registers (DIR). Unter den internationalen Fachkollegen genießt dieses Register eine sehr hohe Wertschätzung. Die Umsetzung der Daten hat sich in den letzten Jahren kontinuierlich verbessert, so dass gute Rückschlüsse auf die Qualität der Arbeit möglich sind. Die Ergebnisse der Zentren in Sachsen spiegeln die bundesweit erzielten Resultate wieder. Dabei muss berücksichtigt werden, dass in den einzelnen Einrichtungen das Patientengut sehr different ist.

Für die Erfassung der Inseminationen (gemäß der Richtlinien für künstliche Befruchtung 10.2) wurde ein neuer Statistikbogen erarbeitet, um eine bessere Vergleichbarkeit zwischen den Zentren zu erreichen. Die Inseminationsergebnisse sind im DIR nicht erfasst.

Im Oktober 2004 wurde der Antrag auf Erteilung der Genehmigung gemäß § 121 A SGB V für Herrn Prof. Dr. Steck (Krankenhaus

Chemnitz) bearbeitet. Da zu diesem Zeitpunkt noch nicht alle Voraussetzungen erfüllt waren, wurde die endgültige Genehmigung auf den Januar 2005 vertagt.

Die Gesundheitsreform hat durch die 50-prozentige Beteiligung der Patienten an den Kosten für die künstliche Befruchtung zu einem drastischen Rückgang der Behandlungszahlen in den IVF-Zentren geführt. Diese Problematik wurde in der Kommission diskutiert. Es bleibt abzuwarten, ob es zu direkten Auswirkungen auf die weitere Existenz der reproduktionsmedizinischen Zentren in Sachsen haben wird.

## 6.7

### Kommission Gewalt gegen Kinder/ Misshandlung Minderjähriger

#### (PD Dr. habil. Christine Erfurt, Dresden, Vorsitzende)

Im Jahr 2004 konnte die Fachkommission Gewalt gegen Kinder/ Misshandlung Minderjähriger der Sächsischen Landesärztekammer auf eine erfolgreiche zehnjährige Arbeit zurückblicken. Unter der Leitung der Vorsitzenden der Kommission, Herrn Prof. Dr. Roesner und Frau PD Dr. Erfurt wurde besonderes Augenmerk auf die Öffentlichkeitsarbeit gelegt. Die im Ärzteblatt Sachsen veröffentlichte Broschüre „Gewalt gegen Kinder/Misshandlung Minderjähriger“ wird im Jahre 2005 eine überarbeitete Neuauflage erfahren. Des Weiteren ist die Erstellung von Informationen für die eigenen der Sächsischen Landesärztekammer in Angriff genommen worden.

2004 konzentrierte sich die Tätigkeit der Fachkommission auf folgende Schwerpunkte:

#### 1. Problembezogene Vorträge

Nach Erscheinen der genannten Broschüre im Sächsischen Ärzteblatt konnte ein reges Interesse insbesondere bei Kinder- und Jugendärzten, aber auch bei Zahnmedizinern beobachtet werden. Aus diesem Grunde wurden mehrere Vortragstermine wahrgenommen, die sich insbesondere einerseits mit den diagnostischen Grundlagen und der Dokumentation der Befunde und andererseits mit den juristischen Grundlagen des ärztlichen Handelns beschäftigten. So wurden Vorträge auf einer Fortbildungsveranstaltung der Kinder- und Jugendzahnärzte in Regensburg und an der Zahnärztekammer Niedersachsen, Bezirksstelle Hannover zu diesen Themen gehalten. Weiterhin wurde für die Pflegedienstmitarbeiter des Universitätsklinikums Dresden, für die Kinderärzte des Städtischen Krankenhauses Dresden-Neustadt und für Polizeibeamte an der Landespolizeischule Sachsen in Bautzen referiert. Auf der Jahrestagung der Gesellschaft für Rechtsmedizin in Göttingen wurde ein Poster zur Problematik des Schütteltraumas zur Diskussion gestellt.

Auch für das Jahr 2005 sind bereits mehrere Vortrags- und Diskussionstermine mit interessierten Ärzten und anderen Berufsgruppen vereinbart worden.

In der Folge der Öffentlichkeitsarbeit unserer Kommission sind zahlreiche Nachfragen von Kinderärzten und Gynäkologen zu verzeichnen, die sich auf konkrete Fälle von Kindesmisshandlungen bzw. sexuellem Missbrauch beziehen. Hier konnte oft zum weiteren Vorgehen beratend unterstützt werden.

#### 2. Teilnahme an Fachtagungen

Vom 25. bis 27.03.2004 in Hamburg und vom 23. bis 24.09.2004 fanden internationale Tagungen zum Thema „Gewalt in der Familie“ statt. Diese Tagungen wurden in Zusammenarbeit des Bundesminis-

teriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend mit der Deutschen Gesellschaft gegen Kindesmisshandlung und -vernachlässigung organisiert. Die Vorsitzende unserer Kommission nahm an diesen Fachtagungen teil. Bereits nach der Fachtagung in Hamburg wurde eine Beteiligung von Mitgliedern unserer Kommission an einer multizentrischen Studie „Viktimologische Profile von Opfern körperlicher und sexueller Gewalt in der rechtsmedizinischen Basisdokumentation“ vereinbart. Der, von dem Hamburger Datenschutzbeauftragten beurteilte, Dokumentationsbogen (selbstverständlich nach durchgeführter Anonymisierung) wird auch in der seit Oktober 2003 laufenden EU-Daphne-Studie eingesetzt.

**3. Antrag an den 12. Sächsischen Ärztetag in Dresden im Jahre 2002**  
Wie bereits früher berichtet wurde auf dem 12. Sächsischen Ärztetag in Dresden von der Vorsitzenden der Kommission der Antrag zur Verbesserung der Zusammenarbeit der für die Misshandlung von Kindern zuständigen Stellen (Ärzte und Jugendämter) gestellt. Bis zu diesem Zeitpunkt bestand die frustrierende Situation, dass in der Ärzteschaft der Eindruck vorherrschte, dass ihre Meldungen mit dem Verdacht auf Kindesmisshandlung bzw. sexuellen Missbrauch an Jugendämter möglicherweise von diesen nicht weiter oder nicht effektiv bearbeitet werden.

Dieser Antrag hatte zur Folge, dass Gespräche mit der Leiterin des Allgemeinen Sozialen Dienstes und Vertretern von Jugendämtern zur Verbesserung der Zusammenarbeit stattgefunden haben. Die Thematik beinhaltete insbesondere die Rückmeldung an die meldenden Ärzte, die Klärung von immer noch bestehenden juristischen Unsicherheiten sowie weitere Zusammenkünfte zur Weiterbildung der Mitarbeiter der Jugendämter und des Allgemeinen Sozialen Dienstes. Hier sollten regelmäßige Treffen vereinbart werden. Leider ist diese Zusammenarbeit noch nicht befriedigend und es bedarf weiterer Anstrengungen zu deren Verbesserung oder zumindest zur Erhaltung der Zusammenarbeit auf dem Niveau.

#### **4. Fallspezifische Sprechstunde am Universitätsklinikum Dresden und der Medizinischen Fakultät der TU Dresden**

Die am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus aufgebaute interdisziplinäre Sprechstunde beschäftigte sich auch im Berichtsjahr mit Einzelfällen von Kindesmisshandlungen. Hierbei wurden und werden verschiedene Fachärzte zum Konzil einberufen. Diesem gehören je nach Art des Falles ein Kinderarzt, ein Kinderchirurg, ein Rechtsmediziner, ein Kinder- und Jugendpsychiater oder auch eine Sozialarbeiterin, ein Gynäkologe, ein Dermatologe oder Ophthalmologe an.

Auch im Jahr 2004 mussten wieder mehrere Kinder begutachtet werden. Hierbei ist insbesondere zu beobachten, dass in einer immer größer werdenden Anzahl sehr junge Kinder (meist unter einem Jahr) zur Begutachtung gelangen. Auch entsteht der Eindruck, dass der Schweregrad der Verletzungen zunimmt. Sehr häufig zu beobachten sind immer wieder Schütteltraumata. Hier sieht die Kommission eine weitere Aufgabe in der Aufklärung nicht nur der Ärzte, sondern aller im weitesten Sinne mit Kindern betrauten Personen.

Die Einberufung dieser interdisziplinären Sprechstunde dient auch der Diskussion des weiteren Vorgehens der behandelnden bzw. begutachtenden Ärzte. Hierbei ist insbesondere die Frage zu klären, ob ein Gespräch mit den Eltern oder eine Meldung an das zuständige Jugendamt ausreichend war oder eine Anzeige bei der Kriminalpolizei zu erstatten ist.

## **6.8**

### **Kommission Transplantation**

#### **(Prof. Dr. Johann Hauss, Leipzig, Vorsitzender)**

Die Hauptaufgabe der Kommission „Transplantation“ bestand auch im Jahr 2004 darin, die Vorgaben des Transplantationsgesetzes umzusetzen und im Freistaat Sachsen die Bedingungen für die Organspende und die Organtransplantationen zu verbessern. Es fanden insgesamt zwei Sitzungen der Kommission statt, am 18.02.2004 wurde die „erste und konstituierende Beratung der Transplantationskommission der Sächsischen Landesärztekammer in der Wahlperiode 2003 – 2007“ durchgeführt, an der der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer teilnahm. Neue Mitglieder der Kommission wurden Frau Prof. Engelmann/Dresden sowie Herr Prof. Diettrich, der Ehrenpräsident der Sächsischen Landesärztekammer. Herr Prof. Hauss wurde erneut zum Vorsitzenden der Transplantationskommission gewählt. Bei der zweiten Beratung der Transplantationskommission am 23.06.2004 wurde Frau Dr. Wachsmuth von der Deutschen Stiftung Organtransplantation als neues Mitglied der Transplantationskommission begrüßt.

Zahlreiche Entwicklungen im Jahre 2004 wurden bereits in einem Übersichtsartikel im Sächsischen Ärzteblatt (Heft 1/05) von Herrn Prof. Diettrich dargestellt, wobei insbesondere die Einflussfaktoren auf die Bereitschaft zur Organspende umfassend dargestellt wurden.

In der Region Ost wurden im Jahr 2004 141 Organspenden realisiert, dies bedeutet 15,4 Prozent pro Million Einwohner (siehe Tabelle 1). Im Vergleich der Regionen in der Bundesrepublik liegt dabei die Region Ost mit den Ländern Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen an zweiter Stelle, die Region Nord-Ost ist mit 19,9 Prozent pro Million Einwohner führend. Die Region Nordrhein-Westfalen mit nur 8,6 Prozent pro Million Einwohner liegt wie in den Vorjahren an letzter Stelle. In Tabelle 2 sind die Organspendeaktivitäten in Sachsen über die letzten Jahre dargestellt, wobei sich ein Abfall auf 64 realisierte Spenden im Jahr 2004 darstellt. Auffallend ist, dass sich die Ablehnungsrate sowohl in der Region Ost als auch in Sachsen als auch bundesweit erhöht hat (siehe Tabelle 3).

In Sachsen wurde bereits 1996 begonnen, transplantationsbeauftragte Ärzte in den Krankenhäusern zu benennen. Dieses Konzept hat sich als erfolgreich herausgestellt. Tabelle 4 zeigt die Anzahl der beteiligten Krankenhäuser sowie die Zahl der transplantationsbeauftragten Ärzte; in dem letzten Jahr wurde auch entsprechend dem Sächsischen Ausführungsgesetz zum Transplantationsgesetz damit begonnen, Transplantationsbeauftragte aus dem Pflegepersonal zu benennen. Zahlreiche Veranstaltungen für die Transplantationsbeauftragten wurden inzwischen durchgeführt. Die Jahresveranstaltung im Jahre 2004 in Dresden befasste sich mit der „Sterbekultur im Krankenhaus“ und fand ein engagiertes Auditorium.

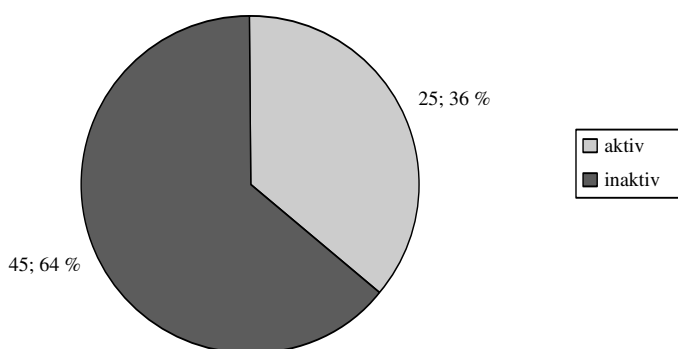
Das bereits erwähnte geplante Sächsische Ausführungsgesetz zum Transplantationsgesetz führte zu intensiven Verhandlungen mit dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales, den Krankenkassen und der Krankenhausgesellschaft. Zahlreiche Vorschläge wurden diskutiert bzw. abgelehnt, so dass das Gesetz (SächsAGTPG) bald als Landesrecht verabschiedet werden kann.

Eine wichtige Neuregelung betraf die Aufwandsersatzung für die Spenderkrankenhäuser, für die eine deutliche Verbesserung erreicht werden konnte. Insbesondere Herr Prof. Diettrich hat sich in der Vergangenheit für diese Änderung engagiert, die zu langwierigen Auseinandersetzungen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft führten. Schließlich konnte ein Konsens erreicht werden und die ab dem 01.01.2004

gültige Regelung konnte in Kraft treten. Es wurde dabei auf die Unterscheidung Wert gelegt, ob tatsächlich eine Ein- oder Mehrorganentnahme durchgeführt wurde bzw. ob bereits verschiedene Maßnahmen zur Vorbereitung der Organspende getroffen wurden. Tabelle 5 zeigt die nun gültigen Aufwandsersstattungen.

Die Kommission hat sich weiterhin intensiv mit der „Gemeinschaftsaufgabe Organspende“ auseinandergesetzt und verschiedene Maßnahmen zur Verbesserung der Spendebereitschaft ergriffen. Die Schlüsselstellung der Krankenhäuser im Organ spendeprozess ist unumstritten; es haben sich jedoch in den letzten Jahren stets weniger als 40 Prozent der Sächsischen Krankenhäuser an dieser Gemeinschaftsaufgabe beteiligt.

#### Beteiligung der Krankenhäuser in Sachsen (2004)



Die Melderate potentieller Spender ist nach wie vor zu niedrig und einer der wesentlichen Gründe für die stagnierenden Organ spendezahlen. Um eine Verbesserung der Zusammenarbeit von Krankenhäusern und Transplantationszentren zu erreichen, wurde eine gemeinsame Aktion mit dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales eingeleitet. Es wurde ein Schreiben an sämtliche Krankenhäuser verfasst, in dem auf die nach wie vor problematische Situation hingewiesen wurde. Dieses Schreiben wurde vom Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer und von der Sächsischen Staatsministerin für Soziales, Frau Helma Orosz unterzeichnet. Weiterhin wurde eine gemeinsame Sitzung der Krankenhausärzte für Januar 2005 vorbereitet. Die Arbeitsgruppe „Hirntoddiagnostik“ sowie die Kommission „Lebendspende“ arbeiteten weiterhin in ihren Bereichen sehr erfolgreich und unterstützten sehr effektiv die Arbeit der Transplantationskommission.

In diesem Jahr ist damit zu rechnen, dass auch gesetzliche Regelungen geschaffen werden für die Verwendung von Geweben wie Hornhaut, Herzklappen, Blutgefäßen, Stammzellen etc. Bei der Bundesärztekammer fanden weitere Beratungen und Kongresse statt und Gesetzentwürfe werden beraten. Die Kommission Transplantation der Landesärztekammer wird sich auch in diesem Jahr intensiv mit diesem Gebiet zu beschäftigen haben.

Tabelle 1: Organspenden pro Million Einwohner (2004)

Region	Spenden	pro Mio. Einwohner
Baden-Württemberg	127	11,9 %
Bayern	161	13,0 %
Mitte	151	13,5 %
Nord	184	13,9 %

Region	Spenden	pro Mio. Einwohner
Nordost	153	19,9 %
Nordrhein-Westfalen	156	8,6 %
Ost	141	15,4 %
Deutschland	1073	13,0 %

Tabelle 2: Organspendeaktivitäten in Sachsen (2004)

		2000	2001	2002	2003	2004
Sachsen	Meldungen insgesamt	129	114	104	127	129
	realisiert	76	62	51	70	64
	nicht realisiert	53	52	53	67	65

Tabelle 3: Ablehnung/Zustimmung zur Organspende (2003/2004)

	2003		2004	
	Ablehnungsrate	Zustimmungsrate	Ablehnungsrate	Zustimmungsrate
Deutschland gesamt	34,8 %	65,2 %	37,3 %	62,7 %
Region Ost	29,0 %	71,0 %	34,8 %	65,2 %
Sachsen	31,5 %	68,5 %	38,4 %	61,6 %

Tabelle 4: Benennung von Transplantationsbeauftragten in Sachsen (2004)

	Anzahl der Krankenhäuser	Benennung von Tx-Beauftragten/Ärzte	Benennung von Tx-Beauftragten/Pflegepersonal
Sachsen	70	65	41

Tabelle 5: Aufwandsentschädigung

Ab 01.01.2004 gelten für den Aufwand im Rahmen der Meldung eines potentiellen Organ spenders bzw. der durchgeführten Organentnahme gemäß der Vereinbarung zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der Krankenkassen Pauschalen für folgende Module:

Modul 1	Einorgan/Nierenentnahme	€ 2.090,--
Modul 2	Mehrorganentnahme	€ 3.370,--
Modul 3	Abbruch bei Ablehnung	€ 200,--
Modul 4	Abbruch auf IST bei Zustimmung	€ 1.270,--
Modul 5	Abbruch im OP	€ 2.090,--

## 6.9

### Kommission Lebendspende gem. § 8 Abs. 3 TPG (Prof. Dr. jur. Bernd-Rüdiger Kern, Leipzig, Vorsitzender)

§ 8 des Transplantationsgesetzes (TPG) regelt die Zulässigkeit der Entnahme von Organen bei lebenden Organ spendern. § 8 Abs. 3 S. 2 TPG fordert als eine Voraussetzung für die Organentnahme bei einem Lebenden, daß die nach dem Landesrecht zuständige Kommission vor der Organspende gutachtlich dazu Stellung genommen hat, ob begründete tatsächliche Anhaltspunkte dafür vorliegen, daß die Einwilligung in die Organspende nicht freiwillig erfolgt oder das Organ Gegenstand verbotenen Handelstreibens nach § 17 TPG ist.

Im fünften Jahr des Bestehens der Kommission ist der Arbeitsanfall im Verhältnis zum Vorjahr erheblich angestiegen und erreicht mit 19 Anhörungen den bisherigen Höchststand. Das spricht dafür, daß das Jahr 2003 eine Ausnahme darstellt. Insgesamt hat die Kommis-

sion in unterschiedlicher Besetzung acht Anhörungstermine abgehalten und dabei 19 Spender und Empfänger gehört, 16-mal für eine Nieren- und dreimal für eine Leberspende. Bei den Spendern handelte es sich weithin um enge Familienangehörige, fünfmal um einen Elternteil und ein Kind, zehnmal um Ehegatten und zweimal um Geschwister. Hinzu kommen ein Lebensgefährte und einmal eine Person, die dem Spender in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahesteht.

Wie in den vergangenen Jahren wurden auch die Vertreter der Mitglieder der Kommission zur Kommissionsarbeit herangezogen. Damit hat sich die Praxis verstärkt, der zu Folge die Sächsische Landesärztekammer nunmehr drei unterschiedlich besetzte Lebendspendekommissionen vorhält, was durchaus der Entwicklung in den übrigen Bundesländern entspricht. Die Kommissionsmitglieder werden dabei je nach Termin auch untereinander ausgetauscht. Einige weitere interessante statistische Fakten seien mitgeteilt. Bei dem Geschlechterverhältnis hat sich eine bemerkenswerte Abweichung ergeben. Während es bisher bei den Empfängern in der Regel deutlich weniger Frauen gab, hat sich das Verhältnis in diesem Berichtsjahr nahezu ausgeglichen. Neun weibliche Empfänger stehen zehn männlichen gegenüber. Bei den Spendern überwiegen die Frauen noch immer deutlich. 12 Spendern weiblichen Geschlechts stehen sieben männliche gegenüber.

Auch was die Verteilung der Antragstellung betrifft, war das Jahr 2003 eher eine Ausnahme. Im Jahr 2004 ist erneut ein starkes Überwiegen von Leipzig festzustellen. Von dem Transplantationszentrum der Universität Leipzig kamen 13 Anträge, das der Universität Dresden stellte sechs, wobei die Anträge für Dresden als ein Spitzenergebnis anzusehen sind. Die Zahl der Anträge aus Dresden hat also kontinuierlich zugenommen, die aus Leipzig stagniert auf hohem Niveau. Im Berichtsjahr wurden wiederum zwei außerordentliche Sitzungen der Lebendspendekommission durchgeführt. An ihnen nahmen alle Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder sowie Vertreter der Transplantationszentren und des Sächsischen Staatsministerium für Soziales teil. In diesen Sitzungen wurden grundsätzliche Probleme besprochen, um einerseits eine einheitliche Vorgehensweise der unterschiedlich besetzten Kommissionen zu gewährleisten und andererseits die Erfahrungen der Lebendspendekommissionen anderer Landesärztekammern mit einzubringen.

## 6.10

### Fachkommission Brustkrebs

**(Prof. Dr. Hildebrand Kunath, Dresden, Vorsitzender)**

Die Arbeitsgruppe Brustkrebs hat im Jahr 2004 ihren Schwerpunkt auf die Begleitung der Umsetzung einer umfassenden Cancer Control Strategie für Brustkrebs in Sachsen gelegt: Diese besteht einerseits in der Bildung zertifizierter Brustzentren und andererseits im Aufbau des Mammographiescreenings für asymptomatische Frauen nach der Richtlinie des Bundes (Alter der Frauen 50 – 69 Jahre) als auch der qualitätsgesicherten Mammographie für die Früh- und Regel-diagnostik. Beide Komponenten sollen durch optimale Verzahnung zu einem qualitätsgesicherten und evaluierbaren Verfahren der Brustkrebsbekämpfung im Freistaat Sachsen entwickelt werden.

Im Berichtsjahr wurden zwei Unterarbeitsgruppen (UAG) gebildet: UAG Brustzentren, Sprecher Prof. Dr. Schönfelder, Leipzig; UAG Screening, Sprecher Dr. Hamm, Chemnitz. In der UAG Brustzentren wurden im Jahr 2004 zwei Sitzungen mit Interessenten/Bewerbern für die Bildung regionaler Brustzentren geführt mit dem Ziel, für

Sachsen eine flächendeckende und angemessene Versorgung zu erzielen. Unter Moderation des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales wurden für die Aufgabe der Einführung des Mammographiescreenings in Sachsen nach der vorgegebenen Bundesrichtlinie Arbeitsgruppen mit der Untergliederung Strategie und Struktur, Evaluation sowie Information und Motivation gebildet. Dieser Prozess wurde durch die Mitwirkung von Mitgliedern der Arbeitsgruppe Brustkrebs der Sächsischen Landesärztekammer unterstützt.

Im Ergebnis verfügte der Freistaat in 2004 über drei zertifizierte Brustzentren. Weitere Zentrenbildungen sind auf den Weg gebracht. Die Umsetzung der Mammographiescreening-Richtlinie durch die Selbstverwaltungen stieß im Jahr 2004 auf erhebliche Probleme. Diese waren u.a. verursacht durch Mängel und unakzeptable Forderungen in der Richtlinie selbst, fehlende Haftpflichtversicherer sowie Datenschutzprobleme. Hierdurch war es der Kassennärztlichen Vereinigung Sachsen (KVS) in 2004 nicht möglich, mit dem Ausschreibungsprozess für die Bildung der für Sachsen vorgesehenen fünf Screeningeinheiten zu beginnen. Die im Freistaat vorhandenen datenschutzrechtlichen Probleme wurden identifiziert. Eine zeitnahe Lösung auf dem Weg der Landesgesetzgebung wurde vom SMS auf den Weg gebracht. Mit Unterstützung der Sächsischen Krebsgesellschaft werden Mitglieder der Arbeitsgruppe Brustkrebs Ergebnisse der Arbeitsgruppe auf dem 5. Sächsischen Krebskongress (04. – 05.03.2005, Chemnitz) präsentieren können.

Im Jahr 2005 wird ein Schwerpunkt der Arbeitsgruppe in der Erarbeitung eines Baseline-Reports zur Versorgung und sekundären Prävention bei Brustkrebs sowie eines Evaluierungskonzeptes liegen. Hierzu soll eine Kooperation zwischen der Arbeitsgruppe mit der Arbeitsgruppe Gynäkologie bei der Sächsischen Landesärztekammer, der Geschäftsstelle Qualitätssicherung der Sächsischen Landesärztekammer, der KVS, den Klinischen Krebsregistern und dem Gemeinsamen Krebsregister Berlin organisiert werden.

## 6.11

### Arbeitsgruppe Hirntoddiagnostik

**(Prof. Dr. Dietmar Schneider, Leipzig, Vorsitzender)**

Der im August 2002 gegründeten Arbeitsgruppe Hirntoddiagnostik gehören acht Mitglieder an (Dr. Gahn, Neurologe, Dresden; Dr. Habbeck, Anästhesistin, Chemnitz; Dr. Krug, Neurochirurg, Chemnitz; PD Dr. Machetanz, Neurologe, Zwickau; Prof. Dr. Meixensberger, Neurochirurg, Leipzig; Prof. Dr. Merckenschlager, Pädiater, Leipzig; Prof. Dr. Reimers, Neurologe, Arnsdorf; Prof. Dr. Schneider, Neurologe und Internist, Leipzig). Von ihnen werden nahezu alle abschließenden Hirntodbestimmungen in Sachsen bestritten. Weil der Hirntod nur unter intensivmedizinischen Bedingungen eintreten kann, wurde jeder der 69 sächsischen Kliniken mit einer Intensivtherapiestation jeweils ein Arbeitsgruppenmitglied mit dem Ziel zugeordnet, etwaige Unsicher- oder Unklarheiten im Vorfeld des klinischen Hirntodsyndroms und in der Hirntoddiagnostik im persönlichen kollegialen Kontakt zu beseitigen. Die Zuordnung der Kliniken wurde vorzugsweise nach den Entfernungen der einzelnen Kliniken zu den Mentoren erstellt.

Nach nunmehr über zweijähriger Tätigkeit ist aber nicht der erhoffte Erfolg eingetreten, wie die Explantationszahlen der letzten vier Jahre zeigen: 62 (2001), 51 (2002), 70 (2003), 64 (2004). 51 der 69 potentiellen Spenderkliniken Sachsens hatten 2004 keine einzige Explantation, darunter waren auch Schwerpunkt- und Maximalversorgungskrankenhäuser. Die Hälfte aller Explantationen stammte aus den

beiden Universitätskliniken (Leipzig 16, Dresden 15) bzw. mehr als 2/3 aller Explantationen kamen aus den beiden Universitätskliniken und drei weiteren Kliniken (Klinikum Chemnitz sieben, KKH Freiberg und Klinikum Görlitz je drei). Der Mangel ist offensichtlich. Zwei Hauptgründe kommen in Betracht: Zum einen die hohe Ablehnungsrate zur Organspende in der Bevölkerung, zum anderen die ungenügende, sogar widerstrebende Beachtung des Transplantationsgesetzes. So stieg in Sachsen im vergangenen Jahr die Ablehnungsrate von 31,5 Prozent (2003) auf 38,4 Prozent (2004), in Deutschland insgesamt von 34,8 Prozent (2003) auf 37,3 Prozent (2004). Dagegen fiel die Ablehnungsrate in Sachsen-Anhalt von 31,3 Prozent (2003) auf 25,0 Prozent (2004). Die Analyse in Zusammenarbeit mit der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) wird nicht einfache Schlüsse zulassen. Ebenso bedarf die Durchsetzung des Transplantationsgesetzes vor allem die positive Motivation des ärztlichen und pflegerischen Personals auf den Intensivstationen, um sich bei Patienten im Vorfeld des Hirntodsyndroms dieser zutiefst humanen Aufgabe mit Überzeugung zuzuwenden. Nicht zuletzt scheint die Mentorenliste der AG Hirntoddiagnostik nicht in allen Kliniken bekannt bzw. als Angebot verstanden worden zu sein, obwohl alle 69 Kliniken persönlich angeschrieben wurden. Gemeinsam mit der DSO Region Ost gilt es, die Betreuung gerade dieser 51 von 69 Kliniken zu verbessern. Weitere Themen der AG waren neben der Hirntodbestimmung bei Kindern und deren Situation an den 34 sächsischen Kinderintensivstationen auch die Verbesserungen in der „Aufwands-erstattung für die Krankenhäuser“.

## 6.12

### Berufsbildungsausschuss Arzthelferinnen

#### (Dr. Bernhard Ackermann, Zwickau, Vorsitzender)

Der Berufsbildungsausschuss „Arzthelferinnen“ befasste sich in der vierten Sitzung der Berufungsperiode 2001/2004 am 20.11.2004 mit der Auswertung der Ergebnisse der Abschlussprüfungen und der Zwischenprüfung, der Novellierung der Ausbildungsverordnung und des Berufsbildungsgesetzes und der Ausbildung zur Arzthelferin an Kliniken.

Die Auswertung der Abschlussprüfungen 2004 für Sachsen ergab im Ergebnisvergleich der Prüfungsergebnisse zum Jahr 2003 eine Verschlechterung in drei von vier Prüfungsfächern.

#### Durchschnitt der Prüfungsergebnisse

Jahr	2003	2004
Medizin	3,2	3,5
Verwaltung	3,6	3,6
Wirtschafts- und Sozialkunde	3,6	3,9
Praktische Übungen	2,9	3,2
Gesamtpredikat	3,5	3,7
Nichtbestandene Prüfung in Prozent	9,2	14,8
Teilnehmer	305	297

Von den Mitgliedern der Prüfungsausschüsse wurden auch in diesem Jahr für die im Gesamtpredikat mit ausreichend bewertenden Prüfungsergebnisse als Ursachen angegeben:

- die schlechter werdenden Zugangsvoraussetzungen der Auszubildenden
- die schlechter werdende Allgemeinbildung
- die fehlende Motivation
- Zusammenhänge können nicht erfasst werden

- Auszubildende, die in allen drei Ausbildungsjahren mangelnde Leistungen zeigen, sind in der Regel auch die Auszubildenden, welche die Abschlussprüfung nicht bestehen.

Die Zwischenprüfung 2004 ergab im Vergleich zum Vorjahr eine geringfügige Verbesserung.

#### Ergebnisse der Zwischenprüfung

Jahr	2001	2002	2003	2004
Teilnehmer	263	266	267	285
Durchschnitt	3,4	4,0	4,0	3,8

Der fehlende Stellenwert der Zwischenprüfung bewirkt nach wie vor keine Motivation für gute Ergebnisse in der Zwischenprüfung.

Ein Vergleich der registrierten Ausbildungsverhältnisse zum Vorjahr zeigt einen Rückgang um mehr als 20 Prozent, die Zahl der Umschulungsverhältnisse ist steigend.

#### Ausbildungsverhältnisse

Jahr	2001	2002	2003	2004
Auszubildende	280	281	262	210
Umschüler/innen	30	53	45	53

Ursache für den Rückgang der Ausbildungsverhältnisse ist die wirtschaftliche Situation in den Arztpraxen. Ausbildungsbereite Ärzte klagen aber auch über fachlich nicht geeignete Bewerber. Bei der Auswahl einer Bewerberin spielt neben den Noten des Schulabschlusszeugnisses zunehmend die persönliche Reife eine Rolle. Gegenwärtig ist das Verfahren zur Novellierung der Ausbildungsverordnung, welche in Zusammenarbeit der Sachverständigen der Bundesärztekammer, des Berufsverbandes der Arzt-, Zahnarzt- und Tierarzthelferinnen sowie ver.di und dem Bundesinstitut für Berufsbildung erarbeitet wird, ausgesetzt. Umstritten ist bei den Verhandlungspartnern die Zeitdauer des praktischen Teils der Abschlussprüfung. Der Berufsverband der Arzt-, Zahnarzt- und Tierarzthelferinnen plädiert gemeinsam mit dem Bundesinstitut für Berufsbildung und dem Bundesministerium für Bildung und Forschung für eine gegenüber der aktuellen Ausbildungsverordnung deutlich verlängerte praktische Prüfung im Umfang von 90 Minuten. Der Vorstand der Bundesärztekammer hat sich einstimmig auf eine kürzere praktische Abschlussprüfung (von 60 Minuten) festgelegt. Damit wurde seitens des Berufsverbandes der Arzt-, Zahnarzt- und Tierarzthelferinnen das Novellierungsverfahren unterbrochen. Im Februar 2005 wird das Bundesgesundheitsministerium mit den beteiligten Spitzenorganisationen versuchen, in einem Gespräch noch einen Konsens zu ermöglichen. Wenn dies nicht gelingt, wird das Verfahren auf unbestimmte Zeit ausgesetzt. Einigkeit besteht bei den Verhandlungspartnern über die neue Berufsbezeichnung – Medizinische Fachangestellte.

Zur Neuordnung des Berufsbildungsgesetzes, jetzt Berufsbildungsreformgesetz, liegt ein Kabinettsentwurf vor. Die von den Ärztekammern eingebrachten Änderungsvorschläge wie Verlängerung der Probezeit auf sechs Monate, Lockerung der Kündigungsmöglichkeiten nach der Probezeit, Einbeziehung des Ergebnisses der Zwischenprüfung, einheitlicher Tag für das Bestehen der Abschlussprüfung wurden nicht berücksichtigt. Die Neuregelung zur fachlichen Eignung des Auszubildenden in den Freien Berufen wird auch mit inhaltlichen



Konsequenzen verbunden sein. Freiberufler müssen vor der Erlaubnis zur Ausbildung erst eine angemessene Zeit praktisch tätig gewesen sein. Arzthelferinnen können als Ausbilder fungieren, solange dies nicht durch eine Rechtsverordnung unterbunden wird. Die beabsichtigte Veränderung des Status quo, das heißt fachlich geeignet ist, wer als Arzt approbiert ist, wird vom Bundesverband der Freien Berufe im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer kritisiert.

Zur Sicherung der Qualität der Ausbildung von Arzthelferinnen in Klinikambulanzen wurde beraten, inwieweit die Ausbildungsinhalte der Arzthelferin in diesen Einrichtungen vermittelt werden können und ob eine Eignung der Ausbildungsstätte vorliegt. Ausbildungsinhalte, die auf Grund der Spezifik der Klinikambulanzen nicht vermittelt werden können, sind durch externe oder interne Hospitationen abzusichern.

## 7

### Gesundheitspolitische Arbeit und Auslandskontakte

#### 7.1

##### **Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen (Dr. Gisela Trübsbach, Dresden, Vorstandsmitglied)**

Das Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen hat im Jahr 2004 regelmäßige Treffen mit allen 30 Partnern in der Sächsischen Landesärztekammer durchgeführt. Das war vor dem Hintergrund der Gesundheitsreform von großer Bedeutung, um die Auswirkungen auf die verschiedenen Bereiche der Heilberufe diskutieren und gegenüber der Öffentlichkeit darstellen zu können.

Zusätzlich begann eine Redaktionsgruppe mit der Erarbeitung eines Positionspapiers zur „Weiterentwicklung des Gesundheitswesens“. Dieses Positionspapier soll Anfang 2005 der Öffentlichkeit vorgestellt werden und eine Diskussion über die Zukunft einer solidarischen Krankenversicherung anregen.

#### 7.2

##### **Deutsch-polnische Arbeitsgruppe (Dr. Helmut Schmidt, Hoyerswerda, Vorsitzender)**

Nachdem im Jahr 2003 das 2. Deutsch-polnische Symposium „Vergangenheit verstehen – Zukunft gestalten“ in Meißen mit großer Resonanz durchgeführt werden konnte, hat die Arbeitsgruppe im Jahr 2004 ihre Arbeit auf den direkten Austausch von Themen und Problemen zwischen der Sächsischen Landesärztekammer und der polnischen Niederschlesischen Ärztekammer fokussiert. Ein zentrales Element bildete dabei der Ärztemangel in Sachsen und die Anstellung von Ärzten aus den osteuropäischen Ländern. Nach der Erweiterung der Europäischen Union im Mai 2004 kam es nach einhelliger Auffassung zu keiner Ärzteschwemme aus Polen. Zwar lagen in Breslau bis zum November 2004 rund 250 Anträge auf eine Auslandstätigkeit vor, doch werden nicht alle Anträge auch in die Tat umgesetzt.

Auf einer gemeinsamen Vorstandssitzung der Sächsischen Landesärztekammer und der polnischen Niederschlesischen Ärztekammer vom 09. bis 10.10.2004 in Dresden wurden die ersten Auswirkungen der Erweiterung der Europäischen Union diskutiert. Zudem erfolgte der fachliche Austausch über die Weiterbildung, die Fortbildung und die Berufsordnung in den beiden Nachbarländern. Dadurch konnten wichtige Erkenntnisse über die jeweiligen Gesundheitssysteme gewonnen und Fragen der Anpassung erörtert werden.

Vertreter der Sächsischen Landesärztekammer waren zudem Gäste der Feierlichkeiten anlässlich des 15-jährigen Bestehens der polnischen Niederschlesischen Ärztekammer im November 2004. Ende des Jahres begannen die Vorbereitungen zum 3. Deutsch-polnischen Symposium, welches vom 09. bis 11.09.2005 in Breslau stattfinden wird.

## 8

### **Sächsische Ärzteversorgung (13. Geschäftsjahr) (Dr. Helmut Schmidt, Vorsitzender des Verwaltungsausschusses)**

Das Geschäftsjahr 2004 stand ganz im Zeichen der Europäischen Koordinierung entsprechend der Verordnung 1408/71 und den Auswirkungen des Alterseinkünftegesetzes. Nach gründlicher Vorbereitung durch die Gremien und die Verwaltung konnte die Erweiterte Kammerversammlung am 26.06.2004 die dazu notwendigen Satzungsänderungen beschließen. Weitere ergänzende Änderungen, aufgrund der neuesten Vorgaben des Bundesministeriums für Finanzen, werden in der kommenden Erweiterten Kammerversammlung folgen. Vorrangige Aufgabe des Versorgungswerkes bleibt nach wie vor die Vermehrung und Sicherung des Kapitalvermögens als Grundlage für eine stabile Leistungsgewährung.

Die Situation an den Kapitalmärkten stellte sich im Jahr 2004 wesentlich erfreulicher dar als in den beiden Jahren zuvor. Neben der positiven Markttendenz hat die primär sicherheitsorientierte Anlagestrategie zur deutlichen Steigerung der Kapitalerträge beigetragen. Die im Vergleich zum Vorjahr weiter angestiegenen Beitragseinnahmen, eine ökonomische Haushaltsführung und eine konsequente Anlagepolitik unter Hinzunahme professioneller Beratung, garantierten die kontinuierliche Entwicklung des Versorgungswerkes zum Nutzen seiner Mitglieder. Das Vermögen der Sächsischen Ärzteversorgung wird aufgrund der Mitgliederstruktur in den folgenden Jahren weiter dynamisch wachsen. Die Aufwendungen zur Einführung der berufsständischen Richttafeln konnten in vollem Umfang bereitgestellt werden, so dass das Versorgungswerk auch weiterhin auf gesicherten biometrischen Annahmen fußt. Mit Beachtung dieser versicherungsmathematischen Grundsätze und einer soliden Finanzierung werden nicht nur die zur Zeit eingewiesenen Versorgungsleistungen garantiert, sondern das Versorgungswerk übernimmt auch die Zusage für künftige Versorgungsansprüche. Im Jahr 2004 verzeichnete die Sächsische Ärzteversorgung einen Nettozugang von 243 Mitgliedern und erreichte zum Jahresende mit einem aktiven Mitgliederbestand von insgesamt 12.991 Aktiven einen, aus versicherungsmathematischer Sicht, weiterhin komfortablen Zustand. Das Beitragsvolumen des Geschäftsjahres in Höhe von 108,1 Mio. EUR führte, entgegen allen äußeren Einflussfaktoren, mit einer Steigerung von ca. 5 Prozent, zu einer beachtenswerten Beitragsdynamik.

Bis zum Ende des 13. Geschäftsjahres gewährte die Sächsische Ärzteversorgung insgesamt 39,8 Mio. EUR für Leistungen in den Bereichen Hinterbliebenen-, Alters- oder Berufsunfähigkeitsversorgung, davon allein rund 11,0 Mio. EUR im Jahr 2004. Zum 31.12.2004 zahlte die Versorgungseinrichtung an 312 Hinterbliebene, an 74 Berufsunfähige und an 1.204 Altersruhegeldempfänger Renten nach den Bestimmungen der Satzung.

Zum 01.01.2005 konnten alle Anwartschaften und laufenden Versorgungsleistungen um 4 Prozent dynamisiert werden.

Zur Wahrnehmung seiner satzungsgemäßen Aufgaben trafen sich die Mitglieder des Verwaltungsausschusses als geschäftsführendes Organ zu elf Beratungen und diskutierten monatlich die wirtschaft-

liche Situation des Versorgungswerkes, vor allem den Kapitalmarkt und die daraus resultierenden Anlagestrategien, informierten sich u.a. über die Beitragssituation, den Stand der Leistungsgewährung und andere anstehende Probleme. Die Ehrenamtler waren darüber hinaus bei Beratungen in Kapitalanlageausschüssen tätig und berieten über Anträge zur Berufsunfähigkeit bzw. zur Rehabilitation. Wie inzwischen langjährige Tradition, kam der Verwaltungsausschuss dem Informationsbedürfnis der Mitglieder auf Informationsveranstaltungen in den Kreisärztekammern nach. Veröffentlichungen im Ärzteblatt Sachsen und eine umfangreiche Präsentation im Internet ([www.saev.de](http://www.saev.de)) ergänzen die Bemühungen um eine sachliche Information der Mitglieder.

Der Aufsichtsausschuss nahm als überwachendes Organ seine Aufgaben gemäß § 4 Absatz 8 SSÄV in drei Sitzungen wahr und informierte sich regelmäßig über die Geschäftstätigkeit.

Am 26.06.2004 tagte die 15. Erweiterte Kammerversammlung, höchstes Organ der Sächsischen Ärzteversorgung, auf der die ärztlichen und tierärztlichen Mandatsträger Beschlussfassungen zum Jahresabschluss 2003, zum Geschäftsbericht, zur Satzungsänderung und zur Rentenbemessungsgrundlage und Dynamisierung der laufenden Renten und Anwartschaften zum 01.01.2005 vornahmen. Die Rechenschaftslegung ergab, dass die Mittel der Sächsischen Ärzteversorgung entsprechend § 7 Absatz 1 SSÄV nur zur Bestreitung der satzungsgemäßen Leistungen und der notwendigen Verwaltungskosten verwendet wurden. Die Erweiterte Kammerversammlung erteilte dem Aufsichtsausschuss und dem Verwaltungsausschuss Entlastung.

(Detaillierte Angaben zum Geschäftsverlauf und zum Ergebnis enthält der „Geschäftsbericht 2004 – Sächsische Ärzteversorgung“. Er kann von Mitgliedern der Sächsischen Ärzteversorgung nach Beschlussfassung durch die Erweiterte Kammerversammlung am 25.06.2005 eingesehen bzw. angefordert werden.)

## 9 Hauptgeschäftsführung

### 9.1 Hauptgeschäftsstelle

(Ch. Evelyn Körner, Sekretariat)

Die ehrenamtliche Tätigkeit der Ärztinnen und Ärzte in der Sächsischen Landesärztekammer erfolgt mit hohem Engagement und sehr viel Kompetenz. Unterstützt werden sie dabei von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Hauptgeschäftsstelle mit einer funktions-tüchtigen, effizienten und flexibel arbeitenden Verwaltung. Technische Neuerungen, Prozessoptimierungen und moderne Arbeitsmittel werden optimal eingesetzt, um Reserven im Arbeitsablauf zu nutzen und auftretende Mängel zu beseitigen.

Per 31.12.2004 waren in der Hauptgeschäftsstelle in Dresden 65 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, davon in den Bezirksstellen Chemnitz eine und Leipzig zwei Mitarbeiterinnen beschäftigt. In der Verwaltung der Sächsischen Ärzteversorgung waren am 31.12.2004 insgesamt 29 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die ärztlichen und tierärztlichen Mitglieder tätig.

Nachfolgende Zahlen verdeutlichen die im vergangenen Jahr geleistete umfangreiche Verwaltungsarbeit der Sächsischen Landesärztekammer.

Bearbeitung, Erteilung bzw. Ausstellung von:

383	Weiterbildungsbefugnissen
962	Anerkennungen nach der Weiterbildungsordnung
681	Fachkunden
396	Fortbildungszertifikate
3.891	Zertifizierungen von Fortbildungsveranstaltungen
1.063	Arztausweise (mit Gebühr)
359	Arztausweise (Verlängerung)
87	Schilder „Arzt-Notfall“
380	Anträge an die Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen
1.923	Patientenbeschwerden/-anfragen
44	Anträge auf Genehmigung von Zweigpraxen
114	Anträge auf Beitragsermäßigung, -stundung oder -erlass
	im Arzthelferinnenwesen:
210	registrierte Ausbildungs- und Umschulungsverträge
285	Teilnehmerinnen an Zwischenprüfungen
297	Teilnehmerinnen an Abschlussprüfungen.

Der tägliche Postein- und -ausgang ist im Vergleich zum Vorjahr weiter angestiegen. Die zu bearbeitenden Sendungen lagen bei ca. 640 Stück pro Tag.

An der Sächsischen Landesärztekammer wurden 590 Veranstaltungen, wie zum Beispiel Sitzungen der Ausschüsse, Vorstandssitzungen, Kammerversammlungen, Seminare, Fortbildungsveranstaltungen mit 20.436 Teilnehmern durchgeführt, die von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Hauptgeschäftsstelle vorbereitet, organisiert und betreut wurden. Die für diese Veranstaltungen nutzbaren Räumlichkeiten wurden bestmöglich auch an den Wochenenden ausgelastet. Neun Konzerte der „Jungen Matinee“ der Dresdner Musikschulen und der Musikhochschule „Carl Maria von Weber“, sechs Vernissagen von Künstlern, vorrangig aus Sachsen, waren die kulturellen Höhepunkte des vergangenen Jahres. 1.268 Gäste bestätigten den Erfolg dieser schon traditionellen Veranstaltungen, die von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Hauptgeschäftsstelle zusätzlich zu ihren Dienstaufgaben vorbereitet, organisiert und betreut wurden. Allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Sächsischen Landesärztekammer und der Sächsischen Ärzteversorgung wird für ihr aktives Mitwirken, ihre engagierte Arbeit im Dienste der sächsischen Ärzteschaft, ihre Einsatzfreude sowie ihr freundliches Auftreten bei allen Anfragen und Belangen herzlich gedankt.

#### 9.1.1

##### Rechtsabteilung

(Ass. jur. Michael Kratz, Rechtsreferent;

Ass. jur. Alexander Gruner, Rechtsreferent)

##### 1. Allgemeine Rechtsangelegenheiten

Zu den Aufgaben der Rechtsabteilung zählen die Beratung der Organe der Sächsischen Landesärztekammer in allen Rechtsangelegenheiten, Bearbeitung berufsrechtlicher und berufsethischer Angelegenheiten, einschließlich Widersprüche und Prozessführung. Die Einführung des Verwaltungsinformationssystems VISkompakt im Jahr 2004 unterstützt die rationelle und termingerechte Bearbeitung der vielfältigen Aufgaben der Rechtsabteilung. Dabei ist das große Engagement der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sich neuen Aufgaben und Strukturveränderungen zu stellen und die ihnen übertragenen Aufgaben zu erfüllen, zu würdigen.

Im Jahre 2004 betrafen 172 Angelegenheiten die Beantwortung von Anfragen zu gesetzlichen Regelungen und die Übermittlung von Unterlagen, die Erarbeitung von Stellungnahmen zu Gesetzesvorhaben auf Bundes- und Landesebene, die juristische Begleitung der Umsetzung von (Muster-) Weiterbildungsordnung und (Muster-) Berufsordnung in Landesrecht, aber auch die Unterstützung von Ausschüssen und Kommissionen der Sächsischen Landesärztekammer. Die Rechtsabteilung arbeitet eng mit den anderen Geschäftsbereichen und Referaten der Sächsischen Landesärztekammer zusammen und leistet bei Bedarf Zuarbeit. Exemplarisch soll dies an der Zusammenarbeit mit dem Kaufmännischen Geschäftsbereich im Rahmen der Feststellung ärztlicher/nichtärztlicher Tätigkeit dargestellt werden.

*Feststellung der ärztlichen/nichtärztlichen Tätigkeit*

	2000	2001	2002	2003	2004
ärztliche Tätigkeit	35	24	36	28	14
keine ärztliche Tätigkeit	10	15	13	11	7
in Bearbeitung	1	11	21	16	16
ohne Klärung	0	0	1	2	1
<b>Gesamt</b>	<b>46</b>	<b>50</b>	<b>71</b>	<b>57</b>	<b>38</b>

*2. Verwaltungsrechtliche Angelegenheiten*

*2.1. Bearbeitung von Widersprüchen gegen Verwaltungsakte der Sächsischen Landesärztekammer*

Insgesamt sinkt die Anzahl der zu bearbeitenden Widersprüche. Besonders deutlich wird dies bei den Widersprüchen zur Kammerbeitragsveranlagung. Dort konnten die meisten Problemstellungen bereits im Ausgangsverfahren gelöst werden. Demgegenüber stieg die Anzahl der Widersprüche gegen Entscheidungen im Sinne der Weiterbildungsordnung leicht an. Die Widerspruchsverfahren sind von zunehmender Komplexität, etwa in Bezug auf das Recht der Europäischen Union, gekennzeichnet.

*Widerspruchsverfahren*

	Stattgabe/ teilweise Stattgabe	Ablehng.	Rück- nahme	Berich- tigung	Gerichtl. Vergleich	in Bear- beitung	Gesamt
Berufsrecht	2	0	0	0	0	1	3
Weiterbildung	1	4	1	0	0	2	8
AH-Wesen	0	1	0	0	0	0	1
Beiträge	0	5	4	3	0	21	33
Gebühren	0	0	0	0	0	3	3
<b>Gesamt</b>	<b>3</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>27</b>	<b>48</b>

*Widerspruchsverfahren von 2000 bis 2004*

	2000	2001	2002	2003	2004
Berufsrecht	2	4	1	2	3
Weiterbildung	24	7	5	5	8
AH-Wesen	3	0	1	1	1
Beiträge	198	199	97	44	33
Gebühren	4	4	6	5	3
<b>Gesamt</b>	<b>231</b>	<b>214</b>	<b>110</b>	<b>57</b>	<b>48</b>

*2.2. Verwaltungsgerichtliche Verfahren*

Naturgemäß führte die Abnahme von Widerspruchsverfahren auch zu einem Rückgang gerichtlicher Verfahren als weiterer Prüfungs-

instanz. Da Letztere hinsichtlich ihres zeitlichen Ablaufs kaum beeinflussbar sind, kommt es zu Überhängen aus den Vorjahren.

*Verwaltungsgerichtliche Verfahren*

	Klagen Gesamt	Neuer Post- eingang	Überhänge aus Vor- jahren	Klage- abweisung	Klage- stattgabe
Berufsrecht	2	0	2	0	0
AH-wesen	0	0	0	0	0
Weiterbildung	1	0	1	1	0
Finanzen	3	1	2	2	0
<b>Gesamt</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>0</b>

*3. Bearbeitung von berufsrechtlichen Angelegenheiten*

Berufsrechtliche Angelegenheiten werden auf der Grundlage der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer bearbeitet und bewertet. Dabei wird der Ausschuss Berufsrecht bei Sachverhalten von grundsätzlicher Bedeutung für die Ausübung des ärztlichen Berufes und bei berufsbezogenen Streitigkeiten unter Kammermitgliedern, soweit diese nicht im Vermittlungsverfahren gelöst werden können, sowie bei inhaltlich komplexen Patientenbeschwerden beteiligt.

*Berufsrechtliche Angelegenheiten von 2000 bis 2004*

	2000	2001	2002	2003	2004
mit Ausschuss Berufsrecht	289	360	428	468	734
ohne Ausschuss Berufsrecht	609	776	1009	1151	1189
<b>Gesamt</b>	<b>898</b>	<b>1136</b>	<b>1437</b>	<b>1619</b>	<b>1923</b>

*3.1. Übersicht berufsrechtliche Angelegenheiten*

Mit der Bearbeitung dieser Angelegenheiten kommt die Sächsische Landesärztekammer ihrem gesetzlichen Auftrag nach, auf ein gedeihliches Verhältnis der Mitglieder zueinander hinzuwirken und bei berufsbezogenen Streitigkeiten unter den Mitgliedern und bei der Berufsausübung betreffenden Streitigkeiten zwischen Mitgliedern und Dritten auf Antrag eines Beteiligten zu vermitteln (§ 5 Abs. 1 Nr. 6 Sächsisches Heilberufekammergesetz).

- Im Jahre 2004 wurden 1923 berufsrechtliche Angelegenheiten an die Sächsische Landesärztekammer herangetragen, darunter
  - 488 Patientenfragen,
  - 720 Patientenbeschwerden und
  - 52 Arztbeschwerden über Berufskollegen.

*Berufsrechtliche Angelegenheiten 2004*

	ohne Beteiligung des Ausschusses Berufsrecht	mit Beteiligung des Ausschusses Berufsrecht
Allgemeine Anfragen und Auskünfte (z. B. Zusendung von Unterlagen, insbesondere Patientenverfügungen)	557	8
Auskunftsersuchen zu Meldedaten	64	1
Erteilung von „good standing“	129	0
Allgemeine ärztliche Berufspflichten/ Beschwerden, Gewissenhafte Berufs- ausübung (§§ 1, 2 BO)	16	340
Vorwurf der unterlassenen Hilfeleistung	1	26

	ohne Beteiligung des Ausschusses Berufsrecht	mit Beteiligung des Ausschusses Berufsrecht	
Abgabe/Verkauf von Produkten bzw. Dienstleistungen – gewerbliche Tätigkeit von Ärzten (§ 3 Abs. 2 i. V. mit § 34 Abs. 5 BO)	1	8	
Fortbildungs- und Qualitätssicherungs- pflicht (§§ 4, 5 BO)	0	3	
Behandlungsgrundsätze – Ablehnung der Behandlung (§ 7 BO)	4	68	
Aufklärungspflicht (§ 8 BO)	6	2	
Anfragen bzw. Verdacht hinsichtlich der Verletzung der ärztlichen Schweige- pflicht (§ 9 BO)	8	9	
Dokumentationspflicht (§ 10 Abs. 1 BO)	7	2	
Aufbewahrung bzw. (Nicht-)Herausgabe von Patientenunterlagen (§ 10 Abs. 2 BO)	41	18	
Honorar- und Vergütungsabsprachen (§ 12 BO)	1	21	
Anfragen/Verstöße gegen § 16 Abs. 4 SächsHKaG (GmbH ...)	1	0	
Niederlassung und Ausübung der Praxis (§ 17 BO)	7	6	
Zweigpraxis, ausgelagerte Praxisräume (§ 18 BO)	30	3	
Haftpflichtversicherung (§ 21 BO)	12	2	
Gemeinsame Berufsausübung (§ 22 i. V. m. Kap. D Nrn. 7 bis 11 BO)	15	2	
Verträge über ärztliche Tätigkeit (§ 24 BO)	16	1	
Anfragen bzw. Verstöße bei der Erstellung von Zeugnissen und Gutachten (§ 25 BO)	12	41	
Werbung (§§ 27, 28 BO)	52	72	
Verzeichnisse/Internet (§ 27 i. V. m. Kap. D Nr. 4, 5 BO)	18	2	
Unkollegiales Verhalten (§ 29 BO)	0	6	
Zusammenarbeit des Arztes mit Dritten (§ 30 BO)	2	13	
Verordnungen, Empfehlungen und Begutachtung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln (§ 34 BO)	1	7	
Praxisaufgabe, -verkauf, -bewertung etc.	2	0	
Anträge zur Genehmigung von Zweig- sprechstunden (§ 18 Abs. 1 BO)	44	2	
Anträge zur Genehmigung der Kennzeichnung einer ausgelagerten Praxisstätte (§ 18 Abs. 2 BO)	22	0	
Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit (§§ 31, 32, 33, 35)	2	11	
Anträge auf Befürwortung einer IVF-Behandlung	111	0	
Mitteilungen der Staatsanwaltschaft	0	17	
Spezialgesetzliche Regelungen (SB u. a.)	7	43	
<b>Gesamt</b>	<b>1189</b>	<b>734</b>	<b>1923</b>

Von der Gesamtzahl berufsrechtlicher Angelegenheiten wurden sieben an die Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen sowie elf an die

für Vermittlungsverfahren zuständigen Kreisärztekammern weitergeleitet.

Die Zahl der zu bearbeitenden berufsrechtlichen Angelegenheiten nimmt wie in den Vorjahren erneut erheblich zu. Letztmalig enthalten in der Übersicht sind die berufsrechtlichen Vorgänge der Zweigpraxen (Zweigsprechstunden) und ausgelagerter Praxisräume. Mit Inkrafttreten der geänderten Berufsordnung zum 01.01.2005 entfällt diese Unterscheidung und die Genehmigungspflicht auf Grund der Möglichkeit, ärztliche Tätigkeit über den Praxissitz hinaus an zwei weiteren Orten durchzuführen.

### 3.2. Berufsrechtliche Verfahren

Verstöße von Kammermitgliedern gegen das ärztliche Berufsrecht, die mit einer Rüge oder einem Berufsgerichtsverfahren zu ahnden wären, sinken. Grund hierfür ist das Bestreben der Kammermitglieder durch frühzeitige Anfragen ihre Tätigkeit berufsrechtskonform auszugestalten, aber auch die fortschreitende Liberalisierung ärztlichen Berufsrechts.

#### Eingeleitete Rüge- und berufsgerichtlichen Verfahren von 2000 bis 2004

	2000	2001	2002	2003	2004
Rügeverfahren	21	17	20	16	9
berufsgerichtliche Verfahren	5	8	4	4	1
<b>Gesamt</b>	<b>26</b>	<b>25</b>	<b>24</b>	<b>20</b>	<b>10</b>

#### 4. Anträge nicht verheirateter Paare auf Durchführung einer IVF-Behandlung

Die Anzahl der zu bearbeitenden Anträge auf Durchführung einer IVF-Behandlung hat sich gegenüber 2002 mehr als verdacht.

#### Anträge zur Durchführung einer IVF-Behandlung

	2002	2003	2004
Anträge zurückgezogen	5	39	18
Anträge zur Beratung der Kommission	8	36	59
davon genehmigt	8	36	57
davon abgelehnt	0	0	2
Anträge noch in Bearbeitung	0	0	34
<b>Gesamt</b>	<b>13</b>	<b>75</b>	<b>111</b>

#### 5. Anfragen zur Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Auch 2004 war eine steigende Zahl von Liquidationsanfragen zu beantworten. Die Komplexität der Gebührenordnung für Ärzte erfordert insofern die Einbeziehung der Bundesärztekammer sowie von Berufsverbänden und Sachverständigen, deren Stellungnahmen in die Beantwortung einfließen.

#### Liquidationsrechtliche Anfragen

	2000	2001	2002	2003	2004
Rechnungsprüfungen	66	65	76	72	73
Allgemeine Anfragen	87	95	137	175	185
<b>Gesamt</b>	<b>153</b>	<b>160</b>	<b>213</b>	<b>247</b>	<b>258</b>

6. *Stellungnahmen zu approbationsrechtlichen Angelegenheiten*  
In Fragen der Rücknahme und des beabsichtigten Widerrufs von Approbationen und Berufserlaubnissen wird die Sächsische Landesärztekammer seitens der Approbationsbehörden im Freistaat Sachsen, den Regierungspräsidien, um Stellungnahme gebeten.

*Stellungnahmen zu approbationsrechtlichen Angelegenheiten*

	2000	2001	2002	2003	2004
Anzahl	2	10	3	3	1

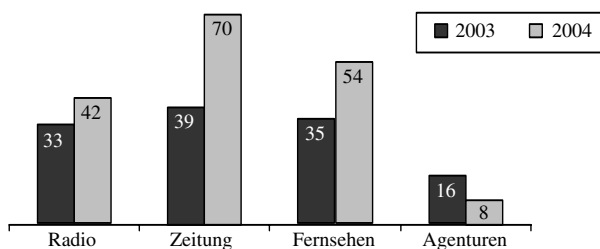
**9.1.2  
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit  
(Knut Köhler, M.A., Referent für  
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit)**

Die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit nimmt eine Mittlerfunktion ein zur allgemeinen Öffentlichkeit auf der einen und zu den Kammermitgliedern auf der anderen Seite. Die Arbeit richtet sich nach einer offenen, auf Transparenz ausgerichteten, Informationspolitik. Es gehört auch zu den Aufgaben der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit die Sichtweisen, Fragen und Erwartungen der Medienvertreter sowie der Öffentlichkeit in der Kammer zu thematisieren. Gleichzeitig transportiert sie wichtige Themen und Meinungen des ärztlichen Berufsstandes zur aktuellen Gesundheits- und Berufspolitik nach außen und bringt diese auf die Agenda.

Wichtigstes Instrument der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit ist die Pressemitteilung. Mit ihrer Hilfe werden neben den aktuellen tagespolitischen Standpunkten auch die Arbeit der Ausschüsse, der Arbeitsgruppen und des Vorstandes weitergegeben. Im Jahre 2004 wurden 50 Pressemitteilungen durch die Sächsische Landesärztekammer den Medien zur Verfügung gestellt. Diese führten nach einer Stichprobenanalyse entweder zu einer direkten Veröffentlichung in den Medien oder zur Anregung für die Bearbeitung des Themas durch einen Journalisten. Durch die Pressestelle erfolgte auch die Anregung oder Vermittlung von 38 Interviews mit dem Präsidenten, dem Vizepräsidenten, den Mitgliedern des Vorstandes oder der Ausschüsse sowie weiterer Ärzte. Die angesprochenen Themen reichten von der allgemeinen Gesundheitspolitik, Aids, Fortbildung über den Ärztemangel in Sachsen bis hin zu Disease-Management-Programmen, Patientenverfügungen und Prävention. Weitere 165 Presseanfragen von Medienvertretern aus dem In- und Ausland wurden ebenfalls bearbeitet. Alle Pressemitteilungen, auch von der Bundesärztekammer, und sonstiges relevante Informationen wurden zudem per Email an alle Vorsitzenden der Kreisärztekammern versendet.

Vor allem Tageszeitungen und das Fernsehen haben den Kontakt zur Pressestelle der Sächsischen Landesärztekammer gesucht (Abbildung).

*Presseanfragen*



Die häufigsten Medienkontakte kamen mit den sächsischen Medienvertretern zustande. Sie sind am stärksten an Informationen der Sächsischen Landesärztekammer interessiert. Daneben gab es auch internationale Kontakte mit dem schwedischen Fernsehen sowie dem tschechischen und österreichischen Ärzteblatt.

Ein weiterer Schwerpunkt des Jahres 2004 war die Konzeption und die Umsetzung einer neuen Homepage für die Sächsische Landesärztekammer. Neben den technischen Fragen kamen vor allem auch die Inhalte und die Struktur der bestehenden Homepage auf den Prüfstand. Zusammen mit einer Grafikerin wurde eine neue Seitengestaltung entwickelt und durch einen externen Partner umgesetzt. Im ersten Quartal 2005 wird die neue Seite freigeschaltet.

Im Laufe des Jahres 2004 ist auch das Gesundheitsinformationssystem für Ärzte und Patienten in Sachsen „gesundheitslotse-sachsen“ verstärkt bekannt gemacht worden. Die Zugriffszahlen auf das Internetportal haben sich im Berichtszeitraum erhöht. Durch die absehbare Umbenennung des Portals in [www.gesundheitsinfo-sachsen.de](http://www.gesundheitsinfo-sachsen.de) zum Jahresbeginn 2005 wurden weitere Aktionen (Postkarten, Plakate) vorbereitet, um die Bürger in Sachsen kurzfristig über die neue Domain zu informieren.

Die Veröffentlichung von Schriften ist ebenfalls ein Bestandteil der Tätigkeit. Anfang des Jahres 2004 erschien eine Informationsbroschüre mit einer Kurzdarstellung der Aufgaben, den Gremien sowie der Geschichte der Sächsischen Landesärztekammer. Diese Broschüre erhalten alle Ärzte, die sich neu bei der Ärztekammer anmelden sowie alle Interessierten.

Für das Ärzteblatt Sachsen und die Internetseite der Sächsischen Landesärztekammer ([www.slaek.de](http://www.slaek.de)) wurden zudem monatlich Beiträge aus der Berufs-, Gesundheits- und Sozialpolitik sowie zu den Veranstaltungen im Kammergebäude erarbeitet. Der Tätigkeitsbericht der Kreisärztekammern und der Sächsischen Landesärztekammer wurden ebenfalls vom Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit zusammengestellt und redaktionell bearbeitet.

Der Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit ist als Vertreter der Sächsischen Landesärztekammer in der Ständigen Konferenz Öffentlichkeitsarbeit und in der Zentralen Redaktionskonferenz der Bundesärztekammer sowie im Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen tätig. Er betreut auch den Gesprächskreis Ethik in der Medizin und die Deutsch-polnische Arbeitsgruppe.

**9.1.3  
Informatik und Verwaltungsorganisation  
(Dipl.-Ing. Bernd Kögler, Informatiker,  
Dipl.-Ing. (FH) Mathias Eckert, Informatiker)**

Der Ausbau der Kommunikationsinfrastruktur zwischen der Sächsischen Landesärztekammer, der Bundesärztekammer und den Ärztekammern sowie der Einsatz übergreifender Softwarelösungen sind zunehmend Aufgabenschwerpunkt des Referates. Insbesondere die vom Gesetzgeber geforderte Pflichtweiterbildung der Ärztinnen und Ärzte sowie die Einführung der elektronischen Patientenakte führen hier zu einem Entwicklungsschub.

Das Referat Informatik und Verwaltungsorganisation ist eng in die Vorhaben zur Einführung der Health Professional Card (HPC, Elektronischer Arztausweis) eingebunden. Auf dem Workshop „Smart Cards in telemedizinischen Netzwerken“ wurde in einem Vortrag zur Ausgabesituation und Personalisierung berichtet. Grundlage hierzu waren sowohl Erfahrungen aus dem Projekt „SaxTeleMed“ als auch

der erreichte Arbeitsstand der Ärztekammern zur Einführung der Health Professional Card.

Die Arbeit der AG Multimedia wurde auch in diesem Berichtsjahr in ihrer Arbeit unterstützt und betreut. Als neue Verwaltungssoftware für die Pflege der Internetseiten der Sächsischen Landesärztekammer wurde ein NPS der Firma DGN ausgewählt. Die Software wird bereits in anderen Ärztekammern genutzt, so dass hier ein Synergieeffekt zu erwarten ist. Das Layout der Internetseite der Sächsischen Landesärztekammer wurde dazu komplett überarbeitet. Ein wichtiger Aspekt war hierbei auch die Realisierung der Barrierefreiheit.

Durch die Trennung von Inhalten und Layout sowie der Verfügbarkeit mehrerer Arbeitsplätze wird es möglich, aktuelle Informationen schneller zu veröffentlichen.

In der Rechtsabteilung wird nunmehr die Vorgangsbearbeitung VIS-Kompakt eingesetzt. Neben der produktiven Einführung der Ende 2003 installierten Software, wurde durch das Referat Informatik eine Erweiterung der Funktionalität zur Abbildung der neuen organisatorischen Abläufen innerhalb der Ethikkommission realisiert.

Im Referat Fortbildung wurde die Ablauforganisation der Erstellung von Fortbildungszertifikaten durch den Einsatz von VIS-Kompakt optimiert. Neben einer erheblichen Zeiteinsparung bei der Bearbeitung von Fortbildungszertifikaten konnte eine schnelle und umfassende Auskunftsfähigkeit des Referats Fortbildung über den Bearbeitungsstand aller Zertifikatsanträge erzielt werden.

Im Bereich des Arzthelferinnenwesens wird seit Jahresbeginn eine im Referat erarbeitete Softwarelösung zur Verwaltung der Ausbildungsverträge genutzt.

Zu den Aufgaben des Referates Informatik gehört die jährliche Ärztestatistik. Am 31.12.2004 waren 18.296 Kammermitglieder, davon 9.287 Ärztinnen, 8.943 Ärzte sowie 28 freiwillige und 38 Zweitmitgliedschaften bei der Sächsischen Landesärztekammer gemeldet. Erstmals wird ein Rückgang im Bereich der Niederlassungen ausgewiesen. Detailangaben, insbesondere zur Altersstruktur, sind im Anhang A dargestellt. Zusätzlich wurden im Berichtsjahr zahlreiche Auswertungen und Statistiken zur Ärzteschaft in Sachsen erstellt.

## 9.2

### Ärztlicher Geschäftsbereich

#### (Dr. Siegfried Herzig, Ärztlicher Geschäftsführer)

Auch im Jahr 2004 kann der Ärztliche Geschäftsbereich, zu dem das Referat Weiterbildung/Prüfungswesen, das Referat Fortbildung, das Referat für Medizinische Sachfragen sowie die Ärztliche Stelle RöV/StrlSchV und die Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung gehören, auf eine erfolgreiche Tätigkeit zurückblicken. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben hochmotiviert ihr Bestes gegeben, um die vielfältigen Aufgaben der einzelnen Referate reibungslos zu bewältigen. Das Jahr 2004 war durch das Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) gekennzeichnet, das viele Fragen und Probleme in der Ärzteschaft aufwarf, die gelöst werden mussten. Eine hohe Zahl von Anfragen zur Praxisgebühr, Arzneimittelverordnung und so weiter sowohl von Patienten als auch Ärzten galt es zu beantworten.

Ein weiterer Höhepunkt waren die vielen Anfragen im Zusammenhang mit der von der Ärzteschaft lang erstrebten Abschaffung des „Arzt im Praktikum“. Dank der guten Zusammenarbeit der Sächsischen Landesärztekammer mit dem Sächsisches Staatsministerium für Soziales und den Regierungspräsidien ging diese Aktion reibungslos vonstatten. Einzelfälle wurden unbürokratisch gelöst.

Das Referat Weiterbildung wurde besonders durch die Vorbereitungen zur Umsetzung der Muster-(Weiterbildungsordnung) in eine sächsische Weiterbildungsordnung gefordert. Dank ausführlicher Diskussion in Ausschüssen und Aussprachen mit Fachgesellschaften und Berufsverbänden zur Problematik des umstrittenen Facharztes für Innere und Allgemeinmedizin im Vorfeld, konnte die Weiterbildungsordnung auf der 30. Kammerversammlung am 26.06.2004 verabschiedet werden. Die Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde steht noch aus, so dass die neue Weiterbildungsordnung nicht wie geplant am 01.01.2005 in Kraft treten konnte. Damit drohte mit dem ebenfalls auf der 30. Kammersammlung beschlossenen außer Kraft treten der Fachkunde Rettungsdienst ein rechtsfreier Raum, so dass die Satzung zur Erteilung des Fachkundenachweises Rettungsdienst über den 01.01.2005 hinaus bis zum Inkraftsetzen der Weiterbildungsordnung fort gilt.

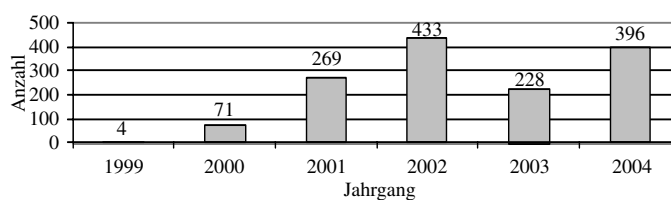
Die Zahl der im Jahr 2004 bearbeiteten Vorgänge zeigt eine deutliche Steigerung, wie im Vergleich zu den zwei vorangegangenen Jahren in der nachfolgenden Tabelle ersichtlich ist.

*Anerkennungen nach der Weiterbildungsordnung und weiterer gesetzlicher Grundlagen außerhalb der Weiterbildungsordnung (zum Beispiel Fachkunden nach Röntgenverordnung, Fachkunde Rettungsdienst) sowie Weiterbildungsbefugnis insgesamt:*

	2002	2003	2004
Gebiete und Schwerpunkte	604	665	684
Fakultative Weiterbildung	55	67	48
Zusatzbezeichnung	203	208	245
Fachkunde nach Weiterbildungsordnung	67	33	14
Fachkunden außerhalb der Weiterbildungsordnung	462	435	609
Weiterbildungsbefugnis	422	355	385
<b>Gesamt</b>	<b>1813</b>	<b>1763</b>	<b>1985</b>

Durch die Ankündigung der Pflichtfortbildung per Gesetz ab dem 01.01.2004 hat der Stellenwert der Fortbildung einen erheblichen Schub erhalten. Unzählige Anfragen galt es zu beantworten und die Ärzte mit den neuen Bedingungen vertraut zu machen. Dies zeigt sich auch in der zunehmenden Anzahl von ausgestellten Fortbildungsdiplomen bzw. -zertifikaten der Sächsischen Landesärztekammer.

*Übersicht der ausgestellten Fortbildungsdiplome bzw. -zertifikate*



Die gesetzliche Grundlage für die zertifizierte Fortbildung wird in der von der 31. Kammerversammlung am 13.11.2004 verabschiedeten Satzung Fortbildung und Fortbildungszertifikat der Sächsischen Landesärztekammer umgesetzt. Innerhalb eines Zeitraumes von fünf Jahren können Ärzte 250 Punkte sammeln.

Einige Zahlen aus dem Referat Fortbildung geben Zeugnis von der umfangreichen Arbeit des Referates.

In der Notfallmedizin wurden 2004 jeweils ein Kurs Leitender Notarzt, Ärztlicher Leiter Rettungsdienst, Refresherkurs für Lei-

tende Notärzte mit insgesamt 83 Teilnehmern durchgeführt. Drei Kurse zur Erlangung der Fachkunde Rettungsdienst wurden von 128 Teilnehmern besucht. Einer der begehrtesten und meistbesuchten Kurse der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung, der auch von Teilnehmern aus anderen Bundesländern gern besucht wird, ist der Kurs für Arbeitsmedizin und Betriebsmedizin. Es wurden vier Kursteile mit insgesamt 172 Teilnehmern durchgeführt.

Ein 80-Stunden-Kurs Allgemeinmedizin mit 65 Teilnehmern fand ebenfalls statt. 16 Reanimationskurse für 260 Teilnehmern über ganz Sachsen verteilt, wurden durchgeführt. Insgesamt 146 Teilnehmer besuchten die Kurse Verkehrsmedizinische Begutachtung, Transfusionsmedizin und Ärztliches Qualitätsmanagement, Spezielle Schmerztherapie und Suchtmedizinische Grundversorgung.

Die allgemeine postgraduale Fortbildung für Ärzte bot zahlreiche Veranstaltungen (18) in einem breitgefächerten Spektrum an, die von insgesamt 853 Ärzten in den Räumen der Sächsischen Landesärztekammer besucht wurden. Im Jahre 2004 konnten 396 Fortbildungszertifikate ausgereicht werden. Seit Einführung der zertifizierten Fortbildung wurden schon 1401 Fortbildungszertifikate ausgegeben. Die Einführung der Fortbildungsplakette hat die Akzeptanz der zertifizierten Fortbildung weiter erhöht. In den Räumen der Sächsischen Landesärztekammer haben im Jahr 2004 590 Veranstaltungen mit insgesamt 20436 Teilnehmern stattgefunden.

Das Gesetz zur Neuordnung des Brandschutzes, Rettungsdienstes und Katastrophenschutzes im Freistaat Sachsen vom 24.06.2004, in dem der Sicherstellungsauftrag der notärztlichen Versorgung im Rettungsdienst den Krankenkassen und ihren Verbänden sowie den Verbänden der Ersatzkassen übertragen wurde, brachte leider keine klaren Bedingungen für die Teilnahme der Ärzte am Rettungsdienst, löste aber viele Fragen und Emotionen bei den Ärzten aus, die es zu beantworten bzw. zu beschwichtigen galt.

Die Zusammenarbeit zwischen der Sächsischen Landesärztekammer und der polnischen Niederschlesischen Ärztekammer wurde weiter gepflegt und vertieft, wobei vor dem Hintergrund des Ärztemangels nach Lösungswegen und Hilfe durch polnische Ärzte gesucht wurde. Die Vorbereitungen für die Durchführung des 3. Deutsch-polnischen Symposiums „Vergangenheit verstehen – Zukunft gestalten“ am 9. und 10.09.2005 in Wrocław sind schon weit gediehen.

Auch in der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung und der Ärztlichen Stelle RöV/StrlSchV wurde eine umfangreiche und qualitätsgerechte Arbeit geleistet (siehe gesonderte Berichterstattung unter 5.5.2 und 5.5.1).

Es kann eingeschätzt werden, dass das turbulente und ereignisreiche Jahr 2004 von allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern durch Einsatz aller ihrer Kräfte, Kenntnisse und Fertigkeiten erfolgreich bestanden wurde.

## 9.3

### **Kaufmännischer Geschäftsbereich**

**(Dipl.-Ök. Kornelia Keller, Kaufmännische Geschäftsführerin)**

#### *1. Finanz- und Rechnungswesen*

Der Jahresabschluss für das Jahr 2003 wurde durch das Referat Finanz- und Rechnungswesen wie in jedem Jahr sehr gut vorbereitet, so dass die Kassen- und Buchprüfung sowie die Erstellung der Jahresabschlussunterlagen durch die Wirtschaftsprüfer reibungslos innerhalb des geplanten Zeitrahmens verlief. Die Übersicht zur Haushaltinsprachnahme wurde dem Finanzausschuss und dem Vorstand

monatlich vorgelegt. Vierteljährlich erfolgte die Übergabe der aktuellen Haushaltinsprachnahme für die einzelnen Kostenstellen an die Geschäftsbereiche und Referate. Bei eventuellen Abweichungen erfolgte eine Bewertung und Klärung der Ursachen mit den verantwortlichen Mitarbeitern.

Die Haushalts- und Investitionsplanung für das Jahr 2005 wurde langfristig unter Einbeziehung aller Geschäftsbereiche und Referate vorbereitet. Der Haushaltsplan 2005 wurde nach gründlicher und kritischer Diskussion im Finanzausschuss und im Vorstand durch die 31. Kammerversammlung am 13.11.2004 beschlossen.

Durch die Zunahme der Bearbeitung von gebührenpflichtigen Vorgängen in den Fachreferaten (zum Beispiel Prüfungen, Zertifizierung von Fortbildungsveranstaltungen, Arztausweise) musste in der Buchhaltung ein steigender Belegumfang bearbeitet werden.

Die Gehaltsrechnung für die Mitarbeiter der Sächsischen Landesärztekammer gestaltet sich durch gesetzlich veränderte Bestimmungen zur betrieblichen und privaten Altersvorsorge, zur Altersteilzeit und zusätzliche Umstellungen zunehmend komplizierter und zeitaufwändiger.

Im Jahr 2004 wurden ca. 4.300 Reisekostenabrechnungen bearbeitet. Die Gesamtübersichten über die einzelnen Reisen gingen den etwa 730 ehrenamtlich tätigen Kammermitgliedern im Februar des Folgejahres zu.

#### *2. Beitragswesen*

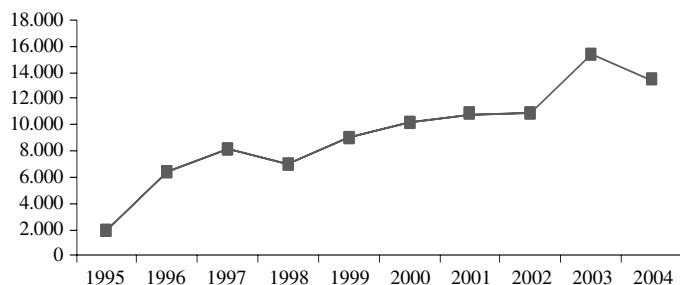
Im Beitragsjahr 2004 konnten bis zum 30.06.2004 13.486 Kammermitglieder zum Kammerbeitrag veranlagt werden, da die ordnungsgemäßen Nachweise vorlagen. Die Einnahmen aus Kammerbeiträgen betragen zum 31.03. 63,4 % und zum 30.06. 102,6 % des Haushaltsplanes. Bis zum Ende des Jahres haben 72 Kammermitglieder nicht reagiert, sie erhielten gemäß der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer einen Festsetzungsbescheid zum Höchstbeitrag in Höhe von 2.500 EUR. Aufgrund vorheriger telefonischer Erinnerung der säumigen Kammermitglieder durch die Mitarbeiter des Referates Beitragswesen vor Festsetzung des Höchstbeitrages konnte die Zahl der Festsetzungen gegenüber dem Vorjahr weiterhin gesenkt werden.

Gegenüber dem Vorjahr hat sich die Zahl der Kammermitglieder, die der Sächsischen Landesärztekammer eine Einzugsermächtigung für den Kammerbeitrag gegeben haben, weiter erhöht. Trotz dieser positiven Entwicklung hat sich die Zahlungsmoral der durch Überweisung zahlenden Kammermitglieder verschlechtert, so dass etwa jedes 20. Kammermitglied gemahnt werden musste (im Vorjahr jedes 30. Kammermitglied).

707 Kammermitglieder, das entspricht 4,1 %, konnten noch nicht zum Kammerbeitrag 2004 veranlagt werden, da Fristverlängerungen für die Vorlage der Nachweise gewährt wurden beziehungsweise Widersprüche oder Anträge nach § 9 der Beitragsordnung auf Stundung, Ermäßigung oder Erlass im laufenden Jahr noch nicht abgeschlossen werden konnten.

Die Verringerung des Schriftverkehrs beruht sowohl auf zunehmendem Verständnis der neuen Beitragsordnung durch die Kammermitglieder als auch auf einer Verstärkung der telefonischen Nachfragen durch die Mitarbeiter des Referates Beitragswesen. Da auf diesem Wege viele Widersprüche geklärt werden konnten, erfolgte somit auch eine Entlastung der Rechtsabteilung.

### Entwicklung des Schriftverkehrs im Beitragswesen



Im Jahr 2004 mussten die nachfolgend aufgeführten Zwangsvollstreckungen bei den Finanzämtern beantragt und durchgeführt werden:

	Eingereichte Zwangsvollstreckungen	Durchgeführte Zwangsvollstreckungen	Rücknahme Zwangsvollstreckungen
Bußgeldbescheide	3	1	0
Gebührenbescheide	7	3	0
Kammerbeitrag 1997	1	0	0
Kammerbeitrag 1998	2	2	0
Kammerbeitrag 1999	4	2	0
Kammerbeitrag 2000	5	1	0
Kammerbeitrag 2001	18	8	2
Kammerbeitrag 2002	49	27	1
Kammerbeitrag 2003	53	31	1
Kammerbeitrag 2004	6	3	1
<b>Gesamt</b>	<b>148</b>	<b>75</b>	<b>5</b>

Die Differenz von eingereichten zu durchgeführten Zwangsvollstreckungen ergibt sich aus der Dauer des Verfahrens über das Jahr 2004 hinaus, aus Wohnortwechsel und damit Änderung des zuständigen Finanzamtes sowie aus Insolvenz und Zahlungsunfähigkeit der betroffenen Kammermitglieder.

114 Anträge gemäß § 9 der Beitragsordnung auf Stundung, Ermäßigung oder Erlass des Kammerbeitrages wurden mit den angeforderten Unterlagen aufbereitet und vom Finanzausschuss entschieden.

### 3. Interne Verwaltung/Hausverwaltung

Die Aufgaben im Gebäudemanagement konzentrieren sich vor allem auf die planmäßige Instandhaltung des Grundstückes und Gebäudes der Sächsischen Landesärztekammer. Diese beinhalten neben den wöchentlichen Begehungen des Gemeinschaftseigentums und deren Dokumentation die Kontrolle der abgeschlossenen Wartungsverträge mit ausgewählten Fachfirmen, die Auswertung der Wartungsprotokolle und die Angebotseinholung und Vergabe von notwendigen Instandsetzungen, Reparaturleistungen und Ersatzinvestitionen. Schwerpunkte der technischen Hausverwaltung war im Berichtszeitraum der Austausch der Wasserzähler infolge des Ablaufes der gesetzlich vorgeschriebenen Eichgültigkeit und die Behälterrevision der Feuerlöscher entsprechend den Richtlinien der DIN 14406/4. Das Berufsregister wurde durch die Installation von fünf Meldeeinrichtungen an die vorhandene Brandmeldeanlage angeschlossen.

Die vertraglich festgelegten Dienstleistungen für Unterhaltsreinigung, Empfangs- und Sicherheitsdienste, Grünanlagenpflege und Haustechnikerleistungen werden von der Hausverwaltung koordiniert und überwacht.

Am 07.05.2004 wurde die 4. Eigentümerversammlung durchgeführt und dabei die Jahresrechnung für das Jahr 2003 bestätigt und dem Verwalter Entlastung erteilt. Der Wirtschaftsplan und der Instandhaltungsplan für das Jahr 2004 wurden bestätigt.

Die interne Verwaltung konzentriert sich auf die Vorbereitung und Durchführung der im Kammergebäude stattfindenden Veranstaltungen und Tagungen, auf die Betriebsbereitschaft und Bereitstellung von Konferenz- und Haustechnik, die Beschaffung, Verwaltung und Verteilung von Büro- und Verbrauchsmaterial und Fachliteratur, die Auslösung von Druckaufträgen, die Bestellung und Verteilung von Bahn- und Flugtickets sowie die Reservierung von Hotels für Dienstreisen. Weiterhin erfolgt der tägliche Post- und Paketversand und das Kopieren, Heften und Binden von Akten, Unterlagen und Dokumenten für alle Bereiche der Sächsischen Landesärztekammer.

Nach Ablauf der Leasingverträge für die Kopierer wurden neue Leasingverträge kostenneutral abgeschlossen, die durch teilweise komplexere Ausstattung die Kopierarbeiten rationalisieren.

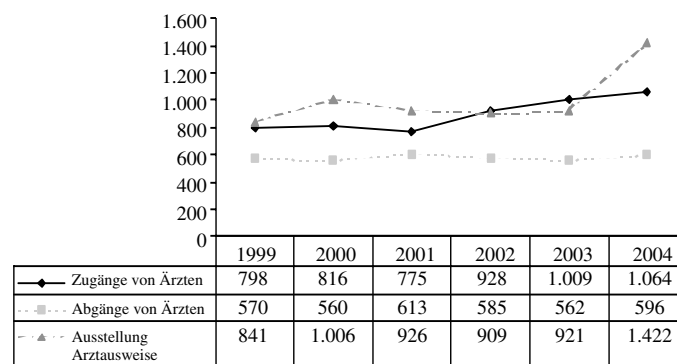
Die organisatorischen Aufgaben sind die Erfassung von Neuzugängen und Abgängen in der Anlagenbuchhaltung, die Inventarisierung und die Durchführung der jährlichen Inventur ausgewählter Betriebsmittel, die Rechnungskontrolle und Nachweisführung zur Betriebskostenabrechnung, die Datenpflege des elektronischen Zeiterfassungssystems und der Telefonanlage mit Gebührenerfassung und Displayänderungen und die Überwachung der Schließanlage.

Durch die interne Verwaltung wird entsprechend § 11 Arbeitssicherheitsgesetz der Ausschuss für Arbeitssicherheit geleitet und die sicherheitstechnische und arbeitsmedizinische Betreuung der Mitarbeiter gewährleistet. Im Berichtszeitraum wurde für 16 Mitarbeiter der Refresherkurs „Frühdefibrillation“ organisiert.

### 4. Berufsregister

Der Schwerpunkt der Arbeit des Referates Berufsregister ist die Aufnahme und Pflege aller Daten der Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer. Dazu gehören sowohl die Aufgaben rund um die Begründung und die Beendigung der Mitgliedschaft als auch das Aktualisieren der bestehenden Daten. Die Mitarbeiter des Referates Berufsregister hatten im Jahr 2004 eine steigende Fallzahl zu bewältigen.

### Entwicklung wichtiger Kennzahlen



Fester Bestandteil der Arbeit sind die Aktualisierungen der Privatschriften, Dienstadressen und Tätigkeiten. Die bekannt gewordenen



Veränderungsmeldungen kamen entweder von den betreffenden Ärzten selbst (so laut Meldeordnung der angestrebte Fall), von den Geschäftsbereichen und Referaten oder von Dritten. Es wurden ca. 5.400 Privatadressen und ca. 5.800 Dienstanschriften in die Datenbank eingegeben. Hinzu kamen ca. 7.200 Änderungen der Tätigkeiten. Mitteilungen des Deutschen Ärzteverbandes (Deutsches Ärzteblatt) oder der Leipziger Verlagsanstalt GmbH (Ärzteblatt Sachsen), die vorwiegend die Privatadressenänderungen der Kammermitglieder betreffen. Diese wurden vom Berufsregister in ca. 3.500 Fällen überprüft, mit den Kammermitgliedern abgestimmt und in den Datenbestand übernommen.

Ein weiterer Schwerpunkt lag im Jahre 2004 auf der Aktualisierung der Berufsurkunden aufgrund der Beendigung der AiP-Phase in Deutschland zum 30.09.2004. Die ca. 700 betroffenen Kammermitglieder wurden vom Referat Berufsregister angeschrieben und über den gesetzlichen Wegfall der AiP-Phase informiert und gebeten, die Approbationsurkunde als amtlich oder notariell beglaubigte Kopie (oder im Original) bei der Sächsischen Landesärztekammer vorzulegen. Am 1.11.2004 fehlten noch Approbationen von ca. 300 Kammermitgliedern und bis zum Ende des Jahres 2004 von ca. 100 Kammermitgliedern.

Von großer Bedeutung ist die Eingabe der erworbenen Urkunden der betreffenden Ärzte. Im Jahr 2004 mussten ca. 3.000 Urkunden, die sich auf die Berufserlaubnis oder Approbation bezogen und ca. 4.100 Urkunden zur Weiterbildung einschließlich der erteilten Weiterbildungsbefugnisse in den Datenbestand eingearbeitet werden.

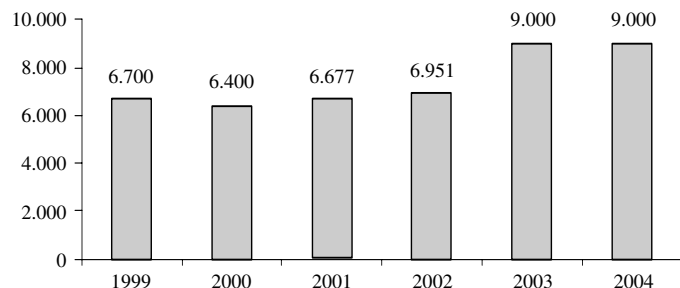
Weiterhin erhielt das Referat Berufsregister aus dem Referat Beitragswesen ca. 2.000 Veränderungsmeldungen von Daten, die bei der Beitragsveranlagung aufgrund der Diskrepanz zu den vorliegenden Daten auffielen. Auch aus anderen Referaten (zum Beispiel Weiterbildung/ Prüfungen) werden solche Meldungen zur weiteren Bearbeitung der Daten an das Referat Berufsregister weitergeleitet.

Das Referat Berufsregister übernimmt außerdem zur Ablage in die Arztakte alle Vorgänge, die in den anderen Geschäftsbereichen und Referaten bearbeitet werden. Daraus ergaben sich im Jahr 2004 ca. 4.000 Vorgänge, die von den Mitarbeitern des Berufsregisters weiter bearbeitet und in die Arztakten eingepflegt wurden.

Für die Bearbeitung von Vorgängen in anderen Geschäftsbereichen und Referaten werden Arztakten zeitweise zur Verfügung gestellt. Im Jahr 2004 wurden ca. 2.400 Arztakten vom Referat Beitragswesen auf Anforderung ausgeliehen und nach Rückgabe wieder in den Bestand eingeordnet.

Weiterhin wurden 87 Arzt-Notfall-Schilder ausgefertigt und versandt. Insgesamt ergaben sich ca. 30.000 Eingaben in die Datenbank und ein gesamtener geführter Schriftverkehr von ca. 9.000 Briefen.

Entwicklung des Schriftverkehrs



Ein neuer wichtiger Schwerpunkt ist die organisatorische und technische Vorbereitung für die Einführung des elektronischen Arztausweises. Es wurden Vorkehrungen für die geplante Registrierung und Bestätigung im Verfahren zur Ausstellung des elektronischen Arztausweises getroffen.

Die Mitarbeiter des Kaufmännischen Geschäftsbereiches haben ihre Aufgaben trotz Zunahme der Vorgänge in allen Bereichen mit gleichem Mitarbeiterstamm aufgrund ihrer Einsatzbereitschaft, der Nutzung von Rationalisierungsmaßnahmen und Ideen zur Verbesserung der Effektivität der Arbeit vorbildlich bewältigt.

## 10 Ärztliche Berufsvertretung der Wahlperiode 2003/2007

N = Ärzte in Niederlassung

A = Angestellte Ärzte

R = Ärzte in Ruhestand

### 10.1 Vorstand

Präsident: Prof. Dr. Jan Schulze (Dresden), A

Vizepräsident: Dr. Stefan Windau (Leipzig), N

Schriftführer: Dr. Lutz Liebscher (Leisnig), A

Mitglieder:

Prof. Dr. Otto Bach (Leipzig), R

Dr. Günter Bartsch (Neukirchen), N

Erik Bodendieck (Wurzen), N

Dr. Steffen Liebscher (Aue), N

Dr. Rudolf Marx (Mittweida), A

Dr. Dietrich Steiniger (Rodewisch), A

Dr. Gisela Trübsbach (Dresden), N

Dr. Claus Vogel (Leipzig), N

Ehrenpräsident der Sächsischen Landesärztekammer:

Prof. Dr. Heinz Dietrich (Dresden), A

### 10.2 Kammerversammlung

Alterspräsident der Kammerversammlung:

Dr. Bernhard Ackermann (Zwickau), R

#### Regierungsbezirk Chemnitz

Dr. Bernhard Ackermann (Zwickau)

FA Allgemeinmedizin, R

Dr. Günter Bartsch (Neukirchen)

FA Kinder- und Jugendmedizin, N

Dr. Andreas Bartusch (Chemnitz)

FA Kinderchirurgie, A

Dipl.-Med. Jens Baumann (Lengenfeld)

FA Allgemeinmedizin, N

Prof. Dr. Siegwart Bigl (Chemnitz)

FA Kinder- und Jugendmedizin, FA Mikrobiologie und Infektions-  
epidemiologie, FA Hygiene und Umweltmedizin, R

Dr. Frieder Braun (Dennheritz)

FA Allgemeinmedizin, N

Dipl.-Med. Thomas Dürr (Zwickau)	Dr. Johannes Baumann (Coswig)
FA Allgemeinmedizin, N	FA Allgemeinmedizin, N
Dr. Roland Endesfelder (Chemnitz)	Dipl.-Med. Ulrike Bielß (Freital)
FA Chirurgie, R	FÄ Innere Medizin, A
Dr. Rolf Gründig (Marienberg)	Dr. Karl-Friedrich Breiter (Bautzen)
FA Urologie, N	FA Innere Medizin, R
Dr. Dietrich Hofmann (Chemnitz)	Dr. Heidemarie Clausnitzer (Heidenau)
FA Augenheilkunde, N	FÄ Allgemeinmedizin, N
Dr. Tobias Kaminke (Plauen)	Dipl.-Med. Klaus-Ulrich Däßler (Freital)
FA Neurologie, N	FA Innere Medizin, N
Prof. Dr. Burkhard Knopf (Zwickau)	Dipl.-Med. Norbert Dobberstein (Hoyerswerda)
FA Haut- und Geschlechtskrankheiten, A	FA Innere Medizin, N
Dr. Michael Kottke (Glauchau)	Dr. Frank Eisenkrätzer (Radebeul)
FA Innere Medizin, N	FA Allgemeinmedizin, N
Dr. Claudia Kühnert (Chemnitz)	Dr. Steffen Fiedler (Kamenz)
FÄ Allgemeinmedizin, N	Arzt in Weiterbildung, A
Dipl.-Med. Ulrich Lehmann (Reichenbach)	Dipl.-Med. Thomas Flämig (Niesky)
FA Chirurgie, A	FA Innere Medizin, N
Dipl.-Med. Hans-Georg Lembecke (Schlettau)	Dr. Thomas Fritz (Dresden)
FA Allgemeinmedizin, N	FA Innere Medizin, A
Dr. Steffen Liebscher (Aue)	Torsten Granzow (Hohwald/Langburkersdorf)
FA Innere Medizin, N	FA Innere Medizin, N
Dr. Falko Lohse (Chemnitz)	Dr. Norbert Grosche (Dresden)
FA Chirurgie, A	FA Radiologie, N
Dr. Rudolf Marx (Mittweida)	Dr. Manfred Halm (Dresden)
FA Öffentliches Gesundheitswesen, A	FA Chirurgie, A
Dr. Dietrich Meißner (Chemnitz)	Dr. Ursula Hausmann (Dresden)
FA Chirurgie, N	FÄ Allgemeinmedizin, N
Prof. Dr. Rainer Morgenstern (Glauchau)	PD Dr. habil. Gerhard Heptner (Dresden)
FA Chirurgie, A	FA Innere Medizin, N
Dr. Irmgard Murad (Aue)	Dr. Angela Jeromin (Dresden)
FÄ Allgemeinmedizin, N	FÄ Allgemeinmedizin, N
Dr. Michael Neubauer (Freiberg)	PD Dr. habil. Maria Kabus (Dresden)
FA Chirurgie, FA Kinderchirurgie, A	FÄ Kinder- und Jugendmedizin, A
Dr. Birger Path, (Chemnitz)	Dr. Brigitta Krosse (Dresden)
FA Anästhesiologie, A	FÄ Innere Medizin, N
Lars Schirmer (Aue)	Prof. Dr. Michael Laniado (Dresden)
Arzt in Weiterbildung, A	Vertreter der TU Dresden, FA Radiologie, A
Dr. Hans-Jürgen Schuster (Plauen)	Dr. Matthias Liebig (Görlitz)
FA Urologie, N	FA Innere Medizin, A
Dipl.-Med. Axel Scurt (Reichenbach)	Christian Liebisch (Bischofswerda)
FA Radiologische Diagnostik, N	Arzt in Weiterbildung, A
Dr. Dietrich Steiniger (Rodewisch)	(bis 01.12.2004)
FA Chirurgie, A	Dr. Petra Merkel (Dresden)
Dr. Michael Teubner (Burgstädt)	FÄ Chirurgie, R
FA Innere Medizin, N	Bettina Pfannkuchen (Dresden)
Dr. Diethard Weichsel (Crinitzberg)	FÄ Allgemeinmedizin, N
FA Allgemeinmedizin, N	Dr. Bettina Prager (Dresden)
Dr. Hella Wunderlich	FÄ Humangenetik, N
(Großhartmannsdorf)	Dr. Winfried Rieger (Ebersbach)
FÄ Allgemeinmedizin, N	FA Innere Medizin, A
<b>Regierungsbezirk Dresden</b>	Dr. Thomas Rothe (Dresden)
Dr. Hans-Henning Abel (Görlitz)	FA Allgemeinmedizin, N
FA Anästhesiologie, A	Dipl.-Med. Ingolf Schmidt (Obling)
Dr. Michael Aßmann (Riesa)	FA Allgemeinmedizin, N
FA Innere Medizin, A	Dipl.-Med. Matthias Schmidt (Neustadt)
Prof. Dr. Otto Bach (Leipzig)	FA Neurologie, N
FA Neurologie und Psychiatrie, R	Prof. Dr. Jan Schulze (Dresden)
	FA Innere Medizin, A

Prof. Dr. Claus Seebacher (Dresden)  
FA Haut- und Geschlechtskrankheiten, R  
Steffen Seiler (Bautzen)  
FA Anästhesiologie, A  
Dr. Jürgen Straube (Meißen)  
FA Innere Medizin, N  
Ute Taube (Berthelsdorf)  
FÄ Allgemeinmedizin, N  
Dr. Gisela Trübsbach (Dresden)  
FÄ Radiologie, N  
Dr. Rainer Weidhase (Dresden)  
FA Chirurgie, A  
Dr. Kristina Weiss (Dresden)  
FÄ Allgemeinmedizin, N  
Dr. Jörg Wienold (Freital)  
FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, A  
Dr. habil. Eckart Wunderlich (Dresden)  
FA Innere Medizin, A  
Dr. Roland Zippel (Riesa)  
FA Chirurgie, A

## **Regierungsbezirk Leipzig**

Simone Bettin (Grimma)  
FÄ Nuklearmedizin, N  
Dipl.-Med. Cerstin Bochenek (Oschatz)  
FÄ Haut- und Geschlechtskrankheiten, N  
Erik Bodendieck (Wurzen)  
FA Allgemeinmedizin, N  
Dr. Michael Burgkhardt (Leipzig)  
FA Allgemeinmedizin, FA Urologie, N  
Dr. Mathias Cebulla (Leipzig)  
FA Innere Medizin, A  
Prof. Dr. Gunter Gruber (Taucha)  
FA Innere Medizin, R  
Dr. Jörg Hammer (Leipzig)  
FA Chirurgie, N  
Prof. Dr. Rolf Haupt (Leipzig)  
FA Pathologie, R  
Dipl.-Med. Ulrike Jung (Leipzig)  
FÄ Orthopädie, N  
Prof. Dr. Friedrich Kamprad (Leipzig)  
FA Radiologie, R  
Prof. Dr. Eberhard Keller (Leipzig)  
FA Kinder- und Jugendmedizin, A  
Prof. Dr. Wieland Kiess (Leipzig)  
Vertreter der Universität Leipzig,  
FA Kinder- und Jugendmedizin, A  
Dipl.-Med. Andreas Koch (Delitzsch)  
FA Allgemeinmedizin, N  
Dr. Suse Körner (Leipzig)  
FÄ Augenheilkunde, N  
Dr. Kristina Kramer (Leipzig)  
FÄ Anästhesiologie, A  
Dr. Uwe Krause (Grimma)  
FA Anästhesiologie, A  
Prof. Dr. Peter Leonhardt (Leipzig)  
FA Innere Medizin, R  
Dr. Lutz Liebscher (Leisnig)  
FA Kinder- und Jugendmedizin, A

Dr. Wolfram Lieschke (Leipzig)  
FA Augenheilkunde, N  
Dr. Thomas Lipp (Leipzig)  
FA Allgemeinmedizin, N  
Dr. Kirsten Nowack (Torgau)  
FÄ Allgemeinmedizin, N  
Dr. Bernd Pittner (Leipzig)  
FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, N  
Dr. Konrad Reuter (Eilenburg)  
FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde,  
FA Phoniatrie und Pädaudiologie, N  
Dr. Matthias Schulze (Markkleeberg)  
FA Urologie, N  
Dr. Wolfram Strauß (Leipzig)  
FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde,  
FA Phoniatrie und Pädaudiologie, N  
Dr. Jens Taggeselle (Markkleeberg)  
FA Innere Medizin, N  
Dr. habil. Hans-Joachim Verlohren (Leipzig)  
FA Innere Medizin, N  
Dr. Claus Vogel (Leipzig)  
FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, N  
Dr. Stefan Windau (Leipzig)  
FA Innere Medizin, N  
Dr. Torsten Wolf (Leipzig)  
FA Anästhesiologie, N

## **10.3**

### **Ausschüsse**

#### **Satzungen**

*Prof. Dr. Wolfgang Sauer mann (Dresden)*  
FA Neurologie und Psychiatrie, A  
Kornelia Kuhn (Dresden)  
FÄ Innere Medizin, N  
Dr. Lutz Liebscher (Leisnig)  
FA Kinder- und Jugendmedizin, A  
(Vertreter des Vorstandes)  
Dr. Winfried Rieger (Ebersbach)  
FA Innere Medizin, A  
Dr. Stefan Windau (Leipzig)  
FA Innere Medizin, N  
(Vertreter des Vorstandes)  
seitens der Geschäftsführung:  
Assessor Michael Kratz  
Assessor Alexander Gruner

#### **Krankenhaus**

*Dr. Eberhard Huschke (Ebersbach)*  
FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, A  
Dr. Thomas Fritz (Dresden)  
FA Innere Medizin, A  
Dr. Brigitte Güttler (Aue)  
FÄ Radiologie, N  
Dr. Sylvia Gütz (Leipzig)  
FÄ Innere Medizin, A  
Dr. Dietrich Heckel (Rodewisch)  
FA Innere Medizin, A

Dr. Ulrich Kraft (Leipzig)  
 FA Allgemeinmedizin, A  
 Dr. Birger Path (Chemnitz)  
 FA Anästhesiologie, A  
 Dr. Alexander Schmeißer (Dresden)  
 FA Innere Medizin, A  
 Dr. Clemens Weiss (Leipzig)  
 FA Chirurgie, R  
 Dr. Dietrich Steiniger (Rodewisch)  
 FA Chirurgie, A  
 (Vertreter des Vorstandes)  
 seitens der Geschäftsführung:  
 Dr. Barbara Gamaleja

### **Schwerpunktbehandlung und -betreuung chronisch Erkrankter in Praxis und Klinik**

*Dr. habil. Hans-Joachim Verlohren (Leipzig)*  
 FA Innere Medizin, N  
 Dr. Marc Grundeis (Chemnitz)  
 FA Innere Medizin, N  
 Dr. Franz-Albert Hoffmann (Leipzig)  
 FA Innere Medizin, N  
 Dr. Kristina Kramer (Leipzig)  
 FÄ Anästhesiologie, A  
 Dr. Thomas Lipp (Leipzig)  
 FA Allgemeinmedizin, N  
 Dr. Michael Nitschke (Dresden)  
 Arzt in Weiterbildung, A  
 Dr. Kirsten Papsdorf (Leipzig)  
 FÄ Strahlentherapie, A  
 Dipl.-Med. Ingrid Pawlick (Lunzenau)  
 FÄ Allgemeinmedizin, N  
 Dr. Anne-Kathrin Menzel (Dresden)  
 FÄ Haut- und Geschlechtskrankheiten, A  
 Prof. Dr. Jan Schulze (Dresden)  
 FA Innere Medizin, A  
 (Vertreter des Vorstandes)  
 seitens der Geschäftsführung:  
 Dipl.-Med. Annette Kaiser

### **Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie**

*Dr. Maria Eberlein-Gonska (Dresden)*  
 FÄ Pathologie, A  
 Prof. Dr. Lothar Beier (Chemnitz)  
 FA Laboratoriumsmedizin, A  
 PD Dr. habil. Karl-Werner Degen (Dresden)  
 FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, A  
 Prof. Dr. Rüdiger Franz (Dresden)  
 FA Orthopädie, R  
 Doz. Dr. habil. Roland Goertchen (Görlitz)  
 FA Pathologie, A  
 Dr. Norbert Grosche (Dresden)  
 FA Radiologie, N  
 Dr. Brigitta Krosse (Dresden)  
 FÄ Innere Medizin, N  
 Dipl.-Med. Gabi Marschke (Rodewisch)  
 Ärztin in Weiterbildung, A  
 Prof. Dr. Gerhard Metzner (Leipzig)  
 FA Innere Medizin, FA Immunologie, A

Dr. Irmgard Murad (Aue)  
 FÄ Allgemeinmedizin, N  
 seitens des Vorstandes:  
 Prof. Dr. Jan Schulze (Dresden)  
 FA Innere Medizin, A  
 seitens der Geschäftsführung:  
 Dr. Torsten Schlosser

### **Arbeitsgruppe Perinatalogie/Neonatalogie**

*Prof. Dr. Christoph Vogtmann (Taucha)*  
 FA Kinder- und Jugendmedizin, R  
 Dr. habil. Heiner Bellée (Dresden)  
 FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, R  
 Dr. Jürgen Dinger (Dresden)  
 FA Kinder- und Jugendmedizin, A  
 Dr. Ulrich Kraft (Leipzig)  
 FA Allgemeinmedizin, A  
 Dr. habil. Konrad Müller (Chemnitz)  
 FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, R  
 Prof. Dr. Hildebrand Kunath (Dresden)  
 FA Sozialhygiene, A  
 Dr. Walter Pernice (Torgau)  
 FA Kinder- und Jugendmedizin, A  
 Dr. habil. Reinhold Tiller (Chemnitz)  
 FA Kinder- und Jugendmedizin, A  
 Prof. Dr. Brigitte Viehweg (Leipzig)  
 FÄ Frauenheilkunde und Geburtshilfe, R  
 Dr. Gunther Völker (Mittweida)  
 FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, A  
 seitens der Geschäftsführung:  
 Dipl.-Med. Annette Kaiser

### **Arbeitsgruppe Chirurgie**

*Dr. Henry Jungnickel (Dresden)*  
 FA Chirurgie, A  
 Prof. Dr. Joachim Bennek (Leipzig)  
 FA Kinderchirurgie, R  
 PD Dr. Joachim Boese-Landgraf (Chemnitz)  
 FA Chirurgie, A  
 Dr. Hans-Joachim Florek (Dresden)  
 FA Chirurgie, A  
 Dr. Klaus-Peter Heinemann (Zwickau)  
 FA Chirurgie, A  
 Dr. Joachim Illmer (Weifa)  
 FA Chirurgie, R  
 Dr. Ulrich Kraft (Leipzig)  
 FA Allgemeinmedizin, A  
 PD Dr. habil. Alfred Schröder (Chemnitz)  
 FA Chirurgie, A  
 seitens der Geschäftsführung:  
 Dr. Torsten Schlosser

### **Gynäkologie**

*PD Dr. habil. Karl-Werner Degen (Dresden)*  
 FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, A  
 Dr. Pia Gantzsch (Meißen)  
 FÄ Frauenheilkunde und Geburtshilfe, A  
 Dr. Steffen Handstein (Görlitz)  
 FA Plastische Chirurgie, A

Prof. Dr. Uwe Köhler (Leipzig)  
FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, A  
Dr. Ulrich Kraft (Leipzig)  
FA Allgemeinmedizin, A  
Dr. Kurt Lobodasch (Chemnitz)  
FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, A  
Prof. Dr. Thomas Steck (Chemnitz)  
FA Frauenheilkunde  
und Geburtshilfe, A  
seitens der Geschäftsführung:  
Dipl.-Med. Annette Kaiser

## Urologie

*PD Dr. habil. Oliver Hakenberg (Dresden)*  
FA Urologie, A  
Prof. Dr. Wolfgang Dorschner (Leipzig)  
FA Urologie, A  
Dipl.-Med. Martina Klotz (Plauen)  
FÄ Urologie, A  
Dr. Ulrich Kraft (Leipzig)  
FA Allgemeinmedizin, A  
Dr. Axel Richter (Leipzig)  
FA Urologie, A  
Dr. Hans-Christian Tautenhahn (Leipzig)  
FA Urologie, FA Chirurgie, A  
seitens der Geschäftsführung:  
Dr. Torsten Schlosser

## Orthopädie

*Prof. Dr. Rüdiger Franz (Dresden)*  
FA Orthopädie, R  
Doz. Dr. habil. Frank Czornack (Dresden)  
FA Chirurgie, A  
Dr. Lutz Hörenz (Leipzig)  
FA Orthopädie, A  
Dr. Ulrich Kraft (Leipzig)  
FA Allgemeinmedizin, A  
Dr. Wilfried Purath (Dresden)  
FA Orthopädie, N  
Prof. Dr. Karlheinz Sandner (Zschopau)  
FA Chirurgie, A  
Michael Wolf (Rothenburg)  
FA Orthopädie, A  
seitens der Geschäftsführung:  
Dr. Torsten Schlosser

## Kardiologie

*Prof. Dr. Gerhard Schuler (Leipzig)*  
FA Innere Medizin, A  
Dr. Martin Braun (Dresden)  
FA Innere Medizin, A  
PD Dr. Gerhard Hindricks (Leipzig)  
FA Innere Medizin, A  
Prof. (Riga) Dr. Georg Kneissl (Leipzig)  
FA Innere Medizin, N  
Dr. Ulrich Kraft (Leipzig)  
FA Allgemeinmedizin, A  
Dr. Wolfgang Krahwinkel (Leisnig)  
FA Innere Medizin, A

Dr. Ernst-Udo Radke (Sebnitz)  
FA Innere Medizin, A  
Dr. Kerstin Rolffs (Chemnitz)  
FÄ Innere Medizin, A  
Prof. Dr. Ruth H. Strasser (Dresden)  
FÄ Innere Medizin, A  
Dr. Stefan Spitzer (Dresden)  
FA Innere Medizin, N  
seitens der Geschäftsführung:  
Dipl.-Med. Annette Kaiser

## Ärzte im Öffentlichen Dienst

*Dipl.-Med. Petra Albrecht (Meißen)*  
FÄ Öffentliches Gesundheitswesen,  
FÄ Hygiene und Umweltmedizin, A  
Dipl.-Med. Ilona Grabe (Dresden)  
FÄ Kinder- und Jugendmedizin, A  
Dr. Sylvia Hebestreit (Niederdorf)  
FÄ Öffentliches Gesundheitswesen, A  
Dr. Regine Krause-Döring (Grimma)  
FÄ Öffentliches Gesundheitswesen, A  
Dr. Wilfried Oettler (Dresden)  
FA Öffentliches Gesundheitswesen, A  
Dr. Regina Petzold (Dresden)  
FÄ Kinder- und Jugendmedizin, R  
Dr. Reinhard Schettler (Niederdorf)  
FA Arbeitsmedizin, FA Öffentliches Gesundheitswesen, A  
Dr. Ulrike Thieme (Dresden)  
FÄ Kinder- und Jugendmedizin, A  
Dr. Rudolf Marx (Mittweida)  
FA Öffentliches Gesundheitswesen, A  
(Vertreter des Vorstandes)  
seitens der Geschäftsführung:  
Dr. Barbara Gamaleja

## Prävention und Rehabilitation

*PD Dr. habil. Uwe Häntzschel (Bad Schandau)*  
FA Innere Medizin, A  
Dr. Christoph Altmann (Bad Gottleuba)  
FA Innere Medizin, A  
Dr. Dirk Ermisch (Crimmitschau)  
FA Kinder- und Jugendmedizin, A  
Dr. habil. Gudrun Fröhner (Leipzig)  
FÄ Physikalische und Rehabilitative Medizin, A  
Dr. Rolf Käßner (Kreischa)  
FA Physikalische und Rehabilitative Medizin, A  
Dr. Dietmar Laue (Dresden)  
FA Hygiene und Umweltmedizin, R  
Dr. Cornelia Lohs (Leipzig)  
FÄ Physikalische und Rehabilitative Medizin, A  
Dr. Klaus Müller (Leipzig)  
FA Physikalische und Rehabilitative Medizin, N  
Dr. Roland Müller (Bad Schandau)  
FA Allgemeinmedizin, A  
Dipl.-Med. Helmut Schubarth, Dresden  
FA Allgemeinmedizin, N  
seitens des Vorstandes:  
Dr. Rudolf Marx (Mittweida)  
FA Öffentliches Gesundheitswesen, A

seitens der Geschäftsführung:

Dr. Barbara Gamaleja

### Hygiene und Umweltmedizin

*Prof. Dr. Siegwart Bigl (Chemnitz)*

FA Kinder- und Jugendmedizin,

FA Mikrobiologie und

Infektionsepidemiologie,

FA Hygiene und Umweltmedizin, R

Dipl.-Med. Petra Albrecht (Meißen)

FÄ Öffentliches Gesundheitswesen,

FÄ Hygiene und Umweltmedizin, A

Dr. Dietmar Beier (Chemnitz)

FA Hygiene und Umweltmedizin, A

Dr. Barbara Kirsch (Leipzig)

FÄ Allgemeinmedizin, N

Dipl.-Med. Anke Protze (Chemnitz)

FÄ Öffentliches Gesundheitswesen, A

Dr. Marlen Suckau (Leipzig)

FÄ Hygiene und Umweltmedizin, A

Dr. Ulrich Taubner (Zwickau)

FA Kinder- und Jugendmedizin, A

Dr. Anita Tilch (Auerbach)

FÄ Öffentliches Gesundheitswesen,

FÄ Hygiene und Umweltmedizin, A

seitens des Vorstandes:

Dr. Rudolf Marx (Mittweida)

FA Öffentliches Gesundheitswesen, A

seitens der Geschäftsführung:

Dr. Barbara Gamaleja

### Arbeitsmedizin

*Dr. Norman Beeke (Chemnitz)*

FA Arbeitsmedizin, FA Innere Medizin, A

Dr. Egon Gentsch (Chemnitz)

FA Arbeitsmedizin, A

PD Dr. habil. Manfred Grube (Chemnitz)

FA Arbeitsmedizin, N

Dr. Gert Herrmann (Königstein)

FA Arbeitsmedizin, A

Prof. Dr. Klaus Scheuch (Dresden)

FA Arbeitsmedizin, A

Dr. Marina Selbig (Chemnitz)

FÄ Arbeitsmedizin, A

seitens des Vorstandes:

Dr. Rudolf Marx (Mittweida)

FA Öffentliches Gesundheitswesen, A

seitens der Geschäftsführung:

Dr. Barbara Gamaleja

### Notfall- und Katastrophenmedizin

*Dr. Michael Burghardt (Leipzig)*

FA Allgemeinmedizin, FA Urologie, N

Dr. Matthias Czech (Radeberg)

FA Innere Medizin, A

Dr. Gottfried Hanzl (Niederoderwitz)

FA Allgemeinmedizin, N

Prof. Dr. Fritjoff König (Leipzig)

FA Anästhesiologie, A

Dr. Hasso Neubert (Glauchau)

FA Anästhesiologie, A

Dr. Peter Schnabel (Dresden)

FA Anästhesiologie, A

Steffen Seiler (Bautzen)

FA Anästhesiologie, A

Ute Taube (Berthelsdorf)

FÄ Allgemeinmedizin, N

Dr. Rainer Weidhase (Dresden)

FA Chirurgie, A

Dr. Thomas Zeidler (Grimma)

FA Anästhesiologie, A

seitens des Vorstandes:

Dr. Stefan Windau (Leipzig)

FA Innere Medizin, N

seitens der Geschäftsführung:

Dr. Siegfried Herzig

### Ärztliche Ausbildung

*Prof. Dr. Peter Wunderlich (Dresden)*

FA Kinder- und

Jugendmedizin, R

Prof. Dr. Christoph Baerwald (Leipzig)

FA Innere Medizin, A

Dr. Antje Bergmann (Dresden)

FÄ Allgemeinmedizin, A

Erik Bodendieck (Wurzen)

FA Allgemeinmedizin, N

Prof. Dr. rer. nat. Peter Dieter (Dresden)

Studiendekan Dresden, A

Prof. Dr. Jan Gummert (Leipzig)

FA Herzchirurgie, A

Dr. Axel-Rüdiger Jendral (Dresden)

FA Allgemeinmedizin, N

Dr. Uwe Krause (Grimma)

FA Anästhesiologie, A

Prof. Dr. Rainer Morgenstern (Glauchau)

FA Chirurgie, A

Dr. Friedemann Reber (Dresden)

Sonstige ärztliche Tätigkeiten, A

seitens des Vorstandes:

Prof. Dr. Jan Schulze (Dresden)

FA Innere Medizin, A

seitens der Geschäftsführung:

Dr. Siegfried Herzig

### Weiterbildung

*Prof. Dr. Gunter Gruber (Taucha)*

FA Innere Medizin, R

Dr. Brigitte Güttler (Aue)

FÄ Radiologie, N

Prof. Dr. Rolf Haupt (Leipzig)

FA Pathologie, R

Dr. Frauke Höhn (Chemnitz)

FÄ Allgemeinmedizin, N

Prof. Dr. Peter Joraschky (Dresden)

FA Psychotherapeutische Medizin, A

Prof. Dr. Christoph Josten (Leipzig)

FA Chirurgie, A

Prof. Dr. Regine Kluge (Leipzig)  
FÄ Nuklearmedizin, A  
Prof. Dr. Uwe Köhler (Leipzig)  
FA Frauenheilkunde  
und Geburtshilfe, A  
Prof. Dr. Wolfgang Leupold (Dresden)  
FA Kinder- und Jugendmedizin, A  
Prof. Dr. Derk Olthoff (Leipzig)  
FA Anästhesiologie, A  
seitens des Vorstandes:  
Prof. Dr. Otto Bach (Leipzig)  
FA Neurologie und Psychiatrie, R  
seitens der Geschäftsführung:  
Dr. Birgit Gäbler  
Dr. Siegfried Herzig  
Assessor Alexander Gruner

## **Widerspruchskommission (gem. § 14 Abs. 6 Weiterbildungsordnung)**

*Prof. Dr. Claus Seebacher (Dresden)*  
FA Haut- und Geschlechtskrankheiten, R  
seitens der Geschäftsführung:  
Assessor Alexander Gruner  
Assessor Michael Kratz

## **Kommission Widersprüche nach Weiterbildungsordnung**

*Prof. Dr. Claus Seebacher (Dresden)*  
FA Haut- und Geschlechtskrankheiten, R  
seitens der Geschäftsführung:  
Assessor Alexander Gruner  
Assessor Michael Kratz

## **Sächsische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung**

*Prof. Dr. Otto Bach (Leipzig)*  
FA Neurologie und Psychiatrie, R  
(Vertreter des Vorstandes)  
Dr. Bernhard Ackermann (Zwickau)  
FA Allgemeinmedizin, R  
Prof. Dr. Peter Bräunig (Chemnitz)  
FA Neurologie und Psychiatrie, A  
Doz. Dr. habil. Gottfried Hempel (Saupsdorf)  
FA Innere Medizin, R  
Dr. Regine Krause-Döring (Grimma)  
FÄ Öffentliches Gesundheitswesen, A  
Prof. Dr. Klaus Ludwig (Dresden)  
FA Chirurgie, A  
PD Dr. habil. Eberhard Meister (Leipzig)  
FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, A  
Dr. Wolfgang Rothe (Leipzig)  
FA Innere Medizin, N  
Prof. Dr. Klaus Scheuch (Dresden)  
FA Arbeitsmedizin, A  
Eva-Maria Schlinzig (Dresden)  
FÄ Allgemeinmedizin, N  
Prof. Dr. Ulrich Stölzel (Chemnitz)  
FA Innere Medizin, A  
Dr. Hella Wunderlich (Großhartmannsdorf)  
FÄ Allgemeinmedizin, N

Erik Bodendieck (Wurzen)  
FA Allgemeinmedizin, N  
(Vertreter des Vorstandes)  
seitens der Geschäftsführung:  
Dr. Siegfried Herzig

## **Berufsrecht**

*Dr. Andreas Prokop (Döbeln)*  
FA Rechtsmedizin,  
FA Öffentliches Gesundheitswesen, A  
Dr. Christa Artym (Dresden)  
FÄ Innere Medizin, R  
Dr. Roland Endesfelder (Chemnitz)  
FA Chirurgie, R  
Dr. Rainer Kluge (Kamenz)  
FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, A  
Dr. Michael Neubauer (Freiberg)  
FA Chirurgie, FA Kinderchirurgie, A  
Dr. Bettina Prager (Dresden)  
FÄ Humangenetik, N  
Dr. Michael Teubner (Burgstädt)  
FA Innere Medizin, N  
seitens des Vorstandes:  
Dr. Stefan Windau (Leipzig)  
FA Innere Medizin, N  
seitens der Geschäftsführung:  
Assessor Michael Kratz  
Assessor Alexander Gruner

## **Junge Ärzte**

*Mascha Lentz (Dresden)*  
Ärztin im Praktikum, A  
Dr. Antje Bergmann (Dresden)  
FÄ Allgemeinmedizin, A  
Dr. Thomas Heidler (Dippoldiswalde)  
Arzt in Weiterbildung, A  
Kornelia Kuhn (Dresden)  
FÄ Innere Medizin, N  
Dr. Wolfram Lieschke (Leipzig)  
FA Augenheilkunde, N  
Dr. Friedemann Reber (Dresden)  
Sonstige ärztliche Tätigkeiten, A  
Lars Schirmer (Aue)  
Arzt in Weiterbildung, A  
Uta Katharina Schmidt-Göhrich (Dresden)  
FÄ Innere Medizin, A  
seitens des Vorstandes:  
Dr. Lutz Liebscher (Leisnig)  
FA Kinder- und Jugendmedizin, A  
seitens der Geschäftsführung:  
Dr. Siegfried Herzig

## **Ärztinnen**

*Dr. Brigitte Güttler (Aue)*  
FÄ Radiologie, N  
Dr. Berit Diettrich (Dresden)  
Ärztin in Weiterbildung, A  
Dr. Irmgard Kaschl (Stollberg)  
FÄ Augenheilkunde, R

Dr. Jutta Kellermann (Plauen)  
 FÄ Allgemeinmedizin, N  
 Dr. Franca Noack-Wiemers (Leipzig)  
 Ärztin in Weiterbildung, A  
 Dr. Katharina Pollack (Dresden)  
 FÄ Augenheilkunde, A  
 seitens des Vorstandes:  
 Dr. Lutz Liebscher (Leisnig)  
 FA Kinder- und  
 Jugendmedizin, A  
 seitens der Geschäftsführung:  
 Dr. jur. Verena Diefenbach

### Senioren

*Dr. Gisela Unger (Dresden)*  
 FÄ Allgemeinmedizin, R  
 Dr. Karl-Friedrich Breiter (Bautzen)  
 FA Innere Medizin, R  
 Dr. Ute Göbel (Leipzig)  
 FÄ Sozialhygiene, R  
 Dr. Eberhard Hempel  
 (Burkhardttsdorf)  
 FA Allgemeinmedizin, R  
 Doz. Dr. habil. Gottfried Hempel  
 (Saupsdorf)  
 FA Innere Medizin, R  
 Dr. Lothar Hilpert (Torgau)  
 FA Innere Medizin, R  
 Dr. Irmgard Kaschl (Stollberg)  
 FÄ Augenheilkunde, R  
 Dr. Helmut Knoblauch (Geringswalde)  
 FA Allgemeinmedizin, N  
 Dr. Helga Mertens (Großpösna)  
 FÄ Innere Medizin, R  
 seitens des Vorstandes:  
 Dr. Gisela Trübsbach (Dresden)  
 FÄ Radiologie, N  
 seitens der Geschäftsführung:  
 Dr. jur. Verena Diefenbach

### Sächsische Ärztehilfe

*Dipl.-Med. Siegfried Heße (Dresden)*  
 FA Orthopädie, N  
 Dr. Uta Anderson (Radebeul)  
 FÄ Innere Medizin, R  
 Dr. Karl-Friedrich Breiter (Bautzen)  
 FA Innere Medizin, R  
 Dr. Mathias Cebulla (Leipzig)  
 FA Innere Medizin, A  
 Dipl.-Med. Andreas Koch (Delitzsch)  
 FA Allgemeinmedizin, N  
 Dr. Ulrich Kraft (Leipzig)  
 FA Allgemeinmedizin, A  
 seitens des Vorstandes:  
 Dr. Claus Vogel (Leipzig)  
 FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, N  
 seitens der Geschäftsführung:  
 Dr. jur. Verena Diefenbach

### Finanzen

*Dr. Claus Vogel (Leipzig)*  
 FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, N  
 (Vertreter des Vorstandes)  
 Dr. Mathias Cebulla (Leipzig)  
 FA Innere Medizin, A  
 Dr. Thomas Fritz (Dresden)  
 FA Innere Medizin, A  
 Herbert Hilbert (Knappensee-Groß Särchen)  
 FA Allgemeinmedizin, N  
 Dipl.-Med. Ingolf Schmidt (Oßling)  
 FA Allgemeinmedizin, N  
 Dr. Hans-Jürgen Schuster (Plauen)  
 FA Urologie, N  
 Dr. Stefan Thiel (Pirna)  
 FA Allgemeinmedizin, N  
 Dr. Torsten Wolf (Leipzig)  
 FA Anästhesiologie, N  
 seitens der Geschäftsführung:  
 Dipl.-Ök. Kornelia Keller  
 Dipl.-Ing.-Ök. (TU) Ramona Grünberg

## 10.4

### Kommissionen und Arbeitsgruppen

#### Redaktionskollegium

*Prof. Dr. Winfried Klug (Ottendorf-Okrilla/OT Grünberg)*  
 FA Chirurgie, R  
 Dr. Günter Bartsch (Neukirchen)  
 FA Kinder- und Jugendmedizin, N  
 Prof. Dr. Siegwart Bigl (Chemnitz)  
 FA Kinderheilkunde, FA Mikrobiologie  
 und Infektionsepidemiologie,  
 FA Hygiene und Umweltmedizin, R  
 Prof. Dr. Heinz Diettrich (Dresden)  
 FA Chirurgie, A  
 Dr. Hans-Joachim Gräfe (Borna)  
 FA Physikalische und Rehabilitative Medizin, FA Chirurgie, A  
 Dr. Rudolf Marx (Mittweida)  
 FA Öffentliches Gesundheitswesen, A  
 Prof. Dr. Peter Matzen (Leipzig)  
 FA Orthopädie, R  
 Dr. Uta Katharina Schmidt-Göhrich (Dresden)  
 FÄ Innere Medizin, A  
 Prof. Dr. Jan Schulze (Dresden)  
 FA Innere Medizin, A  
 seitens der Geschäftsführung:  
 Dr. jur. Verena Diefenbach  
 Knut Köhler M. A.  
 Ingrid Hüfner

#### Arbeitsgruppe Multimedia in der Medizin

*Dr. Günter Bartsch (Neukirchen)*  
 FA Kinder- und Jugendmedizin, N  
 Prof. Dr. Otto Bach (Leipzig)  
 FA Neurologie und Psychiatrie, R  
 Prof. Dr. Winfried Klug (Ottendorf-Okrilla/OT Grünberg)  
 FA Chirurgie, R



Prof. Dr. Hildebrand Kunath (Dresden)

FA Sozialhygiene, A

Dr. Lutz Pluta (Markkleeberg)

FA Innere Medizin, N

Dr. Thomas Selisko (Dresden)

FA Innere Medizin, A

André Wunderlich (Chemnitz)

Arzt in Weiterbildung, A

seitens der Geschäftsführung:

Dipl. Ing. FH Beatrix Thierfelder

Dipl. Ing. FH Mathias Eckert

Knut Köhler, M. A.

Dr. jur. Verena Diefenbach

## **Ethikkommission**

*Prof. Dr. Rolf Haupt (Leipzig)*

FA Pathologie, R

Dr. Charlotte Aehle (Leipzig)

FÄ Anästhesiologie, R

Dr. Ingrid Sebastian (Schkeuditz)

FÄ Psychiatrie und Psychotherapie, A

Dr. Brigitte Herold (Leipzig)

FÄ Innere Medizin, R

Dipl.-Med. Winfried Möhr (Dresden)

FA Kinder- und Jugendmedizin, A

PD Dr. habil. Christoph Rink (Aue)

FA Innere Medizin, A

PD Dr. habil. Klaus-Dieter Sinkwitz (Dresden)

FA Chirurgie, A

Prof. Dr. Bernd Terhaag (Dresden)

FA Klinische Pharmakologie, A

Prof. Dr. Gottfried Wozel (Dresden)

FA Haut- und Geschlechtskrankheiten, A

Prof. Dr. jur. Bernd-Rüdiger Kern

Universität Leipzig – Juristenfakultät

Dipl.-Ing. Fred Wonka (Dresden)

Biomedizintechniker

seitens der Geschäftsführung:

Assessorin Anett Blume

## **Gesprächskreis „Ethik in der Medizin“**

*Prof. Dr. Rolf Haupt (Leipzig)*

FA Pathologie, R

*Prof. Dr. Otto Bach (Leipzig)*

FA Neurologie und Psychiatrie, R

Dr. Günter Bartsch (Neukirchen)

FA Kinder- und Jugendmedizin, N

Dr. Frauke Höhn (Chemnitz)

FÄ Allgemeinmedizin, N

Prof. Dr. jur. Bernd-Rüdiger Kern

Universität Leipzig – Juristenfakultät

Pfarrer Nikolaus Krause

Universitätsklinikum Dresden, Krankenhausseelsorger

MUDr./Univ. Prag Frank Oehmichen (Kreischa)

FA Innere Medizin, A

Prof. Dr. Dr. Ortrun Riha

Universität Leipzig

Karl-Sudhoff-Institut für Geschichte der Medizin  
und der Naturwissenschaften

Prof. Dr. Jan Schulze (Dresden)

FA Innere Medizin, A

PD Dr. habil. Klaus-Dieter Sinkwitz (Dresden)

FA Chirurgie, A

Dr. Clemens Weiss (Leipzig)

FA Chirurgie, R

seitens der Geschäftsführung

Knut Köhler, M. A.

## **Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen**

*Dr. Rainer Kluge (Kamenz)*

FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, A

Doz. Dr. habil. Gottfried Hempel (Saupsdorf)

FA Innere Medizin, R

Dr. Uta Poppelbaum (Dresden)

FÄ Anästhesiologie, A

Wolfgang Schaffer (Nürnberg) – juristischer Berater

Präsident des OLG Nürnberg a. D.

seitens der Geschäftsführung:

Ursula Riedel

## **Fachkommission „Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung“**

*Dr. Hans-Jürgen Held (Dresden)*

FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, N

Prof. Dr. Henry Alexander (Leipzig)

FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, A

Dr. Gabriele Bartl (Dresden)

FÄ Frauenheilkunde und Geburtshilfe, N

Prof. Dr. Wolfgang Distler (Dresden)

FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, A

Prof. Dr. Hans-Jürgen Glander (Leipzig)

FA Haut- und Geschlechtskrankheiten, A

PD Dr. habil. Joachim Weller (Dresden)

FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, N

Prof. Dr. Andreas Werner (Dresden)

FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, A

seitens der Geschäftsführung:

Assessor Michael Kratz

Assessor Alexander Gruner

## **Fachkommission „Gewalt gegen Kinder / Misshandlung Minderjähriger“**

*PD Dr. habil. Christine Erfurt (Dresden)*

FÄ Rechtsmedizin, A

Prof. Dr. Gerd Gräfe (Leipzig)

FA Kinderchirurgie, A

Dr. Regina Petzold (Dresden)

FÄ Kinder- und Jugendmedizin, R

Prof. Dr. Dietmar Roesner (Dresden)

FA Kinderchirurgie, FA Chirurgie, A

Prof. Dr. Michael Scholz (Dresden)

FA Kinder- und Jugendpsychiatrie

und -psychotherapie, A

seitens der Geschäftsführung:

Dr. Barbara Gamaleja

## **Fachkommission Transplantation**

*Prof. Dr. Johann Hauss (Leipzig)*

FA Chirurgie, A

Prof. Dr. Heinz Diettrich (Dresden)  
 FA Chirurgie, A  
 Prof. Dr. Katrin Engelmann (Dresden)  
 FÄ Augenheilkunde, A  
 Dr. Ulrike Reuner (Dresden)  
 FÄ Neurologie und Psychiatrie, A  
 Dr. Gottfried Sterzel (Ebersbach)  
 FA Anästhesiologie, A  
 Dr. Christa Wachsmuth (Leipzig)  
 FÄ Urologie, A  
 Prof. Dr. Manfred Wirth (Dresden)  
 FA Urologie, A  
 seitens der Geschäftsführung:  
 Dr. Torsten Schlosser

#### **Lebendspendekommission**

*Prof. Dr. jur. Bernd-Rüdiger Kern*  
 Universität Leipzig – Juristenfakultät  
 Dr. Thomas Barth (Chemnitz)  
 FA Psychiatrie und Psychotherapie, A  
 Prof. Dr. Christine Ettrich (Leipzig)  
 FÄ Kinder- und Jugendpsychiatrie- und -psychotherapie, A  
 Dr. Christel Greiner (Leipzig)  
 FÄ Kinder- und Jugendmedizin, R  
 Dr. Ulrike Reuner (Dresden)  
 FÄ Neurologie und Psychiatrie, A  
 Dr. jur. Adrean Schmidt-Recla  
 Universität Leipzig – Juristenfakultät  
 Prof. Dr. Johannes Schweizer (Chemnitz)  
 FA Innere Medizin, A  
 Franz-Joseph van Stiphout (Dresden)  
 Jurist  
 Prof. Dr. Arved Weimann (Leipzig)  
 FA Chirurgie, A  
 seitens der Geschäftsführung  
 Dr. Torsten Schlosser

#### **Fachkommission Brustkrebs**

*Prof. Dr. Hildebrand Kunath (Dresden)*  
 FA Sozialhygiene, A  
 Dr. Kersten Deutschmann (Dresden)  
 FÄ Frauenheilkunde und Geburtshilfe, N  
 Prof. Dr. Wolfgang Distler (Dresden)  
 FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, A  
 Prof. Dr. Ursula Froster (Leipzig)  
 FÄ Humangenetik, FÄ Frauenheilkunde  
 und Geburtshilfe, A  
 Dr. Klaus Hamm (Chemnitz)  
 FA Radiologie, N  
 PD Dr. habil. Gunter Haroske (Dresden)  
 FA Pathologie, A  
 Prof. Dr. Michael Laniado (Dresden)  
 FA Radiologie, A  
 PD Dr. habil. Detlef Quietzsch (Chemnitz)  
 FA Innere Medizin, A  
 Prof. Dr. Manfred Schönfelder (Leipzig)  
 FA Chirurgie, R  
 Prof. Dr. Johannes Schorcht (Dresden)  
 FA Strahlentherapie, N

Dr. Diethard Sturm (Hohenstein-Ernstthal)  
 FA Allgemeinmedizin, N  
 Dr. Petra Viehweg (Dresden)  
 FÄ Diagnostische Radiologie, A  
 PD Dr. habil. Heiner Wolf (Dresden)  
 FA Innere Medizin, N  
 Dr. Steffen Handstein (Görlitz)  
 FA Plastische Chirurgie, A  
 Simone Hartmann (Dresden)  
 Techniker Krankenkasse,  
 Leiterin der Landesvertretung Sachsen  
 Dr. Volkmar Heller (Dresden)  
 Kassenärztliche Vereinigung Sachsen,  
 Landesgeschäftsstelle  
 seitens des Vorstandes:  
 Dr. Gisela Trübsbach  
 FÄ Radiologie, N  
 seitens der Geschäftsführung:  
 Dipl.-Med. Annette Kaiser

#### **Arbeitsgruppe Hirntoddiagnostik**

*Prof. Dr. Dietmar Schneider (Leipzig)*  
 FA Neurologie und Psychiatrie,  
 FA Innere Medizin, A  
 PD Dr. habil. Georg Gahn (Dresden)  
 FA Neurologie, A  
 Dr. Christiane Habeck (Chemnitz)  
 FÄ Anästhesiologie, A  
 Dr. Udo Krug (Chemnitz)  
 FA Neurochirurgie, A  
 PD Dr. habil. Jochen Machetanz (Zwickau)  
 FA Neurologie, A  
 Prof. Dr. Horst-Jürgen Meixensberger  
 (Leipzig)  
 FA Neurochirurgie, A  
 Prof. Dr. Andreas Thomas Merckenschlager  
 (Leipzig)  
 FA Kinder- und Jugendmedizin, A  
 Prof. Dr. Carl Reimers (Arnsdorf)  
 FA Neurologie, A  
 seitens der Geschäftsführung:  
 Dr. Torsten Schlosser

#### **Berufsbildungsausschuss „Arzthelferinnen“**

gemeinsam mit Vertretern der Landestierärztekammer Sachsen  
 Berufungszeitraum vom 1.1.2001 bis 31.12.2004

#### *Arbeitgeber-Vertreter*

Dr. Bernhard Ackermann (Zwickau)  
 FA Allgemeinmedizin, R  
 Dr. Volker Schubotz (Chemnitz)  
 FA Allgemeinmedizin, N  
 Dr. Kerstin Strahler (Görlitz)  
 FÄ Allgemeinmedizin, N  
 Dr. Ulrike Klenner (Dresden)  
 FÄ Frauenheilkunde und Geburtshilfe, N  
 Dr. vet. Detlef Ullrich (Leipzig)  
 Tierarzt

## *Arbeitnehmer-Vertreter*

Ulrike Leonhardt (Dresden)  
Arzthelferin (Sprechstundenschwester)  
Gisela Reißig (Plauen)  
Arzthelferin (Sprechstundenschwester)  
Heike Maser-Festersen (Dresden)  
Krankenschwester  
Sabine Rothe (Zittau)  
Krankenschwester  
Birgit Eisold (Mittweida)  
Arzthelferin  
Rowina Voigtländer  
(Markkleeberg)  
Tierarzthelferin

## *Beratende Lehrer-Vertreter*

Christine Thoß (Chemnitz)  
Wolfram Michel (Plauen)  
Barbara Weise (Dresden)  
Martina Wegener (Görlitz)  
Ina Beinhauer (Leipzig)  
Kirsten Fuchs (Torgau)

Dr. Claus Vogel (Leipzig)  
FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, N  
(Vertreter des Vorstandes)  
seitens der Geschäftsführung:  
Marina Hartmann  
Dr. jur. Verena Diefenbach

## **10.5**

### **Gesundheitspolitische Arbeit und Auslandskontakte**

#### **Deutsch-polnische Arbeitsgruppe**

*Dr. Helmut Schmidt (Hoyerswerda)*  
FA Kinder- und Jugendmedizin, A  
Prof. Dr. Albrecht Scholz (Dresden)  
FA Haut- und Geschlechtskrankheiten, A  
Dr. Peter Schwenke (Leipzig)  
FA Innere Medizin,  
FA Radiologische Diagnostik, R  
Dr. Klaus Soballa (Limbach-Oberfrohna)  
FA Allgemeinmedizin, R  
seitens der Geschäftsführung:  
Dr. Siegfried Herzig  
Dipl.-Ök. Kornelia Keller  
Knut Köhler, M. A.

## **10.6**

### **Sächsische Ärzteversorgung**

#### **10.6.1**

##### **Verwaltungsausschuss**

*Dr. Helmut Schmidt (Hoyerswerda)*  
FA Kinder- und Jugendmedizin, A  
Prof. Dr. Jan Schulze (Dresden)  
FA Innere Medizin, A

Dr. Manfred Halm (Dresden)  
FA Chirurgie, A  
PD Dr. habil. Ulf Herrmann (Dresden)  
FA Chirurgie, A  
Dr. Steffen Liebscher (Aue)  
FA Innere Medizin, N  
Prof. Dr. Hans-Peter Schwerg (Pirna)  
Tierarzt, R  
RA Hartmut Kilger (Tübingen)  
Rechtsanwalt  
Raimund Pecherz (Dresden)  
Bankfachmann  
Dipl.-Math. Hans-Jürgen Knecht (Düsseldorf)  
Aktuar

#### **10.6.2**

##### **Aufsichtsausschuss**

*Dr. Hans-Dieter Simon (Dresden)*  
FA Chirurgie, R  
Günter Elßner (Görlitz)  
Tierarzt, N  
Dr. Johannes Voß (Dresden)  
FA Chirurgie, A  
Dr. Claudia Kühnert (Chemnitz)  
FÄ Allgemeinmedizin, N  
Prof. Dr. Eberhard Grün (Leipzig)  
Tierarzt, R  
Dr. Karl-Friedrich Breiter (Bautzen)  
FA Innere Medizin, R  
Dr. Brigitte Herberholz (Geringswalde)  
FÄ Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, N  
Prof. Dr. Wolfram Behrendt (Leipzig)  
FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde,  
FA Phoniatrie und Pädaudiologie, R  
Prof. Dr. Eberhard Keller (Leipzig)  
FA Kinder- und Jugendmedizin, A

## **10.7**

### **Kreisärztekammern**

#### **Regierungsbezirk Chemnitz**

*Kreisärztekammer Annaberg*  
Dr. Hansjörg Lutterberg  
FA Radiologie, A  
Am Sonnenhang 38, 09488 Schönfeld

*Kreisärztekammer Aue-Schwarzenberg*  
Dipl.-Med. Ulla Tuchscherer  
FÄ Innere Medizin, A  
Fritz-Reuter-Str. 11, 08340 Schwarzenberg

*Kreisärztekammer Chemnitz*  
Dr. Roland Endesfelder  
FA Chirurgie, R  
Sächs. Landesärztekammer/Bez.-St.,  
Carl-Hamel-Str. 3a, 09116 Chemnitz

*Kreisärztekammer Chemnitzer Land*

Prof. Dr. Rainer Morgenstern  
FA Chirurgie, A  
Wind 1a, 09337 Hohenstein-Ernstthal/OT Wüstenbrand

*Kreisärztekammer Freiberg*

Dr. Gundula Suhr  
FÄ Anästhesiologie, A  
Untere Dorfstr. 37a, 09600 Niederschöna

*Kreisärztekammer Mittleres Erzgebirge*

Dr. Gunter Wagner  
FA Psychiatrie und Psychotherapie, A  
Kreiskrankenhaus Mittleres Erzgebirge,  
PF 8, 08602 Zschopau

*Kreisärztekammer Mittweida*

Dr. Helmut Knoblauch  
FA Allgemeinmedizin, N  
Dorfstraße 15c, 09326 Geringswalde

*Kreisärztekammer Plauen*

Dr. Christoph Seidl  
FA Pathologie, A  
Vogtland-Klinikum Plauen  
Röntgenstraße 2, 08529 Plauen

*Kreisärztekammer Stollberg*

Dr. Andreas Fiedler  
FA Allgemeinmedizin, N  
Am Niclasberg 23, 09235 Burkhardtsdorf

*Kreisärztekammer Vogtlandkreis*

Dr. Dietrich Steiniger  
FA Chirurgie, A  
Schönheider Str. 78, 08209 Brunn

*Kreisärztekammer Zwickau*

Dr. Dirk Mechtel  
FA Haut- und Geschlechtskrankheiten, A  
Ulmenweg 46, 08060 Zwickau,

*Kreisärztekammer Zwickauer Land*

Dr. Rainer Kobes  
FA Innere Medizin, A  
Werdauer Str. 139, 08060 Zwickau

**Regierungsbezirk Dresden***Kreisärztekammer Bautzen*

Dipl.-Med. Albrecht Bockisch  
FA Chirurgie, A  
Fleischergasse 15, 02625 Bautzen

*Kreisärztekammer Dresden*

Dr. Norbert Grosche  
FA Radiologie, N  
Hohe Str. 87a, 01187 Dresden

*Kreisärztekammer Görlitz*

Dr. Uwe Strahler  
FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, A  
Wilhelmsplatz 10, 02826 Görlitz

*Kreisärztekammer Hoyerswerda*

Dipl.-Med. Norbert Dobberstein  
FA Innere Medizin, N  
F.-J.-Curie-Str. 42, 02977 Hoyerswerda  
(bis 06.07.2004)

## Dr. Grit Reichert

FÄ Innere Medizin, N  
Paracelsusstraße 10, 02977 Hoyerswerda  
(ab 06.07.2004)

*Kreisärztekammer Kamenz*

Dr. Lutz Schulze  
FA Chirurgie, A  
Am Hutberg 15, 01917 Kamenz

*Kreisärztekammer Löbau-Zittau*

Dr. Gottfried Sterzel  
FA Anästhesiologie, A  
Eichelgasse 1, 02708 Löbau  
(bis 14.05.2004)

## Dr. Heiko Groth

FA Anästhesiologie, A  
Am Feldrain 26, 02708 Schönbach  
(ab 14.05.2004)

*Kreisärztekammer Meißen-Radebeul*

Dr. Erik Mueller  
FA Neurologie und Psychiatrie, N  
Dr. Felicitas-Kolde-Weg 2, 01662 Meißen

*Kreisärztekammer Niederschlesischer Oberlausitzkreis*

Dipl.-Med. Thomas Flämig  
FA Innere Medizin, N  
Arztpraxis, Zum Fuchsbau 1,  
02906 Niesky

*Kreisärztekammer Riesa-Großenhain*

Dr. Henrik Ullrich  
FA Diagnostische Radiologie, A  
Dr.-Schneider-Str. 53 a, 01589 Riesa

*Kreisärztekammer Sächsische Schweiz*

Dr. Jens Papke  
FA Innere Medizin, N  
Rudolf-Peschke-Straße 44, 01833 Stolpen  
(bis 10.11.2004)

## Simone Stuckart

FÄ Anästhesiologie, A  
Pötschaer Weg 2/3, 01824 Kurort Rathen  
(ab 10.11.2004)

## *Kreisärztekammer Weißeritzkreis*

Dipl.-Med. Klaus-Ulrich Däßler  
FA Innere Medizin, N  
Dresdner Str. 116, 01705 Freital

## **Regierungsbezirk Leipzig**

### *Kreisärztekammer Delitzsch*

Dipl.-Med. Andreas Koch  
FA Allgemeinmedizin, N  
Freiherr-vom-Stein-Straße 14, 04509 Delitzsch

### *Kreisärztekammer Döbeln*

Dr. Lutz Liebscher  
FA Kinder- und Jugendmedizin, A  
Nordstr. 29, 04720 Döbeln

### *Kreisärztekammer Leipzig*

Prof. Dr. Eberhard Keller  
FA Kinder- und Jugendmedizin, A  
Sächs. Landesärztekammer/Bez.-St.,  
Braunstr. 16, 04347 Leipzig

### *Kreisärztekammer Leipziger Land*

Dr. Gert Rothenberg  
FA Innere Medizin, R  
Marpergerstr. 5, 04229 Leipzig

### *Kreisärztekammer Muldentalkreis*

Erik Bodendieck  
FA Allgemeinmedizin, N  
Dehntzer Weg 69, 04808 Wurzen

### *Kreisärztekammer Torgau-Oschatz*

PD Dr. habil. Peter Friedrich  
FA Innere Medizin, A  
Waldstraße 14, 04769 Seelitz

## **10.8**

### **Träger der Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille**

#### **1996**

Dr. Helmut Knoblauch (Geringswalde)  
FA Allgemeinmedizin, N  
Prof. Dr. Jan Schulze (Dresden)  
FA Innere Medizin, A  
Dr. Peter Schwenke (Leipzig)  
FA Innere Medizin,  
FA Radiologische Diagnostik, R

#### **1997**

Dr. Thomas Fritz (Dresden)  
FA Innere Medizin, A  
Dr. Wolf-Dietrich Kirsch (Leipzig)  
FA Innere Medizin, † 16.09.2003  
Dr. Gottfried Lindemann (Flöha)  
FA Chirurgie, R

#### **1998**

Dr. Brigitte Güttler (Aue)  
FÄ Radiologie, N  
Prof. Dr. Rolf Haupt (Leipzig)  
FA Pathologie, R  
Dr. Rainer Kluge (Kamenz)  
FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, A

#### **1999**

Prof. Dr. Gunter Gruber (Taucha)  
FA Innere Medizin, R  
Dr. Manfred Halm (Dresden)  
FA Chirurgie, A  
Dr. Helmut Schmidt (Hoyerswerda)  
FA Kinder- und Jugendmedizin, A

#### **2000**

Prof. Dr. Heinz Diettrich (Dresden)  
FA Chirurgie, A  
Dr. Gisela Trübsbach (Dresden)  
FÄ Radiologie, N  
Dr. habil. Heinz Brandt (Torgau)  
FA Allgemeinmedizin, R  
Dr. Roland Endesfelder (Chemnitz)  
FA Chirurgie, R

#### **2001**

Prof. Dr. Siegwart Bigl (Chemnitz)  
FA Kinder- und Jugendmedizin, FA Mikrobiologie und Infektions-  
epidemiologie, FA Hygiene und Umweltmedizin, R  
Dr. Mathias Cebulla (Leipzig)  
FA Innere Medizin, A  
Prof. Dr. Wolfgang Saueremann (Dresden)  
FA Neurologie und Psychiatrie, A

#### **2002**

Prof. Dr. Gottfried Geiler (Leipzig)  
FA Pathologie, R  
Dr. Hanno Grethe (Sehma)  
FA Allgemeinmedizin, N  
Prof. Dr. Helga Schwenke-Speck (Leipzig)  
FÄ Innere Medizin, R

#### **2003**

Dr. Günter Bartsch (Neukirchen)  
FA Kinder- und Jugendmedizin, N  
Doz. Dr. habil. Roland Goertchen (Görlitz)  
FA Pathologie, A  
Dr. habil. Oswald Petter (Torgau)  
FA Haut- und Geschlechtskrankheiten, N

#### **2004**

Prof. Dr. Eberhard Keller (Leipzig)  
FA Kinder- und Jugendmedizin, A  
Prof. Dr. Martin Link (Dresden)  
FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe,  
FA Pathologie, N  
Dr. Ulrike Schwäblein-Sprafke  
FÄ Haut- und Geschlechtskrankheiten, N

---

## Anhang

- A. Ärztestatistik – Stand 31.12.2004
  - I. Überblick
  - II. Altersstruktur der Kammermitglieder
  - III. Zu- und Abgänge von Kammermitgliedern
  - IV. Kammermitglieder nach Gebieten und Spezialisierungen
  - V. Weiterbildung und Prüfungswesen
  - VI. Fortbildungsveranstaltungen der Sächsischen Akademie für ärztliche Fortbildung
  - VII. Veranstaltungsstatistik (Kammergebäude)
  - VIII. Zusammensetzung der Kammerversammlung in der Wahlperiode 2003 – 2007
- B. Mitarbeiter der Sächsischen Landesärztekammer
- C. Aufbau und Struktur der Sächsischen Landesärztekammer
- D. Kontakt
- E. Wegbeschreibung

**A. Ärztestatistik – Stand 31.12.2004**

**I. Überblick**

1. Freie Praxis/Ambulant

a) Allgemeinärzte	M	773		
	W	1.120	1.893 = 32,7%	
b) Praktiker	M	190		
	W	216	406 = 7,0%	
c) mit Gebiet	M	1.647		
	W	1.850	3.497 = 60,3%	5.796 = 31,8%

Zum Stichtag sind 23 Ärztinnen und Ärzte in Einrichtungen nach § 311 SGB V tätig.

2. Krankenhaus

a) Leitende Ärzte	M	579		
	W	73	652 = 9,4%	
b) Ärzte	M	3.465		
	W	2.849	6.314 = 90,6%	6.966 = 38,2%

(Oberärzte, Stationsärzte, Assistenzärzte)

3. Behörden

	M	229	= 46,8%	
	W	260	= 53,2%	489 = 2,7%
dar. Sanitätsoffiz.	M	45	= 83,3%	
	W	9	= 16,7%	54

4. Angestellte in Praxen (einschl. Praxisassistenten)

	M	103	= 35,6%	
	W	186	= 64,4%	289 = 1,6%

5. Ärzte in sonst. abh. Stellung

	M	273	= 41,6%	
	W	384	= 58,4%	657 = 3,6%

**Zwischensumme berufstätige Ärzte**

	M	7.260	= 51,1%	
	W	6.960	= 48,9%	14.220 = 78,0%

7. Ohne ärztl. Tätigkeit

	M	1.683	= 42,0%	
	W	2.327	= 58,0%	4.010 = 22,0%

**Gesamtzahl der Ärzte**

	M	8.943	= 49,1%	
	W	9.287	= 50,9%	18.230 = 100,0%

Zum Stichtag sind außerdem 28 Ärztinnen und Ärzte als freiwillige Mitglieder und 38 Zweitmitgliedschaften registriert.

8. Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus

a) mit Gebiet	M	2.703		
	W	1.623	4.326 = 62,1%	
b) ohne Gebiet	M	1.341		
	W	1.299	2.640 = 37,9%	6.966

9. Ärztinnen und Ärzte im Rentenalter

Ärzte (65 Jahre)	M	1.636	= 37,8%	
Ärztinnen (60 Jahre)	W	2.689	= 62,2%	4.325 = 23,7%
Ärztinnen (65 Jahre)	W	1.341		

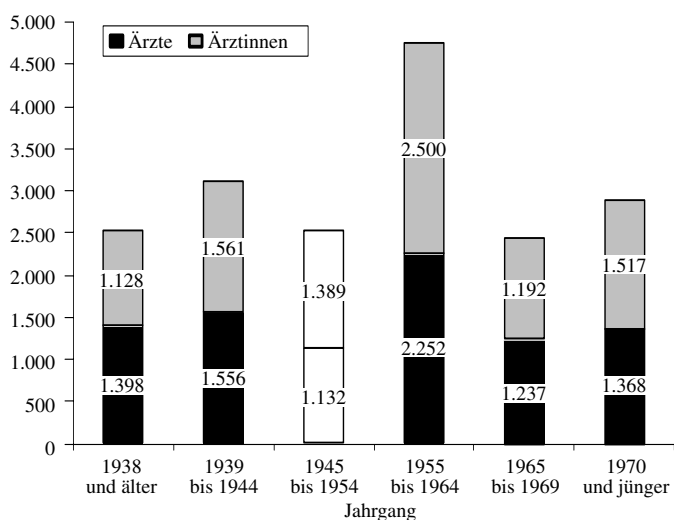
**II. Altersstruktur**

Altersklasse	Ärztinnen	Ärzte	Gesamt
1938 und älter	1.128	1.398	2.526
1939 bis 1944	1.561	1.556	3.117
1945 bis 1954	1.389	1.132	2.521
1955 bis 1964	2.500	2.252	4.752
1965 bis 1969	1.192	1.237	2.429
1970 und jünger	1.517	1.368	2.885
<b>Summe</b>	<b>9.287</b>	<b>8.943</b>	<b>18.230</b>

Lebensbaum (Stand 31.12.2004)

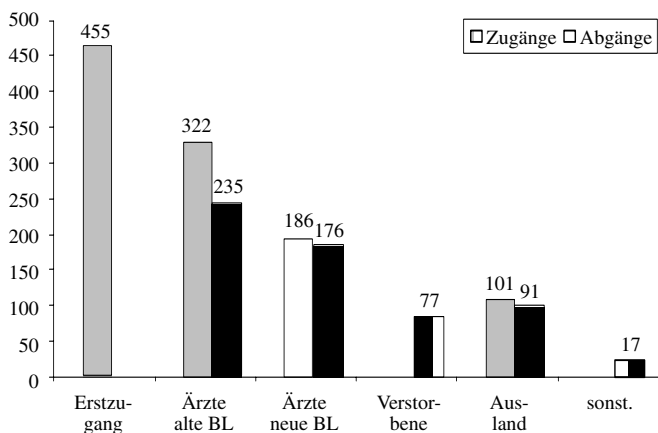
	Ärztinnen	Jahrgang	Ärzte
	1	1984	0
	8	1980	1
	37	1979	9 #
	86	1978	37 #####
	166	1977	101 #####
	161	1976	141 #####
	162	1975	153 #####
	161	1974	156 #####
	143	1973	164 #####
	163	1972	164 #####
	213	1971	207 #####
	216	1970	226 #####
	217	1969	224 #####
	240	1968	256 #####
	239	1967	260 #####
	256	1966	299 #####
	240	1965	239 #####
	260	1964	261 #####
	249	1963	262 #####
	270	1962	247 #####
	236	1961	219 #####
	252	1960	232 #####
	247	1959	229 #####
	264	1958	210 #####
	277	1957	216 #####
	232	1956	198 #####
	223	1955	189 #####
	178	1954	157 #####
	193	1953	151 #####
	166	1952	116 #####
	200	1951	132 #####
	186	1950	142 #####
	111	1949	99 #####
	76	1948	66 #####
	87	1947	98 #####
	84	1946	69 #####
	109	1945	120 #####
	147	1944	109 #####
	243	1943	253 #####
	217	1942	215 #####
	367	1941	329 #####
	284	1940	293 #####
	213	1939	236 #####
	206	1938	203 #####
	160	1937	150 #####
	132	1936	146 #####
	120	1935	139 #####
	107	1934	136 #####
	76	1933	81 #####
	63	1932	71 #####
	46	1931	46 #####
	30	1930	46 #####
	28	1929	45 #####
	27	1928	38 #####
	19	1927	37 #####
	12	1926	34 #####
	18	1925	23 #####
	23	1924	18 #####
	14	1923	16 #####
	11	1922	16 #####
	13	1921	24 #####
	9	1920	22 #####
	10	1919	14 #
	3	1918	17 #
	3	1917	9 #
	0	1916	11 #
	3	1915	7 #
	0	1914	8 #
	3	1913	6 #
	4	1912	1 #
	0	1911	4 #
	0	1910	2 #
	1	1909	1 #
	<b>9287</b>		<b>8943</b>

Maximalwert: 387  
Spreizfaktor: 60



### III. Zu- und Abgänge von Kammermitgliedern

	Zugänge	Abgänge
Erstzugang	455	
Ärzte alte BL	322	235
Ärzte neue BL	186	176
Verstorbene		77
Ausland	101	91
sonst.		17
<b>Gesamt</b>	<b>1.064</b>	<b>596</b>



### IV. Kammermitglieder nach Gebieten und Spezialisierungen

Die Angaben entsprechen der Ärztestatistik der Sächsischen Landesärztekammer zur Bundesärztestatistik zum Stichtag 31.12.2004.

In der Tabelle wird jeder Arzt nur einmal gezählt:

– Ist ein Arzt berechtigt eine Spezialisierung bzw. Teilgebiet zu führen, so wird er unter diesem Teilgebiet geführt (keine Darunter-Position des Gebietes)

- Ist ein Arzt berechtigt, mehrere Gebiete /Spezialisierungen/Teilgebiete zu führen, so wird er unter dem Gebiet/Spezialisierung/Teilgebiet aufgeführt,
  - 1) in dem er vorwiegend tätig ist,
  - 2) in dem er wahrscheinlich tätig ist (konnten bei der Erstellung der Statistik nicht berücksichtigt werden) oder
  - 3) das er zuletzt erworben hat.

Gebiet/Schwerpunkt	Ärzte	Ärztinnen	Gesamt
ohne Gebietsbezeichnung	1.695	1.967	3.662
Praktischer Arzt	197	216	413
Allgemeinmedizin	1.105	1.855	2.960
Anästhesiologie	471	416	887
Anatomie	12	1	13
Arbeitsmedizin	79	143	222
Augenheilkunde	138	321	459
Biochemie	11	2	13
Chirurgie	640	219	859
SP Gefäßchirurgie	49	7	56
SP Thoraxchirurgie	17	2	19
SP Unfallchirurgie	233	15	248
SP Visceralchirurgie	80	7	87
TG Plastische Chirurgie	1	2	3
TG Thorax- und			
Kardiovaskularchirurgie	2	–	2
Diagnostische Radiologie	55	44	99
SP Kinderradiologie	2	2	4
SP Neuroradiologie	3	1	4
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	386	588	974
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	160	215	375
TG Phoniatrie und Pädaudiologie	8	4	12
TG Audiologie	6	1	7
TG Phoniatrie	–	2	2
Haut- und Geschlechtskrankheiten	109	236	345
Herzchirurgie	28	1	29
SP Thoraxchirurgie	2	–	2
Humangenetik	3	7	10
Hygiene und Umweltmedizin	23	30	53
Immunologie	7	2	9
Innere Medizin	795	814	1.609
SP Angiologie	34	15	49
SP Endokrinologie	34	20	54
SP Gastroenterologie	104	23	127
SP Hämatologie und			
Internistische Onkologie	54	30	84
SP Kardiologie	109	32	141
SP Pneumologie	32	22	54
SP Nephrologie	67	38	105
SP Rheumatologie	36	25	61
TG Diabetologie	16	21	37
TG Infektions- und Tropenmedizin	3	3	6
TG Kardiologie und Angiologie	67	21	88
Internistische Lungen- und			
Bronchialheilkunde	1	–	1
Kinderchirurgie	37	15	52
Kinder- und Jugendmedizin	239	733	972
SP Kinderkardiologie	15	9	24
SP Neonatologie	30	20	50



Gebiet/Schwerpunkt	Ärzte	Ärztinnen	Gesamt
TG Kindergastroenterologie	3	–	3
TG Kinderhämatologie	3	2	5
TG Ki.-Lu.-Bronchialheilkunde	9	1	10
TG Kinderneurologie	2	3	5
TG Kinderneuropsychiatrie	4	1	5
Kinder- und Jugendpsychiatrie	10	11	21
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	13	47	60
Klinische Pharmakologie	8	3	11
Laboratoriumsmedizin	24	14	38
Lungen- und Bronchialheilkunde	11	21	32
Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie	30	32	62
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	51	15	66
Nervenheilkunde	197	193	390
TG Kinderneuropsychiatrie	5	3	8
Neurochirurgie	48	8	56
Neurologie	76	58	134
Neuropathologie	2	1	3
Nuklearmedizin	17	15	32
Öffentliches Gesundheitswesen	35	43	78
Orthopädie	312	124	436
SP Rheumatologie	31	8	39
Pathologie	80	19	99
Pathologische Physiologie	2	–	2
Pharmakologie und Toxikologie	15	6	21
TG Klinische Pharmakologie	2	–	2
Phoniatrie und Pädaudiologie	8	5	13
Physikalische und Rehabilitative Medizin	26	39	65
Physiologie	24	8	32
Physiotherapie	26	48	74
Plastische Chirurgie	9	3	12
Psychiatrie	32	33	65
Psychiatrie und Psychotherapie	62	81	143
Psychotherapeutische Medizin	23	23	46
Psychotherapie	12	9	21
Radiologie	114	88	202
TG Strahlentherapie	1	–	1
Radiologische Diagnostik	31	34	65
TG Kinderradiologie	2	–	2
TG Neuroradiologie	3	–	3
Rechtsmedizin	23	7	30
Sozialhygiene	23	20	43
Sportmedizin	37	25	62
Strahlentherapie	21	13	34
Transfusionsmedizin	19	36	55
Urologie	257	37	294
Biophysik	4	–	4
Geschichte der Medizin	–	2	2
Medizinische Genetik	–	1	1
Medizinische Informatik	1	–	1
<b>Summe:</b>	<b>8.943</b>	<b>9.287</b>	<b>18.230</b>

**V. Weiterbildung und Prüfungswesen**

(Erteilung im Zeitraum 01.01.2004 – 31.12.2004)

*I. Weiterbildungsbefugnisse für Gebiete und Schwerpunkte*

Gebiet/ Schwerpunkt	Gesamt	Voll		Teil	
		Erst- antrag	Neu- antrag	Erst- antrag	Neu- antrag
Allgemeinmedizin	56	40	15	1	–
Anästhesiologie	8	2	4	2	–
Anatomie	–	–	–	–	–
Arbeitsmedizin	3	3	–	–	–
Augenheilkunde	7	–	–	3	4
Biochemie	–	–	–	–	–
Chirurgie	27	11	10	6	–
SP Gefäßchirurgie	7	3	1	1	2
SP Thoraxchirurgie	1	–	–	1	–
SP Unfallchirurgie	9	3	–	5	1
SP Visceralchirurgie	11	6	2	3	–
Diagnostische Radiologie	9	5	2	–	2
SP Kinderradiologie	1	–	–	1	–
SP Neuroradiologie	2	2	–	–	–
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	22	10	4	4	4
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	4	2	–	1	1
Haut- und Geschlechts- krankheiten	8	2	1	1	4
Herzchirurgie	–	–	–	–	–
SP Thoraxchirurgie	–	–	–	–	–
Humangenetik	–	–	–	–	–
Hygiene und Umweltmedizin	–	–	–	–	–
Innere Medizin	45	8	5	23	9
SP Angiologie	–	–	–	–	–
SP Endokrinologie	3	1	1	1	–
SP Gastroenterologie	7	4	1	1	1
SP Hämatologie und Internistische Onkologie	5	4	–	1	–
SP Kardiologie	13	2	1	7	3
SP Nephrologie	5	1	–	2	2
SP Pneumologie	4	2	–	2	–
SP Rheumatologie	–	–	–	–	–
Kinderchirurgie	–	–	–	–	–
Kinder- und Jugendmedizin	26	1	4	18	3
SP Kinderkardiologie	1	–	–	1	–
SP Neonatologie	1	1	–	–	–
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	3	1	2	–	–
Klinische Pharmakologie	–	–	–	–	–
Laboratoriumsmedizin	3	2	1	–	–
Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie	5	3	1	1	–
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	–	–	–	–	–
Neurochirurgie	1	1	–	–	–
Neurologie	6	1	–	1	4
Neuropathologie	–	–	–	–	–
Nuklearmedizin	–	–	–	–	–
Öffentliches Gesundheitswesen	–	–	–	–	–
Orthopädie	12	–	1	9	2
SP Rheumatologie	–	–	–	–	–

Gebiet/ Schwerpunkt	Gesamt	Voll		Teil	
		Erst- antrag	Neu- antrag	Erst- antrag	Neu- antrag
Pathologie	–	–	–	–	–
Pharmakologie und Toxikologie	–	–	–	–	–
Phoniatrie und Pädaudiologie	–	–	–	–	–
Physikalische und Rehabilitative Medizin	4	2	–	2	–
Physiologie	–	–	–	–	–
Plastische Chirurgie	–	–	–	–	–
Psychiatrie und Psychotherapie	7	3	1	1	2
Psychotherapeutische Medizin	–	–	–	–	–
Rechtsmedizin	–	–	–	–	–
Strahlentherapie	–	–	–	–	–
Transfusionsmedizin	–	–	–	–	–
Urologie	–	7	3	4	–
<b>Gesamt</b>	<b>333</b>	<b>129</b>	<b>61</b>	<b>99</b>	<b>44</b>

Die Listen der befugten Weiterbilder können für das jeweilige Gebiet/Schwerpunkt/Bereich in der Geschäftsstelle der Sächsischen Landesärztekammer angefordert werden.

## 2. Weiterbildungsbefugnisse für Zusatzbezeichnungen

Bereich	Gesamt	Voll		Teil	
		Erst- antrag	Neu- antrag	Erst- antrag	Neu- antrag
Allergologie	9	4	2	2	1
Betriebsmedizin	–	–	–	–	–
Bluttransfusionswesen	–	–	–	–	–
Handchirurgie	3	1	–	2	–
Homöopathie	–	–	–	–	–
Medizinische Genetik	–	–	–	–	–
Medizinische Informatik	–	–	–	–	–
Naturheilverfahren	6	2	–	2	2
Phlebologie	–	–	–	–	–
Physikalische Therapie	1	–	–	1	–
Plastische Operationen	3	3	–	–	–
Psychoanalyse	–	–	–	–	–
Psychotherapie	–	–	–	–	–
Rehabilitationswesen	–	–	–	–	–
Sozialmedizin	1	1	–	–	–
Spezielle Schmerztherapie	3	2	–	1	–
Sportmedizin	–	–	–	–	–
Stimm- und Sprachstörungen	–	–	–	–	–
Tropenmedizin	–	–	–	–	–
Umweltmedizin	–	–	–	–	–
<b>Gesamt</b>	<b>26</b>	<b>13</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>3</b>

## 3. Weiterbildungsbefugnisse für fakultative Weiterbildungen

Fakultative Weiterbildung	Gesamt	Voll		Teil	
		Erst- antrag	Neu- antrag	Erst- antrag	Neu- antrag
Spezielle Anästhesiologische Intensivmedizin	6	3	–	2	1

Fakultative Weiterbildung	Gesamt	Voll		Teil	
		Erst- antrag	Neu- antrag	Erst- antrag	Neu- antrag
Spezielle Operative Gynäkologie	1	1	–	–	–
Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	1	1	–	–	–
Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	1	1	–	–	–
Spezielle Hals-Nasen- Ohrenchirurgie	2	2	–	–	–
Spezielle-Herzchirurgische Intensivmedizin	2	2	–	–	–
Spezielle Internistische Intensivmedizin	1	1	–	–	–
Klinische Geriatrie/ Innere Medizin	3	3	–	–	–
Spezielle Neurologische Intensivmedizin	2	1	1	–	–
Spezielle Urologische Chirurgie	–	5	1	4	–
<b>Gesamt</b>	<b>24</b>	<b>16</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

## 4. Weiterbildungsbefugnisse für Fachkunden im Gebiet

Fachkunde im Gebiet	Gesamt	Voll		Teil	
		Erst- antrag	Neu- antrag	Erst- antrag	Neu- antrag
<b>Gesamt</b>	<b>0</b>				

## 5. Ermächtigungen für die Organisation der Weiterbildung im Gebiet Allgemeinmedizin

Ermächtigung	Gesamt
<b>Gesamt</b>	<b>2</b>

## 6. Anerkennung von Gebieten, Schwerpunkten, Zusatzbezeichnungen, Fakultative Weiterbildung

Gebiet/ Schwerpunkt	Anerkennung			Prüfg. nicht best.		
	Ärz- tinnen	Ärzte	ges.	Ärz- tinnen	Ärzte	ges.
Allgemeinmedizin	34	22	56	3	2	5
Anästhesiologie	16	33	49	1	3	4
Arbeitsmedizin	7	1	8	1	–	1
Augenheilkunde	13	3	16	–	–	–
Chirurgie	10	43	53	–	–	–
Gefäßchirurgie	–	4	4	–	–	–
Thoraxchirurgie	–	4	4	–	–	–
Unfallchirurgie	1	22	23	–	5	5
Visceralchirurgie	2	6	8	–	–	–
Diagnostische Radiologie	4	6	10	–	–	–
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	20	12	32	2	1	3

Gebiet/ Schwerpunkt	Anerkennung			Prüfg. nicht best.			Fakultative Weiterbildung	Anerkennung			Prüfg. nicht best.		
	Ärz- tinnen	Ärzte	ges.	Ärz- tinnen	Ärzte	ges.		Ärz- tinnen	Ärzte	ges.	Ärz- tinnen	Ärzte	ges.
Hals-Nasen-Ohren- heilkunde	4	7	11	–	–	–	Spezielle Anästhesio- logische Intensivmedizin	2	14	16	1	–	1
Haut- und Geschlechts- krankheiten	6	6	12	–	–	–	Spezielle Chirurgische Intensivmedizin	–	4	4	–	–	–
Herzchirurgie	–	5	5	–	–	–	Spezielle Operative Gynäkologie	1	–	1	–	–	–
Humangenetik	1	–	1	–	–	–	Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	1	1	2	–	–	–
Innere Medizin	42	62	104	–	–	–	Spezielle Hals-Nasen- Ohren-Chirurgie	–	3	3	–	–	–
Angiologie	1	3	4	–	–	–	Spezielle Herzchirurgische Intensivmedizin	–	1	1	–	–	–
Endokrinologie	5	4	9	–	–	–	Spezielle Internistische Intensivmedizin	–	3	3	–	–	–
Gastroenterologie	6	11	17	–	–	–	Klinische Geriatrie/ Innere Medizin	3	3	6	–	–	–
Hämatologie und Inter- nistische Onkologie	3	9	12	–	1	1	Infektiologie	–	1	1	–	–	–
Kardiologie	4	18	22	–	1	1	Innere Medizin	–	1	1	–	–	–
Pneumologie	4	4	8	–	–	–	Spezielle Neurologische Intensivmedizin	1	–	1	–	–	–
Nephrologie	5	2	7	–	1	1	Klinische Geriatrie	1	2	3	–	–	–
Rheumatologie	1	–	1	–	–	–	Spezielle Orthopädische Chirurgie	–	2	2	–	–	–
Kinderchirurgie	1	3	4	–	–	–	Molekularpathologie	2	–	2	–	–	–
Kinder- und Jugendmedizin	13	8	21	–	–	–	Klinische Geriatrie/ Psychiatrie	1	–	1	–	–	–
Kinderkardiologie	2	2	4	–	–	–	Spezielle Urologische Chirurgie	–	1	1	–	–	–
Neonatologie	2	1	3	–	–	–	<b>Summe</b>	<b>12</b>	<b>35</b>	<b>47</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
Kinder- und Jugendpsychia- trie und -psychotherapie	4	–	4	–	–	–	<b>Gesamt: 48</b>						
Laboratoriumsmedizin	–	1	1	–	–	–	<b>Prüfungen nicht bestanden: 1 = 2,08 %</b>						
Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie	–	3	3	–	–	–	<b>Zusatzbezeichnungen</b>	<b>Anerkennung</b>	<b>Ablehnung</b>				
Mund-Kiefer-Gesichts- chirurgie	1	4	5	–	–	–	Ärztliches Qualitätsmanagement	17	–				
Neurochirurgie	2	5	7	–	1	1	Allergologie	8	–				
Neurologie	11	15	26	1	2	3	Balneologie und Medizinische Klimatologie	3	–				
Nuklearmedizin	1	2	3	–	–	–	Bluttransfusionswesen	1	–				
Öffentliches Gesund- heitswesen	1	–	1	–	–	–	Betriebsmedizin	14	–				
Orthopädie	6	20	26	–	1	1	(Arbeitsmedizinische Fachkunde)	15	–				
Rheumatologie	1	4	5	–	–	–	Chirotherapie	31	–				
Pathologie	1	2	3	–	–	–	Flugmedizin	1	–				
Phoniatrie und Pädaudiologie	1	1	2	–	–	–	Handchirurgie	4	1				
Physikalische und Rehabilitative Medizin	4	2	6	–	1	1	Homöopathie	13	–				
Psychiatrie und Psychotherapie	13	17	30	–	–	–	Medizinische Genetik	–	–				
Psychotherapeutische Medizin	4	3	7	–	–	–	Medizinische Informatik	1	–				
Rechtsmedizin	1	–	1	–	–	–	Naturheilverfahren	24	–				
Strahlentherapie	–	2	2	–	–	–	Phlebologie	2	–				
Transfusionsmedizin	1	1	2	–	–	–	Physikalische Therapie	11	–				
Urologie	1	13	14	–	–	–	Plastische Operationen	1	–				
Praktische Ärzte	–	1	1	–	–	–	Psychoanalyse	–	–				
<b>Gesamt</b>	<b>260</b>	<b>397</b>	<b>657</b>	<b>8</b>	<b>19</b>	<b>27</b>							
davon 35 nach EU-Richtlinie													
<b>Gesamt: 684 Prüfungen</b>													
<b>Prüfungen nicht bestanden: 27 = 3,95 %</b>													

Zusatzbezeichnungen	Anerkennung	Ablehnung
Psychotherapie	12	–
Rehabilitationswesen	6	–
Sozialmedizin	51	–
Spezielle Schmerztherapie	11	–
Sportmedizin	16	–
Stimm- und Sprachstörungen	1	–
Tropenmedizin	–	–
Umweltmedizin	–	–
<b>Gesamt</b>	<b>244</b>	<b>1</b>

### 7. Fachkundenachweise

#### 7.1. Fachkundenachweise nach der Weiterbildungsordnung

Fachkunde im Gebiet	Anzahl
Allgemeinmedizin	
Suchtmedizinische Grundversorgung	2
Chirurgie	
Ösophago-Gastro-Duodenoskopie	1
Innere Medizin	
Bronchoskopie	1
Sigmoido-Koloskopie	6
Suchtmedizinische Grundversorgung	1
Öffentliches Gesundheitswesen	
Suchtmedizinische Grundversorgung	1
Psychiatrie und Psychotherapie	
Suchtmedizinische Grundversorgung	2
<b>Gesamt</b>	<b>14</b>

#### 7.2. Fachkundenachweise auf der Grundlage von Bundes- und Landesgesetzen (Röntgenverordnung, Strahlenschutzverordnung, Rettungsdienstgesetz)

##### 7.2.1. Fachkundenachweise Strahlenschutz nach der Röntgenverordnung

Anwendungsgebiet	Anzahl
1. Gesamtgebiet der Röntgendiagnostik (ohne CT)	6
2. Notfalldiagnostik (Extremitäten, Schädel, Wirbelsäule, Thorax, Abdomen)	60
3. Röntgendiagnostik des Thorax	97
4. Röntgendiagnostik der Extremitäten	2
5. Röntgendiagnostik des Schädels	–
6. Röntgendiagnostik des gesamten Harntraktes und/oder Geschlechtsorgane	12
7. Röntgendiagnostik des gesamten Skelettes	18
8. Röntgendiagnostik des Abdomens	49
9. Gesichtsschädel und NNH	3
10. Mammographie	1
11. Röntgendiagnostik eines speziellen Organsystems	60
12. Computertomographie	13
13. Gesamtgebiet der Röntgentherapie	2
14. Strahlentherapie mit Röntgenstrahlen	1
<b>Gesamt:</b> ausgestellte Urkunden für Fachkundenachweise	<b>222</b>
Anwendungsgebiete der Fachkunde/ RÖV	<b>334</b>

##### 7.2.2. Fachkundenachweise Strahlenschutz nach der Strahlenschutzverordnung

Anwendungsgebiet	Anzahl
1. Offene radioaktive Stoffe	5
2. Umschlossene radioaktive Stoffe	1
3. Brachytherapie	2
4. Teletherapie	1
5. Endovaskuläre Strahlentherapie	1
<b>Gesamt:</b> ausgestellte Urkunden für Fachkundenachweise	<b>7</b>
Anwendungsgebiete der Fachkunde/StrlSchV	<b>10</b>

##### 7.2.3. Fachkundenachweise Rettungsdienst

<b>Gesamt</b>	<b>79</b>
---------------	-----------

##### 7.2.4. Fachkundenachweise Leitender Notarzt

<b>Gesamt</b>	<b>19</b>
---------------	-----------

#### 7.3. Fachkundenachweise und Ausbildungsberechtigungen nach der Richtlinie zur Erteilung des Fachkundenachweises Ultraschalldiagnostik vom 8. März 1994

##### 7.3.1. Fachkundenachweise

Anwendungsgebiet	Anzahl
1. Gehirn durch die offene Fontanelle und durch die Kalotte (B-Mode und PW-Doppler) (B-Mode)	10
2. Augen und Augenhöhlen	
a) Gesamte Diagnostik des Auges und der Augenhöhlen	2
b) Biometrie der Achsenlänge des Auges und ihrer Teilabschnitte sowie Messungen der Hornhautdicke	2
3. Nasennebenhöhlen	
a) A-Mode-Verfahren	5
b) B-Mode-Verfahren	7
4. Gesichtswichteile und Weichteile des Halses (einschließlich Speicheldrüsen)	25
5. Schilddrüse	128
6. Herz	
a) Echokardiographie – Erwachsene	21
Echokardiographie – Kinder	2
b) Doppler-Echokardiographie – Erwachsene	20
Doppler-Echokardiographie – Kinder	2
c) Belastungsechokardiographie	5
7. Thoraxorgane (ohne Herz)	80
8. Brustdrüse	15
9. Abdomen und Retroperitoneum (einschließlich Nieren)	
a) Erwachsene	130
b) Kinder	12
10. Uro-Genitalorgane	
a) Uro-Genitalorgane (ohne weibliche Genitalorgane)	87
b) Weibliche Genitalorgane	15

Anwendungsgebiet	Anzahl
11. Schwangerschaftsdiagnostik	
a) Geburtshilfliche Basisdiagnostik	15
b) Weiterführende differentialdiagnostische sonographische Untersuchungen bei Verdacht auf Entwicklungsstörungen oder Verdacht auf fetale Erkrankungen oder erhöhtem Risiko	1
12. Bewegungsorgane (ohne Säuglings Hüften)	35
13. Säuglings Hüften	30
14. Gefäßdiagnostik	
a) CW-Doppler	
– Extrakranielle hirnversorgende Gefäße	20
– Extremitätenversorgende Gefäße	12
– Gefäße des männlichen Genitalsystems	2
– Feto-maternales Gefäßsystem	1
b) PW-Doppler	
– Intrakranielle Gefäße	12
c) Duplex-Verfahren (einschließlich Farbkodierung)	
– Extrakranielle hirnversorgende Gefäße	23
– Extremitätenversorgende Gefäße	13
– Abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum	7
– Gefäße des weiblichen Genitalsystems	2
– Fetale Echokardiographie	–
– Feto-maternales Gefäßsystem	1
d) B-Mode	
– Venen der Extremitäten	12
15. Haut und Subkutis (einschließlich subkutaner Lymphknoten)	1
<b>Gesamt:</b> ausgestellte Urkunden für Fachkundenachweise Anwendungsbereiche der Fachkunde Ultraschalldiagnostik	<b>282</b> <b>755</b>

*Kurse zur Erlangung der Fachkunde Rettungsdienst*

Kurs	Ort	Termin	Teilnehmer
Kurs A - D	Dresden	13.03. bis 20.03.2004	35
Kurs A - D	Leipzig	18.04. bis 25.04.2004	48
Kurs A - D	Dresden	27.11. bis 04.12.2004	45
<b>Gesamt</b>			<b>128</b>

*Kurse Arbeitsmedizin und Betriebsmedizin*

Kurs	Ort	Termin	Teilnehmer
Kurs B	Dresden	16.01. bis 23.01.2004/ 27.02. bis 05.03.2004	42
Kurs C	Dresden	19.03. bis 26.03.2004/ 04.06. bis 11.06.2004	46
Kurs A	Dresden	10.09. bis 17.09.2004/ 08.10. bis 15.10.2004	42
Kurs B	Dresden	05.11. bis 12.11.2004/ 03.12. bis 10.12.2004	42
<b>Gesamt</b>			<b>172</b>

*7.3.2. Ausbildungsberechtigungen für Ultraschalldiagnostik*

<b>Gesamt</b>	<b>0</b>
---------------	----------

*Kursweiterbildung Allgemeinmedizin*

Kurs	Ort	Termin	Teilnehmer
80-Stunden-Kurs			
– Kompaktkurs Teil 1	Dresden	12.10. bis 16.10.2004	37
– Kompaktkurs Teil 2	Dresden	18.10. bis 21.10.2004	28
<b>Gesamt</b>			<b>65</b>

**VI. Fortbildungsveranstaltungen der Sächsischen Akademie für ärztliche Fortbildung**

*Notfallmedizin*

Kurs	Ort	Termin	Teilnehmer
14. Seminarkurs Leitender Notarzt	Erlbach/Vogtland	07.06. bis 12.06.2004	18
3. Seminarkurs Ärztlicher Leiter Rettungsdienst	Oberwiesenthal	24.10. bis 27.10.2004	18
12. Refresherkurs für LNA	Oberwiesenthal	21.10. bis 23.10.2004	47
<b>Gesamt</b>			<b>83</b>

*Reanimationskurse*

Ort	Teil 1	Teil 2	Teilnehmer
Dresden	25.02.2004	03.03.2004	24
Dresden	08.09.2004	15.09.2004	21
Dresden	03.11.2004	10.11.2004	13
Leipzig	02.07.2004	03.07.2004	22
Leipzig	03.09.2004	04.09.2004	11
Leipzig	12.11.2004	13.11.2004	22
Aue	05.05.2004	12.05.2004	16
Torgau	23.04.2004	24.04.2004	12
Werdau	14.01.2004	14.01.2004	13

Ort	Teil 1	Teil 2	Teilnehmer
Schwarzenberg	03.03.2004	03.03.2004	11
Bad Elster	23.04.2004	23.04.2004	11
Grünhain	29.04.2004	29.04.2004	15
Schwarzenberg	24.11.2004	24.11.2004	22
Raschau	10.12.2004	10.12.2004	20
Zwickau	05.11.2004	06.11.2004	17
Zwickau	03.12.2004	04.12.2004	10
<b>Gesamt</b>			<b>260</b>

## Sonstige Kurse

Kurs	Ort	Termin	Teilnehmer
Verkehrsmedizinische Begutachtung	Dresden	12.03. bis 13.03.2004	25
Transfusionsmedizin	Dresden	14.10. bis 15.10.2004	27
Ärztliches Qualitätsmanagement – Block IV	Dresden	Projektwoche Januar 2004	19
– Block V		24.02. bis 28.02.2004	19
Spezielle Schmerztherapie II	Leipzig	03.05. bis 07.05.2004	37
Suchtmedizinische Grundversorgung	Dresden	09.12. bis 11.12.2004	19
		16.12. bis 18.12.2004	19
<b>Gesamt</b>			<b>146</b>

## Sonstige Veranstaltungen

Kurs	Ort	Termin	Teilnehmer
Fachübergreifendes FB-Semester – Frühjahrssemester „Funktionelle Störungen“	Dresden	03.03.2004	20
		10.03.2004	53
		17.03.2004	30
		24.03.2004	63
		31.03.2004	40
		07.04.2004	55
		14.04.2004	48
		21.04.2004	50
		05.05.2004	69
		12.05.2004	44
– Herbstsemester „Wechselnde Themen“	Dresden	15.09.2004	31
		22.09.2004	42
		29.09.2004	39
		06.10.2004	41
		13.10.2004	43
		20.10.2004	50
		03.11.2004	40

Kurs	Ort	Termin	Teilnehmer
20. Kolloquium Umwelt und Gesundheit	Dresden	27.10. 2004	95
<b>Gesamt</b>			<b>853</b>

**Anzahl vergebene Fortbildungszertifikate 2004: 396**

## VII. Veranstaltungsstatistik (Kammergebäude)

	Anzahl	Personenzahl
Kammerversammlung/Ärztetag	2	334
Vorstand	11	220
Ausschüsse/Beratungen	322	2.637
Eigene Veranstaltungen	12	625
Fremdveranstaltungen	183	11.427
Kreisärztekammer	2	99
Jahresversammlung Kreisärztekammer	1	48
Seniorenveranstaltungen	3	350
Vernissage	7	832
Konzerte	10	1.041
Fremde Kurse		
– Verhaltenstherapie	25	750
– Chirotherapie	4	1.394
– Ultraschall	2	409
– Zahnärztekammer	4	120
– Steuerberater Prüfung	2	150
<b>Gesamt</b>	<b>590</b>	<b>20.436</b>

## VIII. Zusammensetzung der Kammerversammlung in der Wahlperiode 2003 – 2007

101 Mandate: 59 (57%) Niedergelassene Ärzte  
31 (30%) Angestellte Ärzte (Krankenhaus, Gesundheitsbehörden)  
11 (11%) Ärzte im Ruhestand  
zzgl. 2 ( 2%) Vertreter der Universitäten Dresden und Leipzig

103 Sitze

103 Sitze: 82 (80%) Ärzte  
21 (20%) Ärztinnen

Gebiet	Niederlassung	Ange-stellte	Ruhe-stand	Ärz-tinnen	Ärzte
Allgemeinmedizin und Praktiker	23	–	1	10	14
Anästhesiologie	1	5	–	1	5
Augenheilkunde	3	–	–	1	2
Chirurgie	2	8	2	1	11

Gebiet	Niederlassung	Ange-stellte	Ruhe-stand	Ärz-tinnen	Ärzte
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	1	1	-	-	2
Hals-Nasen-Ohren-heilkunde	3	-	-	-	3
Haut- und Geschlechts-krankheiten	1	1	1	1	2
Humangenetik	1	-	-	1	-
Innere Medizin	13	8	3	2	22
Kinderchirurgie	-	1	-	-	1
Kinder- und Jugendmedizin	1	4	1	1	5
Nuklearmedizin	1	-	-	1	-
Neurologie und Psychiatrie	-	-	1	-	1
Neurologie	2	-	-	-	2
Öffentliches Gesund-heitswesen	-	1	-	-	1
Orthopädie	1	-	-	1	-
Pathologie	-	-	1	-	1
Radiologie	3	1	1	1	4
Urologie	3	-	-	-	3
in Weiterbildung	-	3	-	-	3
<b>Gesamt</b>	<b>59</b>	<b>33</b>	<b>11</b>	<b>21</b>	<b>82</b>

Referat Berufsrecht	Dipl.-Betriebsw. (FH) Heidi Rätz Verw.Betriebsw. Manuela Anders (ab 01.05.2004)
	Dipl.-Verwaltungsw. (FH) Grit Martin
	Dipl.-Verwaltungsw. (FH) Bianca Reinicke (bis 18.06.2004)
Referat Ethikkommission	Assessorin jur. Anett Blume (ab 01.07.2004)
Referat Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen	Ursula Riedel
Bezirksstellen Dresden	Ursula Riedel Dipl.-Ing. (FH) Beatrix Thierfelder
Chemnitz	Brigitte Rast Jaqueline Will (ab 01.08.2004)
Leipzig	

Ärztlicher Geschäftsführer  
Sekretariat  
Dr. Siegfried Herzig  
Brigitte Preißler

Referat Medizinische Sachfragen  
Dr. Barbara Gamaleja

Referat Weiterbildung/  
Prüfungswesen  
Dr. Birgit Gäbler  
Margitta Dittrich  
Renate Ziegler  
Karin Wesche  
Heidrun Eichhorn  
Ute Fischer

Referat Fortbildung/Sächsische  
Akademie für ärztliche Fort- und  
Weiterbildung  
Dipl.-Ing. Karla Rose  
Med.-Päd. Eva Marx  
Dipl.-Ök. Carina Dobriwolski  
Dipl.-Kff. Anja Treuter  
Göran Ziegler  
Marika Wodarz  
(bis 31.03.2004)

Referat Ärztliche Stelle RöV/  
StrlSchV  
Dr. Peter Wicke  
(bis 31.07.2004)  
Dipl.-Phys. Klaus Böhme  
Marika Wodarz  
(ab 01.04.2004)  
Sophie Philipp  
(ab 01.05.2004)

## B. Mitarbeiter der Sächsischen Landesärztekammer

Hauptgeschäftsführerin Sekretariat/Personalwesen	Dr. jur. Verena Diefenbach Charlotté Evelyn Körner
Sekretariat des Präsidenten	Irina Weitzmann
Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit Redaktion Ärzteblatt Sachsen	Knut Köhler M. A. Ingrid Hüfner
Referat Arzthelferinnenwesen	Marina Hartmann Helga Jähne Ulrike Kulcsár
Referat EDV/Informatik	Dipl.-Ing. Bernd Kögler Dipl.-Ing (FH) Mathias Eckert René Kirchner (bis 31.08.2004) Michael Kascha (ab 15.09.2004)
Rechtsabteilung	Assessor jur. Michael Kratz Assessor jur. Alexander Gruner (ab 16.02.2004)
Sekretariat	Gabriele Bärwald Sybille Klahre

Referat Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung	Dr. Torsten Schlosser Dipl.-Med. Annette Kaiser Dipl.-Math. Annette Friedrich Kerstin Rändler Ingrid Pürschel Dipl.-Gew.-Lehrer Hella Lampadius (bis 29.02.2004)	Informatik/Versicherungsmathematik Leiterin	Dipl.-Math. Kerstin Braun Dipl.-Math. Michael Schwarzbach Dipl.-Math. Dorothea Ketelsen Hagen Mirle Dipl.-Ing. Elke Thoß
Kaufmännische Geschäftsführerin Sekretariat	Dipl.-Ök. Kornelia Keller Ines Wunderlich	Rechnungswesen/Kapitalanlagen Leiter	Dipl.-oec. Steffen Gläser Ing.-oec. Cornelia Reißig Angelika Roch Frau Rita Römer
Referat Finanzwesen	Ing.-Ök. (FH) Bettina Kaupisch Brigitte Ertel Beatrice Zacher (bis 02.06.2004) Silke Boedemann (ab 17.05.2004)	Melde-, Beitrags- und Leistungswesen Leiterin	Dipl.-Ing. oec. Angela Thalheim Dipl.-Ing. oec. Gabriele Kadach
Referat Beitragswesen	Dipl.-Ing.-Ök. Ramona Grünberg Betriebswirt (VWA) Carola Wagner Dipl.-Betriebsw. (FH) Birgit Altmann Mandy Bräunling	stellv. Leiterin	Dipl.-Inform. Kathrin Fritze Dipl.-Ing. oec. Ursula Große Dipl.-Ing. oec. Bärbel Klinkert Ökonom Karin Lehmann Frau Liane Matthesius Dipl.-Verw.-Wirt (FH) Antje Schlodder Dipl.-Betriebswirt (FH) Silvia Türke Dipl.-Ing. oec. Bärbel Winker Dipl.-Betriebswirt (FH) Mandy Zschorn Dipl.-Verw.-Wirt (FH) Isabel Heidenreich Dipl.-Wirtsch.-Ing. (FH) Barbara Dreßler Dipl.-Wirtsch.-Ing. (FH) Dagmar Knop Heike Kroh Renate Pisch
Referat Berufsregister/Meldewesen	Dipl.-Verwaltungsw. (FH) Susanne Richter Dipl.-Päd. Iris Drews André Helbig Madeleine Schneider Sonja Kaluza		
Referat Hausverwaltung/ Tagungs- und Reiseorganisation	Ing. (FH) Wolfgang Walther Viola Gorzel		
<b>Sächsische Ärzteversorgung</b>			
Geschäftsführerin	Frau Dipl.-Ing. oec. Angela Thalheim (Frau Thalheim ist sowohl Geschäftsführerin als auch Leiterin des Melde-, Beitrags- und Leistungswesens)		
Sekretariat/Empfang	Manuela Hähne Birgit Steinbock		
Juristischer Bereich Justiziar Sekretariat	Ass. jur. Nico Appelt Ute Amberger		



## Sächsische Landesärztekammer (Aufbau und Struktur)

